



Camila dos Santos

Quem tem direito à saúde?

O local e o global na construção do sistema de saúde brasileiro

Tese de Doutorado

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Paulo Luiz Moreaux Lavigne Esteves

Coorientadora: Prof.^a Isabel Rocha de Siqueira

Rio de Janeiro,

Fevereiro de 2021



Camila dos Santos

Quem tem direito à saúde?

O local e o global na construção do sistema de saúde brasileiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Relações Internacionais. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Paulo Luiz Moreaux Lavigne Esteves

Orientador

Instituto de Relações Internacionais – PUC-Rio

Prof.^a Isabel Rocha de Siqueira

Coorientadora

Instituto de Relações Internacionais – PUC-Rio

Prof.^a Marta Regina Fernández Y Garcia

Instituto de Relações Internacionais – PUC-Rio

Prof.^a Thula Rafaela de Oliveira Pires

Departamento de Direito – PUC-Rio

Prof.^a Deisy de Freitas Lima Ventura

Faculdade de Saúde Pública – USP

Prof. João Nunes

Department of Politics – University of York

Prof. Augusto Cesar Pinheiro da Silva

Vice-Decano de Pós-Graduação do

Centro de Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2021

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Camila dos Santos

Mestre em Relações Internacionais pelo Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio (2016). Graduiu-se em Relações Internacionais pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (2014). Sua pesquisa é direcionada aos seguintes temas: Saúde Global, Políticas Públicas, Política Externa Brasileira e Cooperação Internacional para o Desenvolvimento.

Ficha Catalográfica

Santos, Camila dos

Quem tem direito à saúde? : o local e o global na construção do sistema de saúde brasileiro / Camila dos Santos ; orientador: Paulo Luiz Moreaux Lavigne Esteves ; coorientadora: Isabel Rocha de Siqueira. – 2021.

354 f. : il. color. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Instituto de Relações Internacionais, 2021.

Inclui bibliografia

1. Relações Internacionais – Teses. 2. Saúde global. 3. Direito à saúde. 4. Sistema de saúde universal. 5. Cooperação internacional para o desenvolvimento. 6. Brasil. I. Esteves, Paulo Luiz Moreaux Lavigne. II. Siqueira, Isabel Rocha de. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Instituto de Relações Internacionais. IV. Título.

CDD: 327

*Para Bernardo,
a quem eu desejo uma vida plena, em um mundo mais saudável e acolhedor*

Agradecimentos

A presente tese é reflexo da tentativa de ver a sociedade em que habito e a mim mesma – uma mulher negra de pele clara, nascida e criada em Guaratiba, Zona Oeste do Rio de Janeiro, filha da Gilda e do Afonso, usuária do SUS – em um mundo em constante mudança. Por este motivo, a linguagem necessária para a formulação deste trabalho foi parte inseparável de um processo de construção política e de subjetivação pessoal que se manifestava à medida em que me dava conta da ampliação do acesso e da ocupação de espaços políticos antes não vislumbrados, bem como dos estranhamentos que estes espaços me causavam. Nos últimos cinco anos, o processo de doutoramento se traduziu em uma espécie de letramento pessoal que, para citar bell hooks, se manifestava na luta “com a questão de deixar de ser objeto e passar a ser sujeito – a própria questão que Paulo [Freire] tinha proposto”¹. Certamente, este fora um processo desafiador e por vezes, solitário. Ainda assim, mesmo nos momentos mais difíceis, dividida entre a escrita e as preocupações que moviam a vida e seu próprio sustento, essa tese sempre me levou ao encontro afetuoso daqueles que, de braços e corações abertos, foram acolhida e incentivo ao longo de toda essa jornada.

À minha família, meus pais Gilda e Afonso, minha irmã Cintia e meu sobrinho Bernardo, a tarefa de agradecê-los parece ser sempre insuficiente. Não há como contemplar aqui tudo o que vivemos juntos para que os últimos cinco anos fossem possíveis. Vocês acomodaram os meus sonhos e anseios, e embarcaram comigo nessa aventura que é conquistar outros espaços no mundo sem nem pestanejar. Mesmo quando dei sinais de querer desistir, mesmo quando essa jornada parecia exigir demais de todos nós, vocês foram o meu pequeno exército. Inúmeras foram as vezes em que vi vocês se desdobrarem em mil para tornar esse sonho possível. Vem de vocês a coragem para enfrentar a vida sempre que tudo parece perdido, e é também de vocês que vem a certeza de que esta conquista nunca será apenas minha. A cada passo dado nós caminhamos juntos, e é isso que torna possível abraçar uma vida em expansão. Obrigada por escolherem cruzar esse horizonte comigo.

Ao meu orientador, Paulo Esteves, serei eternamente grata por nossas conversas sempre francas, pela confiança depositada no meu trabalho e pelo cuidado em fazer deste um espaço seguro. Sua enorme generosidade se expressava na preocupação em garantir que sempre houvesse espaço para que eu pudesse crescer

¹ hooks, bell. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. 2ª edição. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017, p.75.

profissionalmente. As oportunidades de trabalho no BRICS Policy Center e a estimulante rotina de pesquisa que estabelecemos ao longo desses anos, são traços de uma parceria que se tornou fundamental para além da completude deste doutoramento. Seu apoio e incentivo contribuíram imensamente para o alcance de uma vida política que, até então, era por mim inimaginada.

À minha coorientadora, Isabel Siqueira, agradeço pelos ensinamentos em sala de aula e fora dela. Sua sensibilidade e parceria me fez sentir vista e acolhida, me deu forças para continuar e me inspirou a querer ser uma profissional melhor toda vez que conversávamos. Isabel é dessas professoras que transformam a sala de aula em um espaço sagrado de aprendizagem mútua, e nos faz aprender também com o coração. Pela nossa parceria no Programa de Educação Tutorial, pelas pesquisas em que pudemos trabalhar juntas, pelo seu olhar atento e sempre alinhado à uma perspectiva crítica e humanista, a minha eterna admiração e o meu muito obrigada.

Às minhas amigas de doutorado, verdadeiros presentes que essa vida me deu, Isa e Mari, agradeço por todas as vezes em que diante das adversidades, nos revezamos nas tentativas de elevar o espírito e o coração uma das outras. Enfrentamos juntas não apenas a árdua tarefa de escrever uma tese, mas o desafio de fazê-lo em plena pandemia de Covid-19. Em meio a um momento tão vulnerável, vocês permitiram que a vida fosse menos dura e solitária. À Geovana Zocal, agradeço pela parceria que construímos desde os nossos primeiros anos de estágio docência e nas pesquisas em que trabalhamos juntas pelo BPC. Ao longo desses anos, sua coragem em abraçar a vida foi fonte constante de inspiração. À Camila Amorim, agradeço o abraço sincero e as risadas que sempre aliviavam nossos dias dentro e fora dos corredores da PUC-Rio e do BPC.

Aos professores do Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio que foram fonte de incentivo, admiração e respeito, também deixo o meu muito obrigada. Em especial, aproveito para agradecer individualmente a Marta Fernández, Claudia Fuentes, Jimmy Klausen e Maíra Siman, que em diversos momentos nos últimos anos possibilitaram que a minha perspectiva da realidade se expandisse. De diferentes maneiras, seus ensinamentos me fizeram perceber a necessidade eminente de descolonização da mente e do corpo, e refletiram na minha busca por novas gramáticas que dotassem a vida acadêmica de mais afeto e humanidade.

À Manuela Trindade, sou grata pelo trabalho impecável à frente da coordenação da graduação do IRI, bem como pela confiança que sempre depositou em mim ao longo dos anos em que fui professora do instituto. Aos funcionários do IRI e do BPC, os quais sempre me receberam de braços abertos e assim faziam com que eu me sentisse em casa, deixo meu carinho em especial à Daisy, Lia, Pet, Geísa, Luti, Bruna, Pati, Cris e Celso.

Aos amigos companheiros de longa data, Lívia, Matheus, Julyanne e Yorrán, vocês foram a ponte com a vida lá fora, me lembrando desde o mestrado que a escrita

também é um processo experiencial, e que às vezes é preciso apenas “viver” para que tudo volte a fazer sentido. Pela sensibilidade e paciência entre meus choros incontroláveis, minha ausência em alguns momentos, e por continuarem firmes e fortes ao meu lado, todo meu amor e abraço apertado.

Aos informantes entrevistados para esse trabalho, também é preciso agradecer por terem aceitado me receber em meio à uma crise sanitária sem precedentes. Vocês me ajudaram de todas as formas possíveis, e não há dúvidas de que esse trabalho não seria o mesmo sem essa colaboração. A luta pelo direito à saúde vive na trajetória de cada um de vocês, e se expande toda vez que lhes ouvimos. Por terem dividido isso comigo, serei eternamente grata.

Fico especialmente grata também aos professores Deisy Ventura, João Nunes, Marta Fernández e Thula Pires, que gentilmente aceitaram participar da Banca Examinadora deste trabalho.

Por fim, agradeço ao apoio institucional da PUC-Rio e às bolsas concedidas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Sem o investimento fornecido por estas entidades, dificilmente este trabalho poderia ser concluído.

Resumo

Santos, Camila dos; Esteves, Paulo Luiz Moreaux Lavigne (orientador); Siqueira, Isabel Rocha de (coorientadora). **Quem tem direito à saúde? O local e o global na construção do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro, 2020. 354p. Tese de Doutorado - Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Inspirada pelo instrumental teórico-metodológico foucaultiano e pós-colonial, a presente tese investigará os sentidos atribuídos ao direito à saúde, argumentando que as políticas que permitem a preservação da vida na atualidade têm envolvido, sobretudo, um processo doméstico de (re)definição do *demos* e de quem a ele pertence, ao mesmo tempo em que tem seus limites influenciados e constrangidos pela política internacional. Para tanto, esta tese observará que a defesa do direito à saúde nos territórios pós-coloniais levanta três problemas. Em primeiro lugar, está a urgência em se enfrentar a racialização que mantém viva a opressão colonial no âmbito doméstico, e que impede a inclusão das parcelas mais vulneráveis da população no conjunto de direitos humanos que devem ser preservados pelo Estado. Em segundo lugar, está o desafio de gerir, de maneira sustentada, políticas globais que tenham como ponto de partida os determinantes sociais da saúde que perpetuam a vulnerabilidade das populações nos países em desenvolvimento. Em terceiro lugar, a presente tese argumentará ainda que é justo quando se logra conceber, constitucionalmente, a totalidade da população como cidadã no terreno nacional, que a própria concepção de cidadania é ressignificada e esvaziada na esfera internacional, impedindo a completude do ciclo de direitos. Na virada para o século XXI, a consolidação da governança neoliberal facilitou as manobras nas interrelações entre saúde, direitos e economia, normalizando o sofrimento humano em escala global e reduzindo a saúde à possibilidade do consumo médico e não à realização de uma vida plena e saudável. Ao excluir as dimensões políticas, socioeconômicas e ambientais dos processos de tomada de decisão que tornam possível a vida com boa saúde, a governança neoliberal nos levaria a um cenário global de generalização da necropolítica, onde o direito à saúde seria ressignificado pela complexidade de sua fragmentação e da multiplicidade de atores envolvidos em sua execução. À luz da experiência brasileira na construção do maior sistema de saúde pública do mundo, esta tese buscará compreender as condições de possibilidade para a preservação da vida em um contexto de encolhimento de direitos e de espaços democráticos ao redor do mundo.

Palavras-chave

Relações Internacionais; Saúde Global; Direito à Saúde; Sistema de Saúde Universal; Cooperação Internacional para o Desenvolvimento; Brasil

Abstract

Santos, Camila dos; Esteves, Paulo Luiz Moreaux Lavigne (advisor); Siqueira, Isabel Rocha de (co-advisor). **Who has a right to health? The local and the global in the construction of the Brazilian universal health system.** Rio de Janeiro, 2020. 354p. Tese de Doutorado - Instituto de Relações Internacionais, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Inspired by a Foucauldian and postcolonial theoretical-methodological framework, this thesis will investigate the meanings attributed to the right to health, arguing that the policies that allow the preservation of life today have involved, above all, a domestic process of (re)definition of *demos* and of who belongs to it, while having its limits influenced and constrained by international politics. Thus, this thesis will observe that the defense of a right to health in post-colonial territories raises three problems. Firstly, there is an urgent need to tackle the racialization that keeps colonial oppression alive at home, and that prevents the inclusion of the most vulnerable parts of the population in the set of human rights that must be preserved by the State. Secondly, there is the challenge of managing, in a sustainable manner, global policies that have as their starting point the social determinants of health that perpetuate the vulnerability of populations in developing countries. Thirdly, the present thesis will argue that it is right when it is possible to conceive, constitutionally, the entire population as a citizen in the national territory, that the very conception of citizenship is re-signified and emptied in the international sphere, preventing the completion of a cycle of rights. At the turn of the 21st century, the consolidation of neoliberal governance facilitated the maneuvers in the interrelationships between health, rights, and the economy, normalizing human suffering on a global scale and reducing health to the possibility of medical consumption and not to the accomplishment of a full and healthier life. By excluding political, socioeconomic, and environmental dimensions from decision making process that make life in good health possible, neoliberal governance would lead us to a global scenario of necropolitics generalization, where the right to health would be re-signified by the complexity of its fragmentation and the multiplicity of actors involved in its execution. Considering the Brazilian experience in constructing the largest public health system in the world, this thesis will seek to understand the conditions of possibility for the preservation of life in a context of shrinking rights and democratic spaces around the world.

Keywords

International Relations; Global Health; Right to Health; Universal Health Systems; International Development Cooperation; Brazil.

Sumário

Lista de Ilustrações	12
Abreviaturas e siglas	13
1.Introdução	17
1.1O direito à saúde no Brasil	23
1.2Pontos de Partida.....	26
1.3Contribuições da Tese.....	28
1.4Plano de Tese	31
2.O Biopoder e o papel da saúde na gestão das populações	34
2.1Saúde e Biopoder.....	37
2.2Consolidando a biopolítica: o papel da estatística no controle da vida	40
2.3Desnaturalizando o modo de vida econômico a partir das experiências coloniais	48
2.4O fenômeno do biopoder na colonialidade	58
2.5Disputando o acesso ao político: modernidade e modernização na pós-colonialidade	69
2.6Considerações finais	75
3.Biopolítica à brasileira	76
3.1Afinal, de que Brasil estamos falando?.....	80
3.2“ <i>Para que tudo volte a ser como antes</i> ”: o sistema racializado de direitos na pós-colonialidade brasileira	89
3.2.1 A Revolta da Vacina (1904)	96
3.2.2 O Movimento Eugênico Brasileiro (1910).....	107
3.3Pensando a saúde hoje: necropolítica e cidadania sacrificial	116
3.4Considerações Finais	122
4.Da Saúde Internacional à Saúde Global: o papel do <i>homo economicus</i> neoliberal na provisão de bens públicos	125
4.1De onde surge a Saúde Global?	129
4.1.1 A Saúde Global como a saúde das populações no contexto global	131
4.1.2 A Saúde Global como uma saúde pública para o mundo	133
4.1.3 A Saúde Global como síntese da prevenção a nível populacional e do cuidado em nível individual	135
4.1.4 Que Saúde Global, afinal?	137
4.2A ascensão de um novo <i>homo economicus</i> e a competição neoliberal pelos bens públicos globais.....	139

4.2.1	<i>Neoliberalismos</i> em disputa: fragmentando a governança global em saúde.....	142
4.3	Entre Fundos Globais e Filantropocapitalismo: a Governança Global da Saúde no século XXI	158
4.3.1	Os fluxos financeiros da Saúde Global	166
4.3.2	O filantropocapitalismo e o encolhimento da capacidade democrática	175
4.4	Considerações finais	186
5.	De alvo à partícipe? O direito à saúde no Brasil e o acesso ao terreno político internacional	188
5.1	Renegociando a biopolítica à brasileira: a universalização do sistema de saúde	192
5.1.1	O papel da Atenção Primária da Saúde na luta sanitária	195
5.1.2	Lutas que se somam: a pandemia de HIV/Aids e a redemocratização no Brasil.....	200
5.1.3	Entre o público e o privado: a híbrida implementação do direito à saúde.....	208
5.1.4	O movimento negro na luta por políticas de saúde integradas	213
5.2	De Alma-Ata à Astana: de onde viemos e para onde vamos?	218
5.2.1	O movimento global de combate aos determinantes sociais da saúde.....	222
5.2.2	Reforçando a ofensiva neoliberal: a dubiedade na conceitualização da Cobertura Universal da Saúde	231
5.3	Considerações finais	245
6.	Saúde ao Sul: a agenda global da saúde no Brasil do século XXI	249
6.1	Reconstituindo o sujeito liberal: é possível transformar a população <i>'bárbara'</i> em cidadã?	252
6.1.1	SUS em ação: o direito a ter direitos no tratamento do HIV/Aids	256
6.1.2	Enfrentando o HIV/Aids hoje.....	270
6.2	Saúde Global e Cooperação Sul-Sul em Saúde: a experiência brasileira	276
6.2.1	A Cooperação Estruturante em Saúde e suas redes internacionais.	284
6.2.2	As dificuldades em se estabelecer uma saúde “ao Sul”	295
6.3	Considerações finais	302
7.	Conclusão	305
8.	Referências Bibliográficas	323
	Apêndice I - Tensionamentos Domésticos e Internacionais	346
	Apêndice II - Lista de Entrevistados	354

Lista de Ilustrações

Gráfico 1 – Fluxos Financeiros da Saúde, em 2019 (em bilhões de dólares)	168
Gráfico 2 – Gastos da Fundação Gates para Nações Unidas, em 2019 (por área, em milhões de dólares)	175
Quadro 1 – Legislação relacionada ao apoio à oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde no período pós-Constituição de 1988	210
Figura 1 – Principais fóruns da atuação brasileira em saúde: globais, plurilaterais e regionais (2014-2016)	284
Tabela 1 – Seleção de Redes de Instituições Estruturantes das quais a Fiocruz faz parte, por data de fundação	286

Abreviaturas e siglas

ABC – Agência Brasileira de Cooperação

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Agenda 2030 – Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

AISA – Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde, MS/Brasil

AMS – Assembleia Mundial da Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS – Agência Nacional de Saúde, Brasil

APS – Atenção Primária à Saúde

ARV – Medicamentos Antirretrovirais

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

BMGF – *Bill and Melinda Gates Foundation*

BRICS – Agrupamento de países que reúne Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

CAD – Comitê de Assistência ao Desenvolvimento, OCDE

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CID – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento

CNDM – Conselho Nacional de Direitos da Mulher

CNS – Cooperação Norte-Sul

Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa

CQCT – Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco

CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

CSS – Cooperação Sul-Sul

CT&I – Ciência, Tecnologia & Inovação

DCNTs – Doenças Crônicas Não-transmissíveis

DfID – Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido

DIE – Doenças Infecciosas Emergentes

DNs – Doenças negligenciadas

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EC95 – Emenda Constitucional 95, Brasil

EUA – Estados Unidos da América

Farmanguinhos – Instituto de Tecnologia em Fármacos da Fiocruz

FENSA – Estrutura de Engajamento com Atores Não-Estatais da OMS

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

GAIN – Aliança Global para Melhoria da Nutrição

GAP – Plano de Ação Global da OMS

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids

GAVI – Aliança Global para Vacinas e Imunização

GFATM ou Fundo Global – Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária

HIV/Aids – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISAGS – Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde da Unasul

MNU – Movimento Negro Unificado

MS – Ministério da Saúde do Brasil

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMC – Organização Mundial do Comércio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não-Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde, OMS

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

PECS – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, CPLP

Pepfar – Plano de Emergência do Presidente para Combate à Aids, EUA

PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, IBGE

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPP – Parcerias Público-Privadas

ProSur – Foro para o Progresso e Integração da América do Sul

rBLH – Rede Global de Bancos de Leite Humano

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SG – Saúde Global

SI – Saúde Internacional

SIS – Síntese de Indicadores Sociais, IBGE

SP – Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TRIPS – Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio

UHC – Cobertura Universal da Saúde

UHS – Sistema Universal de Saúde

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNITAID – Organização internacional vinculada às Nações Unidas, que investe em inovações para prevenir, diagnosticar e tratar o HIV / AIDS

UNASUL – União de Nações Sul-Americanas

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USAID – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

WFPHA – Federação Mundial das Associações de Saúde Pública

1.

Introdução

A partir do século XVIII, a intensificação do processo de globalização obrigaria a adoção de uma série de medidas e práticas médicas, que seriam exigidas e recomendadas às populações para o trato de doenças e epidemias, visando conter seus impactos nos fluxos comerciais estabelecidos intra e entre países. Desde então, à medida em que a tecnologia médica e a medicina avançavam, um novo padrão de relação entre Estado e indivíduos pôde ser estabelecido. Segundo Michael Foucault, esta nova forma de o Estado se relacionar com os indivíduos transformaria a saúde física dos cidadãos em um meio de se assegurar “a força física nacional, sua capacidade de trabalho e de produção, bem como de defesa e ataque militar”². Assim, a consolidação dessa relação em uma espécie de “moral do corpo” no século XIX traduziria a necessidade de que cada indivíduo se responsabilizasse pela própria saúde e de sua família, popularizando a higiene e a limpeza como “o requisito para gozar de boa saúde, ou seja, para poder trabalhar a fim de que os filhos sobrevivam e, por sua vez, assegurem o trabalho social e a produção”³.

A manutenção da vida em sociedade seria estimulada, até meados do século XX, a partir da compreensão de que o indivíduo saudável cumpriria uma função utilitária para o bom funcionamento do Estado, passando a ser percebido como um elemento central para seu sustento. Esta relação entre Estado e indivíduos se alteraria somente diante da devastação do tecido social, ocasionada por ao menos 55 milhões de óbitos⁴ durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Neste contexto, surgiria em 1942 o Plano Beveridge, uma estratégia política britânica que determinava a cobertura universal do sistema de seguridade social da Grã-Bretanha e o seu financiamento por meio de impostos gerais e contribuições igualitárias. O plano inauguraria, anos mais tarde, o sistema nacional de saúde britânico, bem como determinaria a tomada de medidas de bem-estar social para a reconstrução do país

² Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina?* (1974). In: *verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol*. Rio de Janeiro, v.18, 2010, p.169.

³ Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina?* *Idem*.

⁴ Estimativas variam de 55 a 85 milhões de óbitos ocasionados pelo conflito. DW. *A Segunda Guerra Mundial em números*. 01/09/2019. Disponível em <<https://www.dw.com/pt-br/a-segunda-guerra-mundial-em-n%C3%BAmeros/a-50212146>>. Acessado em dezembro de 2020.

no pós-guerra, influenciando as políticas adotadas àquele período em outros países europeus. Como argumenta Foucault, a adoção do plano significava uma inversão na perspectiva da saúde, de modo que o Estado passasse a ser o encarregado de garantir a boa saúde do indivíduo, e não o contrário. No contexto do Estado Moderno Ocidental, o Plano Beveridge avançava pela primeira vez a conceitualização de um direito à saúde que se tornaria “um direito diferente, muito mais rico e complexo” que o direito à vida⁵. Somado a isso, com a sua inserção na Declaração Universal dos Direitos Humanos e com a operacionalização da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, o direito à saúde gradualmente se tornaria um tema extremamente relevante para a política internacional, centrando (i) no sistema das Nações Unidas, particularmente, na OMS, a responsabilidade da gestão do regime global de controle da propagação internacional de doenças; e (ii) no Estado, a responsabilidade pela resposta às emergências sanitárias nacionais e a preservação da saúde de seus cidadãos.

Com a consagração do direito à saúde, Foucault ressalta que foi possível conceber novos padrões de relação e comportamento que permitam a interrupção do trabalho em caso de doenças – o que passaria a ser visto como uma necessidade mais importante do que a obrigação do asseio individual, que antes orientava a moral do corpo. Esta mudança da concepção da saúde e de sua relação com o corpo humano, que passa de uma responsabilidade individual para um direito de todos, seria importante segundo o filósofo, justamente porque também introduziria a saúde no campo da macroeconomia.

Crucial para a percepção da saúde como um instrumento de luta política, foi neste momento que “a saúde, a doença e o corpo começam a ter suas bases de socialização e, por sua vez, se convertem em um instrumento de socialização dos indivíduos”⁶. Afinal, com a garantia da saúde como um direito para todos, a saúde se convertia em uma fonte robusta de despesas públicas, mas não apenas; uma vez que a sua finalidade era a proteção universal da vida em sociedade, a oferta de uma saúde pública e de serviços de saúde disponíveis a toda a população possibilitava que o direito à saúde passasse a ser também um mecanismo de redistribuição econômica.

⁵ Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina? Ibid*, 2010, p.168.

⁶ Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina? Ibid*, 2010, p.170.

Dessa forma, a contribuição coletiva na forma de impostos gerais além de garantir “a todas as pessoas as mesmas possibilidades de se tratar e de eventualmente curar-se” também pretendia “corrigir em parte a desigualdade de rendimentos”⁷.

A partir de então, a intervenção estatal para o tratamento do corpo implicaria uma percepção social da medicina que reside justamente na observação da interação entre a saúde corporal, as doenças e o ambiente em que se habita. Contudo, se por um lado, esta nova moral ganharia em força e relevância na medida em que o campo evoluía tecnológica e cientificamente, como quando da descoberta dos antibióticos e de novos tratamentos eficazes contra as doenças infecciosas⁸, por outro lado, ela também introduziria a saúde no campo da economia política, não apenas agindo de modo a preservar a força de trabalho, mas também transformando a saúde em uma fonte produtiva de riqueza, constituindo-a como objeto de desejo e de consumo⁹. Neste sentido, a saúde passava a ser um elemento de socialização, mas também um ativo econômico valioso para o mercado.

A partir da metade final do século XX, as transformações que possibilitaram a configuração da saúde como um direito passariam a enfrentar a simultânea mercantilização da saúde, que retira da socialização dos custos seu caráter redistributivo, inaugurando via mercado a socialização da competição pelo seu acesso. A articulação econômica da saúde facilitou ainda a sua internacionalização, transformando-a em uma mercadoria valorizada para além das fronteiras nacionais, mas que coloca em xeque sua oferta e acesso pelas parcelas mais vulneráveis da população mundial. Hoje observamos que a massiva exploração médica de todas as dimensões da vida – expressa nas manipulações genéticas, no surgimento de novas terapias medicamentosas, na criação de armas biológicas etc. –, para além de facilitar novos nichos de exploração capitalista, alterou as condições de possibilidade para a vida humana no planeta, que cada vez mais tem que se adaptar às mudanças climáticas, ao aparecimento de novas doenças e a novos episódios pandêmicos.

⁷ Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina? Idem.*

⁸ Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina? Ibid.*, 2010, p.171.

⁹ Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina? Ibid.*, 2010, p.188.

Um claro efeito desse processo que transforma a saúde em mercadoria tem sido a securitização das estratégias internacionais de promoção da saúde, cujo movimento permite colocar a segurança à frente dos direitos humanos. Assim, se faz valer a adoção de ações excepcionais que segmentam o setor saúde a partir do combate a doenças e riscos específicos, direcionando suas ações a parcelas também específicas da população. Tratar questões humanitárias como questões de segurança – como na pandemia de HIV/Aids, de ebola, e agora, do novo coronavírus¹⁰ –, implica conceber a saúde de maneira conflitiva. Nesses casos, a narrativa que permeia a securitização da saúde vislumbra o estabelecimento de uma guerra que não se dá contra a vulnerabilidade social exposta por essas doenças. Essa narrativa se direciona à determinação de um inimigo comum, por vezes estritamente biológico, que possibilita a construção de um Estado de Exceção onde a garantia dos direitos humanos possa ser, se não suspensa, evitada. Esse é o caso quando as políticas engendradas normalizam a suspensão de processos de deliberação democrática e ignoram os efeitos do conjunto de direitos humanos (à moradia, à educação, às liberdades políticas e civis, à livre circulação etc.) na determinação social da saúde dos indivíduos.

Por sua vez, o processo de securitização da saúde se manifesta por meio da juridicização da pasta, ou seja, da criação de instrumentos normativos com o objetivo de garantir ao mercado o privilégio formal no acesso e na coordenação da agenda de saúde contemporânea. O próprio Regulamento Sanitário Internacional (RSI), adotado pela primeira vez em 1951, é um instrumento vinculativo para 196 países incluindo os 194 Estados-membros da OMS, e foi atualizado três vezes (em 1973, 1981 e 2005) de modo a garantir medidas de prevenção, controle e resposta “à propagação internacional de doenças de maneiras que sejam proporcionais e restritas aos riscos de saúde pública e que evitem interferência desnecessária no tráfego e comércio internacional”¹¹. Assim, a saúde passa a ser um problema

¹⁰ Segundo Basu e Nunes, a pandemia de HIV/Aids marcaria a crescente importância da securitização da saúde, com a adoção unânime pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas da Resolução 1308 de julho de 2000, na qual a doença era referida como uma ameaça para a segurança e a estabilidade nos níveis nacional, regional e internacional. O mesmo também se verificaria quando da epidemia de Ebola, por meio das resoluções 2177, de setembro de 2014, e 2439, de outubro de 2018; e na recente Resolução 2532, de julho de 2020, sobre a ainda em curso pandemia de Covid-19. Ver Basu, Soumita; e Nunes, João. *Health Crises and the United Nations: What Does It Mean for Global Health?*, Strategic Analysis, 44:5, 420-428, 2020.

¹¹ WHO. *International health regulations* (2005) - 3rd edition. Geneva, 2016, p.1.

quando interfere no comércio internacional e uma oportunidade quando se converte em uma lucrativa fonte de rendimentos.

Na arte de governo atual, a racionalidade bélica se une à aplicação econômica do direito à saúde, contribuindo para a preservação dos mecanismos de manutenção do neoliberalismo. Assim, é possível entender o direito à saúde a partir da perspectiva de “emergências” que demandam esforços de contenção de curto prazo, às custas do enfrentamento estrutural das causas que possibilitam, em primeiro lugar, o surgimento das doenças e suas pandemias¹². Nesta lógica econômica e “cirúrgica” de se pensar a saúde, os recursos estão cada vez mais restritos às medidas de “contenção” que, no início dos anos 2000, passam a ser financiadas pela conformação de novas parcerias globais onde o poder de influência do setor privado, representado pela indústria farmacêutica e organizações filantrópicas, se torna demasiadamente elevado. Assim, a definição dos planos a serem seguidos acaba por ser constrangida, como afirma Deisy Ventura, por “uma nova governança global da saúde em que organizações especializadas em saúde pública, particularmente a OMS, perdem sua independência devido à necessidade de busca de financiamento”¹³, permitindo que os programas de saúde global sejam “governados por uma rede extremamente complexa de fundações, alianças, mecanismos de coleta de fundos, parcerias público-privadas e dispositivos de coordenação”¹⁴.

Neste contexto, torna-se notável o surgimento de um filantropocapitalismo que disputa com os Estados e suas Organizações Internacionais o papel de financiar e influenciar a regulamentação da saúde em escala planetária. O próprio processo de abertura às contribuições voluntárias permitiu que em 2020 elas atingissem mais de 65% do orçamento total da OMS¹⁵. No mesmo ano, as contribuições voluntárias da Fundação Bill e Melinda Gates (11,65%) ultrapassaram as contribuições dos

¹² Basu, Soumita; e Nunes, João. *Health Crises and the United Nations... Idem.*

¹³ Ventura, Deisy. F. L. O direito à saúde e os 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. In: Ministério Público Federal. (Org.). *Direitos humanos fundamentais: 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos e 20 anos do reconhecimento da jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos e as mudanças na aplicação do direito no Brasil*. Coletânea de artigos. 1ed. Brasília DF: Ministério Público Federal, p. 57, 2019.

¹⁴ Ventura, Deisy. F. L. O direito à saúde e os 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. *Idem.*

¹⁵ Ver <http://open.who.int/2020-21/contributors/contributor>

Estados Unidos (7,85%)¹⁶ – até então o maior financiador estatal da saúde global. Assim, é em favor de uma agenda que contemple as preferências dos doadores privados que as políticas de saúde têm sido direcionadas a projetos e causas específicas que não necessariamente contemplam as preocupações gerais dos Estados-membros da OMS e da saúde de suas populações. Por sua vez, a predominância dos atores privados nas tomadas de decisões sobre saúde pública global não obedece a um *éthos* democrático, e tem se calcado na compreensão de que a expertise e o interesse privados são (ou ao menos, deveriam ser) equivalentes aos interesse públicos.

Expressão característica da governança neoliberal que se consolida nos anos 2000, estas manobras nas interrelações entre saúde, direitos e economia facilitam, na contemporaneidade, a normalização do sofrimento humano ao reduzir a saúde à possibilidade de consumo médico e não ao alcance de uma vida plena e saudável. A produção de uma concepção estritamente biológica da saúde passa a se valer, portanto, da negligência perante suas determinações sociais, que, ao excluir das tomadas de decisões as dimensões políticas, socioeconômicas e ambientais que possibilitam ou não uma vida saudável, nos leva a um cenário global onde o direito à saúde deixa de ser uma prática social gerida pelo Estado para ser ressignificado como uma oportunidade de negócio a ser regulamentada pelo mercado.

A presente tese nasce diante da constatação de que está em curso uma reformulação global dos sentidos atribuídos ao direito à saúde. Tal reformulação, além de diminuir o potencial redistributivo e protetivo necessários para a manutenção da vida em sociedade, culmina na violenta explosão de iniquidades e na multiplicação de políticas que hoje nos deixam mais sob o jugo da morte do que da possibilidade da vida. Assim, é na tentativa de compreender quais são as resistências possíveis em um momento de encolhimento dos direitos e dos espaços democráticos que garantem a manutenção da vida em sociedade, que esta tese se debruçará sobre o direito à saúde e o lugar desse direito em um território pós-colonial como o Brasil, observando-o à luz dos debates que conformaram a agenda da saúde e que permitiram a sua concepção em escala planetária, dando origem à Saúde Global no começo do século XXI.

¹⁶ *Idem.*

1.1

O direito à saúde no Brasil

Como veremos ao longo deste trabalho, nas últimas décadas a racionalidade neoliberal tem logrado enfraquecer o pertencimento coletivo e sua identificação com o conjunto de direitos cidadãos. Isto se dá, segundo Wendy Brown, porque a arte de governo neoliberal “diminui dramaticamente o fato e o valor da vida pública, que tende a tratar a resistência mais como episódica e rebelde do que como participatória e constitutiva da soberania popular”¹⁷. Entretanto, em países com histórico e tradição colonial como o Brasil, a redução do valor da vida não é novidade, mas algo que perdura ao longo de séculos. Historicamente, a desvalorização da vida humana neste território traz consequências ainda mais graves, que se verificam na naturalização e banalização da morte em números alarmantes. Esta tese argumenta que, perdurando graças à prevalência do racismo e do sexismo na sociedade brasileira, as políticas a serviço da morte nos desafiam a ter de lidar com a sobrevivência da opressão colonial sobre as populações negras e indígenas, que insiste em nos dividir entre seres de direitos e seres supérfluos, entre objetos de lucro e da acumulação de capital, responsáveis pela própria vida ao mesmo tempo em que somos impedidas de a gerir de maneira plena.

A este respeito, as palavras de Sueli Carneiro inspiram este trabalho quando ela afirma que é apenas com a introdução das iniquidades nas discussões sobre políticas públicas que os sentidos de democracia, igualdade e justiça social poderão ser ampliados, “noções sobre as quais gênero e raça impõem-se como parâmetros inegociáveis para a construção de um novo mundo”¹⁸. Carneiro dá o sentido final dessa luta ao afirmar que “alcançar a igualdade de direitos é converter-se em um ser humano pleno e cheio de possibilidades e oportunidades para além de sua condição de raça e gênero”¹⁹. Assim, veremos que são os atravessamentos de uma série de iniquidades (de classe, gênero e raça, entre outras) que determinam a possibilidade do acesso à saúde e a uma vida digna, permitindo o exercício, em maior ou menor grau, da cidadania. Pensar o direito à saúde no território pós-

¹⁷ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.50.

¹⁸ Carneiro, Sueli. (2003) *Mulheres em movimento: contribuições do feminismo negro*. *Ibid.* 2019, p.288.

¹⁹ Carneiro, Sueli. (2003) *Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero*. *Ibid.* 2019, p.320.

colonial implicará olhar, portanto, para a interação estrutural de discriminações múltiplas, atentando para seus efeitos políticos, nacional e internacionalmente. Uma vez que nos territórios pós-coloniais o direito tem operado como uma ferramenta de desumanização de populações vulneráveis e racializadas, me interessa investigar aqui como esse estado de iniquidade se manifesta no Brasil; e quais foram as tentativas – ainda que incompletas e inacabadas – de superá-lo a partir do campo da saúde.

Sendo o momento de promulgação do direito à saúde e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil um momento de resistência *per se*, que possibilitou, pela primeira vez, a redefinição normativa da cidadania brasileira para tentar incluir a totalidade de sua população em um sistema de direitos, é importante lembrar que ele se estabelece em meio à expansão da pandemia de HIV/Aids, e em meio à intensificação da participação de atores privados no desenho da governança neoliberal da saúde global. Buscando entender como foi possível a defesa de outras concepções e contranarrativas da saúde desde uma percepção do direito à vida e do direito a ter direitos, que este trabalho inicialmente observou a convergência das lutas sociais pela redemocratização do país e pela reforma sanitária brasileira na década de 1970. Ainda que a convergência dessas lutas tenha sido limitada por diversos constrangimentos estruturais, ela também possibilitou a concepção da saúde como um direito cidadão e um exercício democrático, orientando, nas décadas seguintes, grandes mudanças nas políticas de saúde a níveis local e global. Isto posto, esta tese buscará recuperar as políticas e intervenções cujo objetivo têm sido a preservação da vida e do direito de viver, na esperança de que elas lancem luz ao processo difícil e tortuoso que constitui a tentativa de recuperação das bases sociais nos territórios pós-coloniais, frequentemente fragmentadas por distintos neoliberalismos.

Ao propor uma investigação do direito à saúde em um território pós-colonial, esta tese foi construída a partir do estudo do caso brasileiro, tendo como objeto a promulgação do direito à saúde e o surgimento do SUS, que influenciaram a participação diplomática brasileira nas principais temáticas que conformam a agenda da Saúde Global desde o início do século XXI. A nível local, veremos, portanto, como o direito à saúde se constituiu no Brasil, a sua interseção histórica

com o racismo estrutural que marca a sociedade brasileira, e a tentativa em curso de superar essa divisão social por meio de um sistema único de saúde.

A nível global, veremos como a agenda de saúde pública tem se alargado para a incorporação de interesses privados que dificultam a preservação de sistemas universais de saúde, ressignificando o direito à saúde em uma escala planetária e substituindo-o por uma concepção restrita à cobertura de serviços de saúde. Assim, abordarei as principais mudanças na concepção global do direito à saúde, observando (i) como o SUS surge em um momento internacional que é hostil aos gastos públicos com proteção social; e (ii) como as mudanças na concepção internacional do direito à saúde e na forma como ele deve ser garantido pelo Estado, provocaram uma tentativa brasileira de criação de uma saúde “ao Sul”, por meio de sua diplomacia em saúde.

Tal tentativa provocaria, como argumenta esta tese, *algumas tensões*: ao mesmo tempo em que, no plano internacional, o Brasil dos anos 2000 se consolidava como defensor dos sistemas universais de saúde; no âmbito doméstico, o país não conseguiria preservar seu próprio sistema das legislações que o enfraqueciam e que ampliavam os gastos públicos com o setor privado. Isto nos confronta com a percepção de que a construção de sistemas baseados no direito à saúde é *per se*, um elemento de disputa que torna a própria existência do SUS um desafio não apenas doméstico, mas também de política internacional.

Lograr integrar a população sob uma perspectiva redistributiva e cidadã, conforme expresso na promulgação do direito à saúde e do SUS, além de recuperar o compromisso do Estado com o exercício da cidadania e da garantia de direitos, tem o potencial de promover uma reparação histórica há muito negligenciada. Reparação esta que faz da luta pela vida e pela sobrevivência não apenas uma luta doméstica, mas um objeto de disputa na política internacional. Neste sentido, a saúde não escapa da colonialidade e de sua lógica global de desumanização, que determina quem poderá ou não desfrutar de seu direito, e sob quais condições. Os próximos capítulos dessa tese deverão assim, explicitar como as políticas de construção de um sistema universal de saúde envolvem a tarefa de (re)definir o *demos* – o conjunto de cidadãos detentores de direitos e deveres no interior de um

Estado – ao mesmo tempo em que essa redefinição é autorizada e/ou limitada pela política internacional.

1.2

Pontos de Partida

Compreendendo a Saúde Global a partir dos dilemas nacionais que nos tocam, essa tese se debruça sobre o direito à saúde indagando-se *a quem e por quem* ele é permitido – no Brasil e no mundo – de modo a identificar as dificuldades em se estabelecer uma agenda política ordenada a partir do lugar que ocupamos na pós-colonialidade. Para tanto, dois pontos de partida se mostraram fundamentais:

- Primeiro, esta tese considera que, domesticamente, as relações sociais no Brasil produzem e articulam poderes e modos de subjetivação que conformam um *dispositivo de racialidade*, incidindo historicamente na determinação dos corpos que podem ou não serem saudáveis, que devem ou não viver – o que, como argumenta Carneiro, permite a construção do *Outro* racializado como o *Não-ser*, como aquele cuja oposição tem fundamentado o *Ser* de direitos²⁰.
- Segundo, entende que há uma tentativa de superação desse dispositivo por meio da universalização do direito à saúde e da constituição do SUS. No entanto, essa tentativa só é alcançada domesticamente quando, no terreno político internacional, a cidadania e o conjunto de direitos que ela permite têm sua lógica convertida e esvaziada pela racionalidade neoliberal, transformando o cidadão em mero consumidor e os bens públicos globais em mercadorias.

Inicialmente, os primeiros materiais coletados por esta pesquisa tiveram como objetivo observar a participação brasileira nos debates globais sobre direito à saúde, de 2005 a 2015. Assim, foi possível verificar a dificuldade brasileira em garantir

²⁰ Carneiro, Sueli. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. (Tese de doutorado), Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Roseli Fischmann. São Paulo, 2005.

que sua posição internacional (em defesa dos sistemas universais de saúde) também se refletisse na manutenção doméstica do SUS. A partir daí, buscando compreender as origens dessa dificuldade, surgiu a necessidade de que o estudo da saúde no Brasil se desse à luz de suas raízes históricas. Isto conferiu à elaboração desta tese um processo de letramento racial crítico que, ao longo da pesquisa, se transformou na lente a partir da qual os materiais empíricos seriam analisados, tornando-se, portanto, horizonte epistemológico desta pesquisa.

No Brasil, o trabalho de Aparecida de Jesus Ferreira, tem se destacado ao partir das discussões sobre Teoria Racial Crítica e letramento. O termo “letramento racial crítico”²¹ é cunhado pela autora para significar uma pedagogia comprometida com a construção de uma sociedade mais justa, com igualdade e equidade. Para Ferreira, o termo significa refletir sobre raça e racismo, nos possibilitando “ver o nosso próprio entendimento de como raça e racismo são tratados no nosso dia a dia”, bem como o seu impacto “em nossas identidades sociais e em nossas vidas, seja no trabalho, seja no ambiente escolar, universitário, seja em nossas famílias, seja nas nossas relações sociais”²². Por sua vez, a ideia de letramento, tal como introduzida por Paulo Freire²³, concebe o ato de ler como aquele que “implica sempre percepção crítica, interpretação e ‘re-escrita’ do lido”²⁴, fruto de uma relação direta entre o contexto de quem lê, escreve e observa o mundo. Letrar-se é dotar-se de uma capacidade crítica e reflexiva, que permite fazer da leitura e da escrita um ato de transformação social. Assim, o letramento racial crítico pode ser entendido como uma ação, como “uma atividade localizada no espaço entre o pensamento e o

²¹ Em seu trabalho, Ferreira propõe uma análise dos sentidos atribuídos às identidades raciais de negros e de brancos, por meio da coleta de narrativas autobiográficas de identidades sociais de raça de professores de línguas, visando identificar aqueles sentidos que eram tidos como normativos de uma identidade racial ideal. Ver Ferreira, Aparecida de Jesus. *Letramento Racial Crítico através de narrativas autobiográficas: com atividades reflexivas*. Ponta Grossa: Editora Estúdio Texto, 2015.

²² Ferreira, Aparecida de Jesus (Org.). *Narrativas Autobiográficas de Identidades Sociais de Raça, Gênero, Sexualidade e Classe em Estudos da Linguagem*. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015, p. 138.

²³ Baltar e Bezerra argumentam que, apesar de não utilizar o termo “letramento” em seus escritos, Freire fora o precursor e a fonte seminal da ideia, tendo optado por usar mais frequentemente termos como pedagogia emancipatória, crítica, libertadora e empoderamento. Ver Baltar, Marcos; e Bezerra, Charlene. *Paulo Freire e os Estudos Críticos do Letramento: o Sulear e a Relação Norte-Sul*. Revista Línguas & Letras – Unioeste – Vol. 15 – Nº 28 – Primeiro Semestre de 2014, p.150.

²⁴ Freire, Paulo. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989, p.14. Disponível em <https://educacaointegral.org.br/wp-content/uploads/2014/10/importancia_ato_ler.pdf>. Acessado em outubro de 2020.

texto”²⁵ que possui um compromisso político com práticas antirracistas, de tal modo que o seu objetivo é também o método pelo qual se executa.

Isto posto, esta pesquisa traçou uma abordagem qualitativa dos dados coletados, cujas informações foram obtidas principalmente a partir de (i) *pesquisa bibliográfica* da literatura especializada em Saúde Global, em grande parte, proveniente de artigos e livros publicados pelos próprios atores envolvidos com a cooperação internacional para o desenvolvimento em saúde; (ii) *pesquisa documental*, para traçar aspectos políticos formalizados e identificar mudanças institucionais, orientações e estratégias que guiaram a ação de instituições-chave no campo, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS-UNASUR), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), e a Organização Mundial da Saúde (OMS); e (iii) *entrevistas semi-estruturadas*, cuja coleta de dados foi originada a partir de um roteiro com perguntas principais, que puderam ser complementadas por outras questões relevantes e intrínsecas às circunstâncias das entrevistas. A coleta deste material empírico facilitou, portanto, a compreensão de questões teóricas-conceituais que visavam localizar o direito à saúde no tratamento das iniquidades experienciadas por populações vulneráveis e racializadas, bem como o seu papel na (a) agenda de desenvolvimento sustentável; (b) nas redes internacionais de cooperação em saúde; e (c) na ação de fundações privadas, filantrópicas e fundos globais de saúde. As entrevistas foram realizadas com funcionários de instituições articuladoras do direito à saúde nos níveis nacional, regional e global, respeitando o seu anonimato sempre que solicitado. Ao todo, foram realizadas 11 entrevistas (3 Fiocruz, 2 OPAS/OMS, 2 ABRASCO, 2 Ministério da Saúde - Brasil, 1 ISAGS, e 1 consultor independente da BMGF – ver *Apêndice II*).

1.3

Contribuições da Tese

Por meio de um instrumental teórico foucaultiano e pós-colonial, este trabalho tem como objetivo recentrar as questões referentes a raça e racismo nas pesquisas

²⁵ Baltar, Marcos; e Bezerra, Charlene. *Paulo Freire... Ibid*, 2014, p.151.

orientadas por políticas públicas que ganham forma no campo das Relações Internacionais (RI), em especial, aquelas que se dirigem aos estudos sobre Saúde Global e o desenvolvimento internacional. Nesse sentido, o uso das teorias pós-coloniais nos ajudará a demonstrar como a vida política condicionada ao modelo do Estado liberal europeu é parte de um processo que não se dá ausente de máculas. Uma vez que o próprio Estado liberal só pôde se constituir como tal a partir da experiência colonial e da subjugação do Outro colonizado como um ser inanimado e inumano, o seu silenciamento histórico e cultural tornou possível a consolidação de um imaginário europeu que se pretende universalizante e que apaga as demais experiências que destoam da sua normatividade. Assim, é ciente do epistemicídio fundador das RI, cujo compromisso se dá com uma visão de mundo única, “que exclui do seu campo visual uma miríade de conhecimentos historicamente subjugados, saberes não hegemônicos, antirracistas, anti-patriarcais e anti-capitalistas”²⁶, que esta tese busca propor uma leitura alternativa dos temas que circundam não só a teorização, como a prática política do campo. Dessa forma, este trabalho se soma às iniciativas já empreendidas e em curso no Instituto de Relações Internacionais da PUC-Rio, de olhar para as Relações Internacionais a partir de suas margens e apagamentos²⁷.

Desse modo, nesta tese busco aprofundar o debate sobre as manifestações da biopolítica e do neoliberalismo em contextos pós-coloniais. *Partindo da análise do caso brasileiro, a reflexão aqui proposta visou questionar como o direito à saúde se manifesta na pós-colonialidade.* Assim, este trabalho pode contribuir de duas formas: primeiro, discutindo o hibridismo do sujeito pós-colonial e as condições de possibilidade para sua resistência, para a manutenção da vida e de sua saúde; segundo, investigando como esse sujeito híbrido tem sobrevivido no contexto da governança neoliberal, diante de uma narrativa de direitos que se torna cada vez mais difusa e que retira a promessa de proteção social do horizonte político da saúde

²⁶ Fernández, M. *As Relações Internacionais e seus epistemicídios*. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, Dourados, v.8. n.15, jan./jun 2019, p.459. Disponível em <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/moncoes>>. Acessado em outubro de 2020.

²⁷ A edição recente da Revista Monções (v.8, n.15, jan./jun 2019), traz importantes contribuições para se repensar o lugar das RI e da contribuição teórica brasileira para o campo. Ver Urt, J. N.; Selis, L.M. R.; Lage, V. C. *A teorização em Relações Internacionais no Brasil importa?*; Fernández, M. *As Relações Internacionais e seus epistemicídios*; e Oliveira, A. V. da S. *Exclusão do Sujeito Negro e a Negação de Raça na Produção Acadêmica em Relações Internacionais no Brasil*. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, Dourados, v.8. n.15, jan./jun 2019.

global. Sendo o Brasil um país fundado na colonização e no tráfico de seres humanos para a escravização, proponho que esse debate se dê a partir do reconhecimento dos efeitos que raça e racismo produzem na organização social brasileira, localizando-os também na esfera política em que, tradicionalmente, as questões raciais são silenciadas. Afinal, a observação do cumprimento de direitos civis não pode se dar de forma separada da observação da centralidade da raça e do racismo nos processos de reconhecimento do *demos* e da formalização de privilégios que apartam as pessoas de uma vida plena e saudável. Neste sentido, esta tese observa a diferença entre a luta pela consagração do direito à saúde e o passo seguinte, que é a luta pela efetividade e cumprimento do direito já consagrado. Ainda que o direito à saúde seja reconhecido constitucionalmente e garantido por lei no Brasil, tornou-se necessário compreender que a lei *per se* não regulou apenas vantagens e desvantagens pré-existentes na classificação de grupos populacionais; historicamente, ela foi fundamental na própria constituição das categorizações entre os grupos populacionais. Assim, o direito à saúde em sua origem pôde ser utilizado como um mecanismo de diferenciação: de classe, de raça, de gênero; que, como veremos ao longo desse trabalho, continua a se impor mesmo quando pretende superar divisões sociais e alcançar a universalidade da população.

Embora meu doutoramento tenha se iniciado cinco anos antes, o percurso de escrita desta tese foi em grande parte atravessado pelo surgimento da pandemia de Covid-19. Consequência desse momento político e sanitário que vivemos, os debates sobre a saúde humana e planetária que a Covid-19 veio a destacar parecem trazer muitas das perguntas – e aflições – sobre as quais estive pensando nos últimos anos. Desse modo, a presente tese também resultou em uma tentativa de aplicar o letramento racial crítico à Saúde Global. Isto significa dizer que, independentemente do nível de análise, se quisermos tratar, efetivamente, dos desafios sanitários que enfrentamos com a Covid-19, e, se quisermos nos preparar para as próximas emergências sanitárias que virão, é preciso caminhar rumo a um cenário mais equitativo e de justiça social. É preciso, portanto, garantir que raça e racismo estejam no centro de nossas preocupações.

Isto posto, esta tese pretende suscitar questões importantes a quem a lê, pensa e formula políticas públicas no campo da Saúde Global e da Cooperação

Internacional para o Desenvolvimento em Saúde. Para tanto, considero neste trabalho que a política externa e a diplomacia da saúde – ambas políticas ditas de “alto nível”, estabelecidas entre nações e organismos internacionais – sejam uma expressão de nossa organização social e política, sujeita ao escrutínio público e não apenas um conjunto de decisões inalcançáveis que dizem respeito às vontades de elites seletas. Nesse sentido, esta tese conta com o registro de vozes que conformam o Estado e suas instituições, com o objetivo de melhor compreender a construção de uma diplomacia específica, voltada para a pasta da saúde, e suas decisões políticas. Isto é feito a partir do entendimento de que é preciso ocupar também as pesquisas orientadas por políticas públicas por meio de um olhar crítico e racialmente letrado, que identifica não só ausências, mas também caminhos outros para a ação, há muito tempo preteridos. Por fim, embora esta tese não tenha a Covid-19 como seu objeto central, ela considera os desafios contemporâneos que marcam a sobrevivência dos sistemas de saúde, o que pode nos oferecer algumas reflexões sobre o lugar do direito à saúde no território pós-colonial brasileiro e na atual agenda da Saúde Global.

1.4

Plano de Tese

A presente tese se organizará da seguinte forma. No **Capítulo 2 - O Biopoder e o papel da saúde na gestão das populações**, nos debruçaremos sob a discussão do aparato teórico que guia este estudo, tendo como ponto de partida o debate foucaultiano sobre a emergência de uma arte de governo liberal que, através do biopoder, produz medidas de controle populacional reunindo tecnologias centradas na produtividade da vida humana. Esta reflexão será importante para compreendermos como a racionalidade do conhecimento econômico se torna um instrumento norteador das políticas públicas, na tentativa de controlar e prever uma série de eventos aleatórios que podem ocorrer em uma população (como epidemias, crises de fome etc.). Assim, veremos como o Estado moderno exerceu seu poder a partir de uma arte de governo disciplinante, que gerencia a condução dos corpos, da vida e da morte, permitindo a definição contínua do que é relevante ou não ao seu domínio político, do que entra em sua agenda e do que dela deve ser eliminado.

Por fim, veremos também que a maneira de se conceber e programar a vida e a morte no âmbito do Estado-nação europeu suscitou reações distintas em territórios coloniais, onde a instabilidade da noção de existência humana se torna um elemento nevrálgico para pensarmos o lugar da biopolítica no contexto pós-colonial e na garantia dos direitos humanos na contemporaneidade.

Ao longo do **Capítulo 3 – Biopolítica à brasileira**, recorrei a alguns exemplos históricos para observar as primeiras manifestações da biopolítica em território brasileiro, considerando que o biopoder parece se manifestar de maneira particularmente intensa nas ex-colônias, sendo este o espaço onde a instabilidade da noção de existência humana marca as escolhas políticas, o lugar social e a impossibilidade de acesso a direitos desde o primeiro contato com o mundo europeu. Com isso em mente, este capítulo discutirá ainda, as condições de possibilidade para se pensar novos tipos de modernidade e novos tipos de agência política no território pós-colonial, observando como a biopolítica pôde caminhar lado a lado ao processo de modernização do Estado brasileiro, originando formas múltiplas de se perceber e classificar a população. Quase como um laboratório experimental nos anos que se sucederam à sua constituição como República, veremos como no Brasil a “animalização” de boa parte da sociedade permitiu uma implementação errática do Estado de Direitos liberal, que colocou a população negra e indígena “fora de lugar” no interior do Estado brasileiro.

No **Capítulo 4 – Da Saúde Internacional à Saúde Global: o papel do *homo economicus* neoliberal na provisão de bens públicos**, tratarei da mudança de paradigma na saúde durante as décadas finais do século XX e início do século XXI, momento no qual a necessidade de se enfrentar as mudanças ambientais sobre a saúde humana desde uma perspectiva planetária, se colocava como uma urgência e um desafio. Nesse sentido, o quarto capítulo desta tese tratará das mudanças na agenda recente da Saúde Global, que, para além de refletir uma incorporação intensa de atores não-estatais nas suas prescrições políticas, reflete também uma profunda transformação em matéria de governança, caracterizando o surgimento e a incorporação do neoliberalismo, que impacta e transforma o modo como lidamos com a saúde e o direito cidadão à vida.

Com o **Capítulo 5 – “De alvo à partícipe? O direito à saúde no Brasil e o acesso ao terreno político internacional”**, analisarei o processo de conquista do direito à saúde no Brasil e as tentativas de sua implementação nas décadas finais do século XX e início do século XXI. Assim, veremos que se o reconhecimento normativo da população como partícipe das políticas públicas de saúde permitiu, pela primeira vez, *uma tentativa* de reconfiguração do Estado de Direito; este é em sua essência um processo inacabado, constrangido há mais de três décadas pela consolidação da governança neoliberal da saúde global, em que o controle do Estado sobre os corpos pôde ser facilmente transferido para o mercado, gerando uma percepção cada vez mais econômica da saúde. Neste sentido, este capítulo argumenta que, em última instância, o estabelecimento do direito à saúde no terreno pós-colonial só foi permitido normativamente quando, no cenário internacional, seu significado pode ser esgarçado e transmutado, viabilizando o exercício da necropolítica a nível global.

Por fim, o **Capítulo 6 – Saúde ao Sul: a agenda global da saúde no Brasil do século XXI**, apresenta o projeto brasileiro de diplomacia e governança da saúde para a conformação de uma agenda política do Sul Global. A partir das iniciativas brasileiras, localizamos neste capítulo os desafios nacionais e internacionais para a definição, de maneira sustentada, de políticas globais de saúde que tenham como ponto de partida as necessidades e urgências dos países em desenvolvimento.

2.

O Biopoder e o papel da saúde na gestão das populações

A concepção da sociedade como meio para um bem-estar físico, saudável e duradouro, foi relatada por Michael Foucault como emergente das transformações das práticas médicas, iniciadas no século XVIII, e asseguradas por múltiplas regulamentações e instituições que visavam tratar do rápido crescimento populacional e de sua ordenação e sustentação sanitária no meio urbano. O desenvolvimento da higiene pública, com instituições para coordenar os cuidados, centralizar o poder e normalizar o conhecimento médico assumia cada vez mais a forma de campanhas para ensinar higiene e medicalizar a população. Tais mudanças faziam parte de um novo conjunto de mecanismos de controle adotado pelos governos, que a partir de então passava a ressignificar a relação entre o individual e o coletivo, “entre a totalidade do corpo social e seus fragmentos elementares”²⁸. Esse fenômeno, que Foucault denomina “nosopolítica”, expressou a emergência de uma nova compreensão da saúde e das doenças enquanto problema científico, político e econômico, que advém da necessidade de organizar, sanitizar e disciplinar uma população cujo crescimento fugia ao controle do Estado.

Conforme ilustrado pelo filósofo, as novas tecnologias médicas empregadas pelo Estado moderno para o controle social e a medicalização da população exigiam a adoção de práticas para além do espaço hospitalar, nas quais a responsabilidade do tratamento era dividida com a sociedade como um todo. As políticas higienistas originadas àquela época dividiam, por exemplo, a responsabilidade do tratamento e prevenção de doenças com as famílias. Tal função recaía, sobretudo, no papel do cuidado atribuído às mulheres, cujas preocupações deviam passar ainda pela organização do complexo família-criança²⁹ – ou seja, pela garantia do desenvolvimento infantil apropriado, com a sobrevivência até a idade adulta para o manejo da longevidade. Neste sentido, Foucault traça um paralelo entre o advento do liberalismo enquanto arte de governo e o surgimento de práticas que

²⁸ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, In: Foucault, Michael. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège De France, 1977-1978*, ed., Michael Senellart (New York: Palgrave Macmillan, translated edition, 2009), p. 66.

²⁹ Foucault, M. “*The Politics of Health in the Eighteenth Century*”, In: *The Foucault reader*, edited by Paul Rabinow. New York: Pantheon Books. 1984, p. 279.

racionalizavam a administração dos corpos – como o conhecimento estatístico, que permitiu determinar como e sob que circunstâncias, se exerceria o direito soberano de fazer viver e deixar morrer. Assim, o exercício do poder soberano sobre os corpos de uma população ganhava forma sobre uma biopolítica cujo objetivo não era modificar qualquer fenômeno ou determinados indivíduos, mas sim intervir no nível em que esses fenômenos eram determinados em sua generalidade. Foucault nos mostra que é a partir de então, que preocupações sobre a modificação de taxas referentes a mortalidade, expectativa de vida e natalidade começam a ser estimuladas, visando não só seu aumento ou redução, mas sobretudo, o estabelecimento de um equilíbrio, uma média razoável que por meio de mecanismos reguladores pudesse compensar as variações sofridas dentro dessa população em geral³⁰. Assegurar a prevenção e o trato adequado das doenças garantindo o bem-estar físico da sociedade se tornava, então, peça fundamental no processo de acumulação dos corpos para a administração da população, bem como da acumulação da força de trabalho necessária para o desenvolvimento capitalista.

No presente capítulo, teremos como ponto de partida a discussão foucaultiana sobre a emergência de uma arte de governo liberal, marcada pelo controle e pela docilização dos corpos, que produz efeitos individualizantes e manipula o corpo ao mesmo tempo em que reúne tecnologias centradas na produtividade da vida humana, na tentativa de controlar e prever uma série de eventos aleatórios que podem ocorrer em uma população. Esta reflexão será importante para compreendermos como a luta contemporânea pelo direito à saúde e à vida está profundamente ligada às medidas de controle populacional, desempenhadas e ressignificadas pelo Estado há pelo menos três séculos. Em suma, Foucault nos ajuda a entender como a transição para um regime dominado por novas técnicas de governo é fruto da importância assumida pela medicina no século XVIII, mas não apenas; é também expressão do surgimento das grandes populações como um problema e um entrave econômico; e é parte da interseção entre a regulação econômica e a necessidade do estabelecimento da ordem, duas questões centrais ao nascimento da economia política. Para Foucault, a sobrevivência do Estado

³⁰ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”: *Lectures at the College de France, 1975-1976*. Edited by Mauro Bertani and Alessandro Fontana. General Editors: Francois Ewald and Alessandro Fontana. Translated by David Macey. New York: Picador. 1997, p. 246.

moderno teria se dado graças às táticas gerais de governamentalidade³¹, que incidem sobre a vida da população e empregam a racionalidade do conhecimento econômico como instrumento norteador das políticas públicas, permitindo a definição contínua do que é relevante ou não ao domínio do Estado, do que entra em sua agenda e do que dela deve ser eliminado. Assim, é refletindo a partir dessa arte de governo disciplinante, que gerencia a condução dos corpos, da vida e da morte, que veremos neste capítulo como a relação entre o individual e o coletivo – bem como os termos de sua existência – têm sido constantemente ressignificados.

Isto posto, o aparato teórico que guiará este estudo será apresentado em cinco partes: a primeira, como mencionado anteriormente, apresenta o conceito de biopoder tal qual elaborado por Michael Foucault em suas leituras no *Collège de France*, no final da década de 1970. Seguindo o argumento de Foucault, a segunda parte reflete sobre o papel da epidemia da varíola na racionalização de um novo conhecimento estatal e na produção de dados estatísticos sobre a população em geral, para pensar a aplicação de novas técnicas de poder cujos objetivos tratavam de deter os fenômenos epidêmicos ou endêmicos das doenças. A terceira parte deste capítulo discute como o processo econômico passou a ser “naturalizado” como uma arte de governo pela doutrina liberal, que instituiu o mercado como o lugar de verificação-falsificação das práticas governamentais, afetando as diferentes formas de organização e controle da vida humana.

Visando discutir como os povos que possuem a marca da colonização em sua história podem resistir, subverter e desafiar a sua sujeição à imposição de modos de governança que limitam o acesso à espaços políticos e direitos substanciais para a manutenção da existência humana, a quarta parte do capítulo analisa os limites teóricos do conceito de biopoder, tratando do hibridismo presente nas diferentes formas de governar e seus constrangimentos na construção de uma narrativa de resistência. Afinal, a maneira de conceber e programar a morte no âmbito do Estado colonial gerou efeitos dos quais Foucault não parece considerar à primeira vista, bem como suscitou reações distintas daquelas tomadas em território europeu, especialmente quando se tratava das revoltas populares que a privação do direito à vida poderia gerar. Nos parece, portanto, que a instabilidade da noção de existência

³¹ Foucault, M. Lecture of 1 February 1978. *Ibid*, 2009, p. 109.

humana se torna um elemento nevrálgico para pensarmos o lugar da biopolítica no contexto pós-colonial e nos movimentos sociais contemporâneos. Assim, com o objetivo de compreender como a modernização do Estado colonial cria as condições de possibilidade para a produção de novas subjetividades e novas formas de governo sobre a vida, veremos na quinta e última seção deste capítulo algumas contribuições críticas sobre o advento da modernidade, que nos auxiliarão na discussão sobre as manifestações do biopoder na pós-colonialidade. Tal movimento permitirá um melhor entendimento do escopo de ação de nossa construção teórica, bem como de seus limites na análise dos modos de governança que até hoje buscam dirimir as capacidades de resistência subalterna, afastando o sujeito pós-colonial do acesso e usufruto de direitos fundamentais, como o direito à vida e à saúde.

2.1

Saúde e Biopoder

*O homem moderno é um animal cuja política coloca sua existência como um ser vivo em questão.*³²

Em seu conjunto de palestras no *Collège de France*, sobre “Segurança, Território e População” (1977-1978), Michael Foucault se debruçou sobre a genealogia do Estado moderno, propondo uma agenda de pesquisa que compreendesse os governos como a “arte de exercer poder na forma de economia”³³. Segundo o filósofo, na medida em que o poder soberano passou a se preocupar também com a administração, organização, otimização e garantia da saúde da vida, não seria mais possível ignorar a necessidade de sacrificar parte da população em prol da manutenção do Estado. Com o controle da vida, a morte também passaria a integrar a percepção do ciclo econômico, de modo que a biopolítica passava a ser concebida como a regulação da vida humana pelo Estado.

³² Foucault, M. Foucault, M. “*Right of Death and Power over Life*”. In: *The Foucault reader*, edited by Paul Rabinow. New York: Pantheon Books. 1984, p. 265. Tradução livre realizada pela autora.

³³ Foucault, M. Lecture of 1 February 1978, *Ibid.*, 2009, p. 95.

A nova forma de compreender a racionalidade estatal apontada por Foucault obedeceria a uma arte de governo moderna, que sucede a experiência mercantilista, e cuja preocupação consistia em governar menos para obter a máxima eficácia. Definindo então o liberalismo econômico³⁴ como um tipo de arte de governo, Foucault identifica que a arte de governo liberal se deu, sobretudo, em reação ao crescimento populacional e seus subsequentes efeitos sanitários, disciplinares e organizacionais³⁵. Neste sentido, suas palestras tiveram como objetivo mostrar como o liberalismo constituiu a condição de inteligibilidade da administração dos corpos, do exercício do direito de fazer viver e deixar morrer, ou seja, da biopolítica.

Propondo o estudo do liberalismo econômico como parte da estrutura geral da biopolítica, Foucault aponta como o declínio da força da lei e a ascensão da força da norma, intensificada por seu valor econômico, permitem ao Estado moderno a operacionalização de uma arte de governar que atua por meio da politização da morte, ou seja, por meio da admissibilidade da morte de uns em prol de um melhor funcionamento do Estado para outros. Tal feito é considerado parte e fruto de um enorme impacto das práticas de higiene social na nova organização da vida política a partir do século XVII, traduzidas em medidas específicas para o controle de doenças, má nutrição, moradias irregulares etc. Assim, se a meta do Estado moderno passava a ser a gestão dos corpos, a amputação de partes doentes assumia

³⁴ Para Foucault, o liberalismo deve ser analisado como uma forma de governamentalidade moderna cujo princípio e método visam a racionalização do exercício do governo por meio da obediência à regra interna da máxima economia. Assim, o filósofo define o liberalismo como: (1) um princípio de limitação do governo, que o concebe não mais como um direito externo, “divino”, mas sim com base em uma suposta “naturalidade” dos objetos e práticas específicas do governo; (2) uma prática onde se encontra o princípio da limitação do governo e por meio da qual se prescreve como devem ser calculados os efeitos dessa limitação; (3) a limitação máxima das formas e domínios da ação do governo; (4) a organização de métodos específicos de transação para definir a limitação das práticas governamentais (ex. constituição, parlamento, imprensa, comissões, inquéritos etc.). Ver Foucault, M. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège De France, 1978-1979*, ed., Michael Senellart. New York: Palgrave Macmillan, *translated edition*, 2008, p.20-22.

³⁵ É importante ressaltar que Foucault não afirma que o Estado moderno nasceu da arte de governo. Para Foucault, o Estado enquanto um conjunto de instituições soberanas, bem como as técnicas do governo dos homens, existiu por milênios. Entretanto, o autor toma como base a nova tecnologia geral do governo, construída a partir do corolário liberal, para compreender como o Estado tomou a forma que conhecemos hoje. Assim, defende como agenda de pesquisa o estudo da forma como os problemas específicos da vida e da população foram colocados dentro de uma tecnologia de governo, que, embora não tenha sido sempre liberal, desde o final do século XVIII tem sido constantemente assombrada pela questão do liberalismo. Ver *The Birth of Biopolitics... Ibid*, 2008, “Course Summary”, p. 323.

um significado cada vez mais racional e econômico³⁶, o que legitimou a eliminação de tudo aquilo que punha em perigo a saúde do Estado.

Os séculos XVII e XVIII marcariam, portanto, a irrupção dessa nova racionalidade na arte do governo, cujas técnicas específicas passaram a ser pensadas para a gestão das populações. Tal época simbolizou, de acordo com Foucault, a transformação na percepção da função soberana do Estado, uma vez que o governo das populações se diferiria completamente do exercício da soberania sobre o bom comportamento individual. Com o advento das cidades neste período, Foucault afirma que foi preciso conciliar o papel da soberania no espaço territorial circundado com o fenômeno do crescimento populacional³⁷. Se antes, o poder soberano era compreendido como o direito de deixar viver e morrer, na modernidade a lei soberana cede à economia seu papel de governante, com o propósito de validar ou legitimar o poder³⁸. De modo a aprimorar as técnicas e a conduta do governo, tornou-se, portanto, cada vez mais necessário reconhecer o que formava uma população, suas características, sua natureza, bem como se poderia repovoar territórios levando em conta a alta mortalidade ocasionada pelas crises de fome, pelo surgimento de novas doenças e epidemias. Para Foucault, o poder sobre a vida teria evoluído em duas formas básicas; a primeira, centrou-se no corpo como uma máquina – seu disciplinamento, a otimização de suas capacidades, a extorsão de suas forças, o aumento paralelo de sua utilidade e sua docilidade, sua integração em sistemas de controles eficientes e econômicos. A segunda focalizou o corpo enquanto espécie, imbuído da mecânica da vida e basilar aos processos biológicos – considerando sua propagação, nascimento e mortalidade, nível de saúde, expectativa de vida e longevidade em todas as suas variações, cuja supervisão foi efetuada através de uma série de intervenções e controles regulatórios –,

³⁶ Adorno, F. P. *Power over Life, Politics of Death: Forms of Resistance to Biopower in Foucault*. In: Lemm, V.; and Vatter, M. (eds). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism*. New York: Fordham University Press, 2014, p. 105.

³⁷ De maneira geral, para Foucault a questão espacial, jurídica, administrativa e econômica da abertura da cidade tinha como problema central a recolocação da cidade em um espaço de livre circulação. Assim, com a emergência desse problema, o soberano tornou-se um arquiteto do espaço disciplinado, mas também, e quase ao mesmo tempo, o regulador de um meio social, que envolvia, acima de tudo, tornar possível a garantia das circulações de pessoas, de mercadorias, de ar, e etc. Ver Lecture of 18 January 1978, In: Foucault, Michael. *Security, Territory, Population*. 2009, p. 29.

³⁸ Adorno, F. P. *Power over Life, Politics of Death: Forms of Resistance to Biopower in Foucault*. *Ibid*, 2014, p. 100.

conformando uma biopolítica da população³⁹. A população aparece, assim, como uma espécie de fenômeno natural denso, que não pode ser alterado por decreto, mas cuja natureza pode ser acessada pelo Estado. Isto significa que sua naturalidade é acessada pelos agentes e técnicas de transformação, “na condição de que esses agentes e técnicas estejam ao mesmo tempo iluminados, refletidos, analíticos, calculados e calculando”⁴⁰.

Dessa forma, se a arte de governo mercantilista se preocupava com a população enquanto força necessária para gerar e produzir a acumulação de riquezas, a partir do século XVIII a população passa a ser qualificada de maneira distinta. A população que antes aparecia como expressão da força do soberano agora é o fim e o instrumento do governo, é objeto de aspirações e de manipulação governamental. Conforme argumenta Foucault, a população passa a ser vista como um conjunto de processos a ser gerenciado, que depende de uma série de variáveis. Isso se observa também na relação entre a população e o soberano, que já não pode mais ser reduzida à obediência ou à recusa da obediência e revolta: “de fato, as variáveis de que depende a população são tais que, em um grau muito considerável, escapa à ação voluntarista e direta do soberano na forma da lei”⁴¹. A população passa a ser observada e analisada sob o aspecto de suas opiniões, formas de comportamento, costumes, medos, preconceitos e exigências; ela é percebida, portanto, desde o enraizamento biológico através das espécies até a sua concepção enquanto público, originando novas realidades políticas⁴².

2.2

Consolidando a biopolítica: o papel da estatística no controle da vida

Apontando para o surgimento de um conjunto de análises e formas de conhecimento do Estado em seus diferentes elementos, dimensões e fatores, Foucault afirma que foi através do conhecimento estatístico que se possibilitou a criação de mecanismos de poder no trato das doenças e no controle da saúde das populações, racionalizando

³⁹ Foucault, M. “*Right of Death and Power over Life*”, *Ibid.* p. 261-262.

⁴⁰ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 71. *Tradução livre realizada pela autora.*

⁴¹ *Idem.* *Tradução livre realizada pela autora.*

⁴² Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 75.

o exercício do poder para que este funcionasse de acordo com a sua utilidade. Nas palavras do filósofo,

foi através do desenvolvimento da ciência de governo que a economia pode se recentrar em um certo nível de realidade que, hoje, caracterizamos como “econômico”; e foi também através do desenvolvimento da ciência de governo que o problema específico da população pode ser identificado. Mas, se poderia dizer, do mesmo modo, que foi graças à percepção dos problemas específicos da população, e graças ao isolamento desse nível de realidade que chamamos de economia, que o problema de governo pode, enfim, ser pensado, refletido e calculado fora do quadro jurídico da soberania. E esta mesma estatística que, no quadro do mercantilismo, nunca pode funcionar senão no interior e, de algum modo, em benefício de uma administração monárquica, ela própria funcionando na forma da soberania, esta mesma estatística se tornará o fator técnico principal, ou um dos fatores técnicos principais no desbloqueio da arte de governo⁴³.

Em síntese, a percepção dos problemas específicos de uma população possibilitou o desenvolvimento da estatística como uma ciência de governo, que se baseava na sua utilidade econômica, permitindo quantificar os fenômenos específicos da população. Dessa forma, o trato de doenças, das grandes epidemias e expansões endêmicas, adquiriu cada vez mais importância na espiral do trabalho e da acumulação de riquezas, na medida em que se fazia necessária a administração dos corpos disponíveis e a sua manutenção saudável para o funcionamento do sistema capitalista. Como afirma Foucault, o surgimento da ciência estatística passou a mostrar que a população tem nas suas atividades regularidades próprias, bem como efeitos econômicos específicos, permitindo uma ação orientada do Estado em relação às suas próprias capacidades e em relação às capacidades dos demais Estados, dando início assim aos primeiros traços da política internacional⁴⁴. Utilizando o exemplo da varíola, uma doença endêmico-epidêmica que afligiu os governos europeus no século XVIII, Foucault nos mostra como o problema fundamental no tratamento da doença deixou de ser a imposição de disciplina por meio do estabelecimento da quarentena e se transformou na produção de novas

⁴³ Foucault, M. Lecture of 1 February 1978. *Ibid*, 2009, p. 104. *Tradução livre realizada pela autora.*

⁴⁴ Fernández e Esteves traçam um paralelo entre as ideias de Hedley Bull e Michael Foucault sobre o surgimento de uma sociedade internacional europeia. Os autores argumentam que ambos Bull e Foucault localizam essa sociedade em cinco instituições principais: a diplomacia, o direito internacional, as grandes potências, a guerra e o equilíbrio de poder. Entretanto, para os autores é Foucault que “concebe a sociedade das nações como uma problematização específica que surgiu como efeito de uma arte específica de governar [a julgar, a estatística], tanto quanto de algo que passou a ser chamado de ‘política internacional’”. Ver: *Silencing Colonialism: Foucault and the International*. In: Bonditti P., Bigo D., Gros F. (eds) *Foucault and the Modern International*. The Sciences Po Series in International Relations and Political Economy. New York: Palgrave Macmillan, 2017, p.139. *Tradução livre realizada pela autora.*

formas de saber, a partir da produção de dados sobre o número de pessoas infectadas com varíola, sua faixa etária, seus efeitos, sua taxa de mortalidade, lesões ou efeitos secundários, seus riscos de inoculação, e os cálculos de probabilidade de um indivíduo morrer ou ser infectado pela doença. Foucault afirma que é a partir da produção de um novo conhecimento estatal, ou seja, dos efeitos estatísticos sobre a população em geral, que novas técnicas foram empregadas com o objetivo de deter os fenômenos epidêmicos ou endêmicos das doenças. Assim, graças aos instrumentos estatísticos disponíveis, foi possível pensar a vacinação e a inoculação a partir do cálculo de probabilidades⁴⁵.

Um fenômeno amplamente endêmico, que apresentava uma altíssima taxa de mortalidade, a varíola teve como característica explosões repentinas, fortes e intensas de epidemia. Foucault relata que, desde 1720, a doença era tratada a partir da sua inoculação, passando, a partir do início do século XIX, a dispor de técnicas de vacinação com a característica quádrupla do vírus, configurando a primeira prática médica absolutamente preventiva, passível de ser estendida a toda a população sem grandes dificuldades materiais ou econômicas. O sucesso da prática de inoculação e vacinação da doença baseava-se em pura tentativa empírica, sem que qualquer experiência prévia comprovasse sua racionalidade, até a metade do século, quando a medicina foi capaz de fornecer uma compreensão racional do fenômeno⁴⁶. Para Foucault, não é a tentativa de exterminar, mas sim a de provocar a doença em indivíduos inoculados, que permite a criação de um típico mecanismo de segurança que encontrou apoio na realidade do fenômeno, em vez de tentar evitá-lo. Assim, argumenta que foi fazendo com que outros elementos da realidade funcionassem em relação a doença, que se estabeleceu uma dupla integração nas diferentes tecnologias de segurança e na racionalização do acaso e das probabilidades⁴⁷.

Quando são feitas análises quantitativas da varíola em termos de sucesso e fracasso, derrotas e resultados bem-sucedidos, quando são calculadas as diferentes possibilidades de morte ou contaminação, o resultado é que a doença não aparece mais nessa sólida relação da doença prevalecente com seu lugar ou meio social, mas sim como uma distribuição de casos em uma população circunscrita no tempo ou no espaço. Consequentemente, aparece a noção de caso, que não é o caso individual, mas uma maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença ou de coletivizar

⁴⁵ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 59.

⁴⁶ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 58.

⁴⁷ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 59.

os fenômenos, integrando fenômenos individuais dentro de um campo coletivo, mas na forma de uma quantificação racional e identificável⁴⁸.

A produção de conhecimentos específicos sobre as doenças e sobre a maneira como estas afetam diversos grupos em diferentes condições e faixas etárias gerou também a necessidade de lidar com a população em seus diferentes segmentos. A percepção do agravamento da mortalidade infantil, cujas taxas eram altíssimas diante do problema da varíola, possibilitou a interação do que Foucault chama de “normalidades diferenciais”, gerando um tratamento separado e alinhado entre diferentes distribuições de normalidade – de acordo com gênero, faixa etária, taxas de natalidade, etc. –, carregando consigo a ideia da necessidade de prevenção⁴⁹. Não obstante, a introdução do raciocínio estatístico na investigação epidemiológica se consolidaria no século XX, com o uso de suas técnicas para “o estudo das variações na incidência e prevalência das doenças, com a intenção de avaliar os seus determinantes genéticos e sociais”⁵⁰, consagrando assim, o estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas populações.

Com isso, a transformação nas estratégias de governo para uma biopolítica estaria absolutamente ligada ao advento da população como uma categoria de governo. Tais práticas, no entanto, não tratam de uma tendência uniforme de intervenção estatal. Considerando a prática da medicina, Foucault ressalta como a saúde e a doença de uma população passaram a ser problematizadas nos séculos XVII e XVIII através de iniciativas de múltiplas instâncias sociais, em relação às quais o próprio Estado desempenha papéis diferentes⁵¹. Assim, foi ao mesmo tempo em que surgia uma infinidade de técnicas de poder essencialmente centradas no corpo, e que incluíam dispositivos para garantir “a distribuição espacial dos corpos individuais (sua separação, alinhamento, serialização e vigilância) e a organização, em torno desses indivíduos, de todo um campo de visibilidade”⁵², que as preocupações acerca da saúde e da doença, passaram a requerer a criação de medidas de controle coletivo. Tais medidas foram pensadas a partir do que Foucault chamou de

⁴⁸ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 60. Tradução livre realizada pela autora.

⁴⁹ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 63.

⁵⁰ Almeida Filho, Naomar de. *Bases históricas da Epidemiologia*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, Set. 1986.

⁵¹ Foucault, M. “*Right of Death and Power over Life*”, *Ibid.* p. 274.

⁵² Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 242.

“tecnologia disciplinar do trabalho”, de modo a aumentar a força produtiva humana por meio de exercícios e técnicas que visavam racionalizar e economizar seu potencial produtivo para que este fosse utilizado de maneira menos dispendiosa possível, contando com o estabelecimento contínuo de hierarquias, inspeções, contabilidade e relatórios⁵³.

Não obstante, Foucault nos alerta que, se antes, o poder soberano resumia-se ao direito de tirar a vida ou deixar viver, a partir da segunda metade do século XVIII ele é claramente substituído por novas tecnologias de vigilância e disciplina, mas não desaparece; o poder soberano se transmuta, e é penetrado pelos mecanismos de controle da população de modo que não apenas decida sobre ceifar a vida de outrem, mas que também escolha deixá-lo morrer à própria sorte. Em outras palavras, a diferença é que, a partir de então, o poder soberano sobre os corpos não se limita mais ao direito de tirar a vida, mas se amplia cada vez mais sob o direito de *intervir*⁵⁴ para fazer sobreviver uma população de acordo com a média considerada “razoável” para sua governabilidade. O declínio da punição como medida exemplar de controle e espetáculo público, e a sua substituição pela adoção de novas normas e responsabilidades sociais centradas no indivíduo não tirava de cena o exercício do poderio soberano⁵⁵. Ao contrário, as formas de exercer o poder na modernidade não se excluíam, mas passavam a trabalhar juntas. Portanto, Foucault defende que não devemos ler este processo como a substituição de uma sociedade de soberania por uma sociedade de disciplina e, depois, de uma sociedade de disciplina por uma sociedade de governo. Tais características não se anulam, mas interagem em um dinâmico triângulo: soberania, disciplina e gestão governamental, têm como alvo principal a população, e como mecanismo essencial os aparatos de segurança⁵⁶.

Neste sentido, o poder sobre a vida não pode ser considerado como algo exclusivamente biológico. Ele também é composto de dispositivos de sujeição e exploração, de captação e regulação, de controle e ordenamento da existência humana em geral. O biopoder se encarrega da vida precisamente por meio da incorporação judicial de mecanismos regulatórios e aparatos corretivos contínuos

⁵³ *Idem.*

⁵⁴ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”, *Ibid.* 1997, p. 248.

⁵⁵ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”, *Ibid.* 1997, p. 241.

⁵⁶ Foucault, M. Lecture of 1 February 1978, in: *Security, Territory, Population*, 2009, p. 108.

(médicos, administrativos, burocráticos etc.)⁵⁷. Assim, Foucault afirma que a nova arte de governar alcançada pelo liberalismo teria originado uma sociedade disciplinada e normalizadora, cujas tecnologias de poder são centradas na utilidade da vida enquanto fator econômico. Tais preocupações passavam ainda pela dimensão do trabalho e da força humana disponível para tal atividade, já que a própria visão utilitarista da pobreza e o problema específico da doença dos pobres começa a figurar na relação entre o trabalho e as necessidades da produção capitalista⁵⁸.

Qual é a base para essa transformação? Em termos gerais, pode-se dizer que isso tem a ver com preservação, manutenção e conservação da “força de trabalho”. Mas sem dúvida o problema é mais amplo; sem dúvida, diz respeito aos efeitos econômico-políticos da acumulação de homens. A grande ascensão demográfica do século XVIII na Europa Ocidental, a necessidade de coordená-la e integrá-la ao aparato de produção e a urgência de controlá-la com mecanismos de poder mais refinados e adequados causam [o advento da] “população”, com suas variáveis numéricas de espaço e cronologia, longevidade e saúde, para emergir não apenas como um problema, mas como um objeto de vigilância, análise, intervenção, modificação etc. O projeto de uma tecnologia de população começa a ser esboçado: estimativas demográficas, cálculo da pirâmide de idades, diferentes expectativas de vida e níveis de mortalidade, estudos das relações recíprocas de crescimento da riqueza e crescimento da população, várias medidas de incentivo ao casamento e à procriação, desenvolvimento de formas de educação e treinamento profissional⁵⁹.

Dito isto, a arte de governar do Estado moderno incluiu em sua racionalidade não apenas o direito à violência e à morte, mas também as formas nas quais a vida era permitida. As técnicas biopolíticas também funcionaram de forma a proteger e administrar a existência humana a longo prazo por meio do conhecimento adquirido pelo Estado sobre sua população, suas necessidades e especificidades sanitárias. O conjunto de mecanismos que serviram para garantir a ordem, o crescimento premeditado da riqueza e as condições gerais de preservação da saúde da população contribuíram para o estabelecimento de um Estado “policial”⁶⁰, centrado na

⁵⁷ Foucault, M. “*Right of Death and Power over Life*”, *Ibid.* p. 266.

⁵⁸ Foucault, M. “*The Politics of Health in the Eighteenth Century*”, *Ibid.* p. 277.

⁵⁹ Foucault, M. “*The Politics of Health in the Eighteenth Century*”, *Ibid.* p. 278. Tradução livre realizada pela autora.

⁶⁰ De acordo com Foucault, até o fim do antigo regime o termo “polícia” possuía uma acepção diferente da sua concepção moderna, já que significava o conjunto de mecanismos que serviam para garantir não apenas medidas de ordem pública, mas também o crescimento adequado às estratégias de acúmulo de riquezas (via regulação econômica) e as condições de preservação da saúde em geral. Foucault aponta o Tratado de Delamare sobre a polícia como a grande carta das funções policiais no período clássico, e que também incluía em suas funções regras gerais de higiene, como o controle da qualidade dos alimentos vendidos, o abastecimento de água e a limpeza das ruas. Ver Foucault, M. “*The Politics of Health in the Eighteenth Century*”, *Ibid.* p. 277-278.

vigilância exaustiva dos indivíduos. Foucault segue a hipótese de que a economia geral do poder foi se transformando em um domínio de segurança, e, dessa forma, estabeleceu nas instituições (como as prisões, hospitais, escolas etc.) mecanismos disciplinares que previam o comportamento humano por meio do cumprimento de normas sociais. Com isso, a vigilância se estabelecia de modo a “transformar e melhorar os indivíduos através de arranjos arquitetônicos, registro, exame e documentação”⁶¹. A correção, pela operação da norma, do comportamento do indivíduo em relação a sua comunidade, possibilitou que o poder disciplinar se tornasse um modo de “individualização de multiplicidades”⁶², existindo justamente na medida em que um fim, um objetivo ou resultado devesse ser obtido com base na multiplicidade característica das grandes populações. Como afirma Foucault,

para ser mais específico, eu diria que a disciplina tenta governar uma multiplicidade de homens na medida em que sua multiplicidade pode e deve ser dissolvida em corpos individuais que podem ser mantidos sob vigilância, treinados, usados e, se necessário, punidos. E que a nova tecnologia que está sendo estabelecida é dirigida a uma multiplicidade de homens, não na medida em que eles nada mais são do que seus corpos individuais, mas na medida em que eles formam, pelo contrário, uma massa global afetada por processos gerais característicos de nascimento, morte, produção, doença e assim por diante. Então, depois de uma *primeira tomada de poder* sobre o corpo em um modo *individualizador*, temos uma *segunda tomada de poder* que não é individualizante, mas, se você preferir, é *massificante*, direcionada não ao homem-como-corpo, mas ao homem-como-espécie. Após a anatomopolítica do corpo humano, estabelecida ao longo do século XVIII, temos, no final desse século, o surgimento de algo que não é mais uma anatomopolítica do corpo humano, mas o que eu chamaria uma “biopolítica” da raça humana⁶³.

Neste sentido, se a ‘anatomopolítica’ em Foucault significava uma tecnologia na qual o corpo é individualizado e disciplinado como um organismo dotado de capacidades, a biopolítica transformava-se em uma tecnologia na qual os corpos são substituídos por processos biológicos reguláveis, gerais e generalizáveis⁶⁴. Ambas as tecnologias aplicadas sobre o corpo lograram coexistir através da circulação da norma, que possibilitou o controle “tanto da ordem disciplinar do corpo quanto dos eventos aleatórios que ocorrem na multiplicidade biológica”⁶⁵.

⁶¹ Browne, S. *Dark matters: on the surveillance of blackness*. Durham and London: Duke University Press. 2015, p.41. Tradução livre realizada pela autora.

⁶² Foucault, M. Lecture of 11 January 1978, in: *Security, Territory, Population*, 2009, p.12.

⁶³ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”, *Ibid.* 1997, p. 243. Tradução livre realizada pela autora. *Grifos meus*.

⁶⁴ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”, *Ibid.* 1997, p. 249.

⁶⁵ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”, *Ibid.* 1997, p. 252. Tradução livre realizada pela autora.

Assim, para Foucault a sociedade normalizadora não é apenas um tipo de sociedade disciplinar generalizada, mas sim uma sociedade na qual a norma da disciplina e a norma da regulação se entrelaçam, tornando possível o exercício de um biopoder que detém não só o controle sob o corpo, mas o controle sobre a vida em geral⁶⁶.

Não à toa, Foucault define o governo como um *condutor de condutas*⁶⁷, ao agir procurando garantir a conduta regulada da população em uma sociedade cujo mercado é desregulado. Assim, é possível notar como a saúde e o bem-estar físico das populações passaram a figurar como um objetivo político do Estado na medida em que a questão específica da doença, sobretudo no que se refere à saúde dos pobres, é identificada em sua especificidade econômica: “os traços biológicos de uma população tornam-se fatores relevantes para a gestão econômica, e torna-se necessário organizar em torno deles um aparato que garanta não apenas sua sujeição, mas o constante aumento de sua utilidade”⁶⁸.

Em suma, a transformação de uma arte de governo mercantilista para uma arte de governo liberal se deu não apenas em relação à instrumentalização da vida enquanto fator econômico, mas passou, sobretudo, pela percepção da morte como um elemento que pode ser útil para a manutenção do controle do Estado sob as populações. A inclusão da morte no cálculo racional do Estado moderno tornou possível, por sua vez, o processo de normalização do sacrifício de parte da população, sob a justificativa de sua naturalidade econômica. É refletindo a partir dessa arte de governo disciplinante, que gerencia a condução dos corpos, da vida e da morte, que veremos a seguir o quanto os regimes de governo são complexos, mas sobretudo, históricos. Neste sentido, discutiremos como o modo de vida econômico foi naturalizado e transformado em uma verdade supostamente universal, que institui o mercado como o lugar de verificação-falsificação das práticas governamentais.

⁶⁶ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”, *Ibid.* 1997, p. 253.

⁶⁷ Foucault se refere à conduta como a prática da condução; o processo de produzir conduta no qual alguns conduzem os outros; a maneira pela qual alguns são conduzidos por outros; e o modo pelo qual os indivíduos se comportam dentro dessa forma de conduta. O autor também faz uso do termo “*contraconduta*”, como forma de identificar os movimentos contrários, da luta em oposição aos processos de condução implementados para conduzir outrem. Ver Foucault, M. Lecture of 1 March 1978, *Ibid.* p. 193 e 201.

⁶⁸ Foucault, M. “*The Politics of Health in the Eighteenth Century*”, *Ibid.* p. 279.

2.3

Desnaturalizando o modo de vida econômico a partir das experiências coloniais

Como exposto anteriormente, desde o século XVIII o biopoder tem assumido o desenvolvimento da vida como seu imperativo governante; como uma forma de poder que, centrada também na utilização econômica da morte, exerce sua influência na administração, ordenação, regulação e controle da sobrevivência humana em sociedade. Por sua vez, a doutrina liberal desempenhou um papel central na proliferação de diferentes dispositivos de sujeição ao longo dos séculos, manifestando-se como uma doutrina notavelmente biopolítica, cujas relações estratégicas estão em constante movimento e mutação⁶⁹.

Um fator relevante na consolidação da biopolítica na arte de governo liberal foi a integração de práticas sanitárias com outros mecanismos de segurança, que dividiam uma série de semelhanças importantes em suas estratégias políticas⁷⁰. Um exemplo é o mecanismo para o controle da escassez de grãos, que gerou episódios de intensa insegurança alimentar e crises de fome no século XVIII. Foucault argumenta que, durante o período mercantilista, a escassez foi combatida por um sistema de legalidade e um sistema de regulamentações que visavam deter ou erradicar o fenômeno, tentando garantir que ele não voltasse a ocorrer. Assim, seu sistema jurídico-disciplinar determinava uma série de restrições, como o controle de preços e do direito de armazenar, bem como a proibição de acumular com a consequente necessidade de venda imediata, e estabelecia limites à exportação, com proibição ou restrições ao envio de grãos ao exterior⁷¹. Porém, se antes os regulamentos jurídico-disciplinares eram utilizados na tentativa de evitar os episódios de fome, Foucault nos mostra que a partir de meados do século XVIII os fisiocratas e os teóricos da economia passaram a ancorar as ações do Estado “no tipo de flutuação quantitativa que às vezes produzia abundância e às vezes escassez”⁷², ‘cancelando’ o fenômeno a partir da naturalização de seus momentos

⁶⁹ Mezzadra, S.; Reid, J.; and Samaddar, R. (eds.). *The Biopolitics of Development: Reading Michel Foucault in the Postcolonial Present*. New Dehli: Springer, 2013.

⁷⁰ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 59.

⁷¹ Foucault, M. Lecture of 18 January 1978, *Ibid.* p. 32.

⁷² Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 59.

de maior oferta e demanda. Este movimento configurava uma tentativa de desbloquear o sistema mercantilista, inaugurando uma nova concepção da economia representada pela doutrina fisiocrática, que estabelecia a liberdade de comércio e a circulação de grãos como o princípio fundamental do governo econômico⁷³. Isto posto, ambas as crises, sanitária e de fome, encontrariam apoio em seus próprios processos, ancorando-se à existência dos fenômenos com que lidavam. Em suma, o risco de se “deixar morrer”, seja pela inoculação da doença ou pela fome, passava a ser incorporado no cálculo das políticas públicas desenhadas pelo Estado moderno. Como afirma Foucault, a partir de então, “temos a consolidação da ideia de uma morbidade ou mortalidade considerada ‘normal’”⁷⁴.

Tal como a razão governamental, a economia política é fundada a partir da exigência de um conhecimento soberano do curso natural das coisas. Com a formação da arte de governo liberal, Foucault argumenta que a economia política ganha um papel de destaque, pois passa a conter em si a suposição econômica dos poderes biológicos que explicariam a evolução da vida nas populações⁷⁵. Para o filósofo, na medida em que o biopoder se concentrava na conjunção da biologia e da medicina em uma lógica econômica, o mercado se constituía como um lugar privilegiado de teste⁷⁶, ou seja, de verificação e falsificação das práticas governamentais – autorizando a economia política a ditar aquilo em que consistiria um bom tipo de governo.

De acordo com Foucault, o mercado era concebido como o local de garantia da regulamentação, no qual o preço justo e a sanção da fraude deveriam ter certa relação com o trabalho realizado, com as necessidades dos comerciantes e, portanto, com as necessidades dos consumidores. Entretanto, o filósofo identifica que, em meados do século XVIII, o mercado já não mais aparecia como um local de jurisdição, mas sim como algo que obedecia a mecanismos “naturais”, onde qualquer tentativa de modificá-lo e/ou alterar sua suposta “espontaneidade” era encarada como impeditiva, prejudicial e distorceria suas funções. Assim, a noção

⁷³ Foucault, M. Lecture of 18 January 1978, *Ibid.* p. 33.

⁷⁴ Foucault, M. Lecture of 25 January 1978, *Ibid.* p. 62. *Tradução livre realizada pela autora.*

⁷⁵ Foucault, M. Lecture of 1 February 1978, *Ibid.* p. 106.

⁷⁶ Foucault, M. Course Summary. In: *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège De France, 1978-1979*, ed., Michael Senellart (New York: Palgrave Macmillan, *translated edition*, 2008), p.320.

de certo preço natural, considerado “normal”, que expressaria uma relação definida e adequada entre o custo de produção e a extensão da demanda, produziu uma narrativa cujo objetivo era representar o preço “verdadeiro” das coisas⁷⁷. Foucault afirma, dessa forma, que ao se permitir que o mercado funcione por si mesmo de acordo com sua natureza e, de acordo com sua “verdade natural”, se permitiu também a formação de um preço que passa a ser chamado, metaforicamente, de preço *justo* – ainda que este não possua nenhum compromisso com a justiça, e represente apenas um preço que flutua em torno do valor do produto⁷⁸.

Em outras palavras, se os mecanismos de mercado passavam a ser considerados “naturais”, então os preços por eles determinados passavam a constituir um padrão de verdade que permite orientar como um bom governo precisa funcionar. Foucault afirma que a formação de um preço considerado natural nos possibilita discernir quais práticas de governo estão corretas e/ou erradas, examinando o que o governo faz, as medidas que toma e as regras que impõe⁷⁹. Assim, o regime de verdades da doutrina liberal é composto de uma suposta natureza econômica, intrínseca ao valor de troca, e que pode ser posta em prática pelos governos como sua regra e sua norma. A partir desta leitura, Foucault sugere a compreensão do princípio da livre circulação não apenas como uma consequência de um campo teórico, mas também como um episódio na mutação das tecnologias de poder e seus aparatos de segurança⁸⁰, cruciais para a formação das sociedades modernas como as concebemos hoje.

Dessa forma, se a nova razão governamental se ancora na compreensão do mercado como um mecanismo de troca e local de verificação “espontânea e natural” dos processos econômicos, parece relevante sua compreensão enquanto parte de um conjunto de verdades, que são mobilizadas na formação das sociedades de mercado com as quais lidamos na contemporaneidade. Afinal, essa nova maneira de conceber e programar a morte implicou mudanças importantes em relação à reação e à revolta popular que fenômenos como as epidemias ou a escassez de alimentos poderiam gerar. Foucault nos mostra que, com a adoção de medidas artificiais para

⁷⁷ Foucault, M. Lecture of 17 January 1979. *Ibid*, 2008, p.31.

⁷⁸ *Idem*.

⁷⁹ Foucault, M. Lecture of 17 January 1979. *Ibid*, 2008, p.33.

⁸⁰ Foucault, M. Lecture of 18 January 1978. *Ibid*, 2009, p. 34.

deixar que tais fenômenos “tomassem seu curso natural”⁸¹ e adquirissem certa liberdade de movimento, passava-se a negar a crise como uma realidade. Assim, se permitia que a escassez se tornasse um fenômeno produzido e desenvolvido pelo mercado, implicando-a na sua própria cura e regulação. Dessa maneira, não haveria mais escassez em geral sob a condição de que para uma fração da população e para determinados mercados houvesse alguma escassez, alguma dificuldade em comprar alimentos, o que, conseqüentemente, poderia levar algumas pessoas à morte⁸². De acordo com Foucault, esse processo foi fundamental para que as crises de fome e as grandes epidemias deixassem de carregar consigo o estigma do sofrimento generalizado da população, já que, em nome da sustentação do Estado elas se tornavam localizadas, e o sacrifício de uns passava a ser aceito por outros.

A criação de ações supostamente naturais ao curso da vida, para lidar com os fenômenos que abarcavam a realidade das populações, consagrou-se como uma técnica política, profundamente ligada ao princípio geral do liberalismo. Para Foucault, o jogo do liberalismo, que permite a livre circulação, o “*laissez faire, passer et aller*”, significou básica e fundamentalmente uma ação inicial, que seguiria seu caminho e seu próprio curso de acordo com as leis, princípios e mecanismos que pressupunham o desenvolvimento “natural” da realidade em um contexto de liberdade. Entretanto, o filósofo afirma que essa liberdade é tanto ideológica quanto uma técnica de governo, e “deve de fato ser entendida dentro das mutações e transformações das tecnologias do poder”⁸³, sendo um “correlato da implantação de aparelhos de segurança”⁸⁴. Não obstante, a ideia defendida pelos fisiocratas, de que a escassez e a abundância produziriam certo “equilíbrio” social tornava-se fundamental para a percepção do Estado como uma entidade que não deveria intervir no funcionamento supostamente “natural” desses fenômenos. A percepção do Estado limitava-se à contingência da população, ao seu policiamento e à vigilância de sua conduta em relação às normas estabelecidas. Neste sentido, Foucault entende a arte de governo liberal como uma *prática*, uma forma de “fazer as coisas”, e que deve ser analisada como “um princípio e um método de

⁸¹ Foucault, M. Lecture of 18 January 1978. *Ibid.*, p. 42.

⁸² *Idem.*

⁸³ Foucault, M. Lecture of 18 January 1978. *Ibid.*, p. 48.

⁸⁴ *Idem.*

racionalização do exercício de governo, uma racionalização que obedece – e que é específica sobre – a regra interna da máxima economia”⁸⁵.

O uso da obra de Foucault como ponto de partida analítico parece fundamental para o exame da relação entre a economia e a vida em sua natureza mutável. A recuperação do contexto em que a biopolítica se origina, e da maneira como ela se manifesta, lança luz à análise dos regimes de verificação adotados pela doutrina liberal, nos permitindo acessar o significado político remanescente aos conjuntos de verdades que são mobilizados até hoje. Assim, este processo de análise nos auxiliará na própria percepção dos efeitos da biopolítica no contexto pós-colonial, bem como na contestação da biopolítica do desenvolvimento, alcançada pelo projeto liberal. O que Foucault não vislumbra, no entanto, é o quanto essa naturalização das ações econômicas criava um *duplo subalterno*; não apenas aquele que era relegado à morte no âmbito do Estado moderno europeu, mas sobretudo, aquele que nem direito à própria vida tinha, e que vivia escravizado pelos Estados europeus em suas colônias.

Apesar de reconhecer que o exercício da função da morte, dentro da dinâmica do biopoder, inscreve o racismo nos mecanismos de controle do Estado⁸⁶, Foucault não se dedica a observá-lo em suas manifestações no empreendimento colonial, o que muda drasticamente a sua percepção em relação à subjetividade permitida ao sujeito pós-colonial. O ranqueamento racial ao qual Foucault se refere não reflete, profundamente, acerca da violência colonial, mas permanece centrado nas questões que afligem a Europa, especialmente no que concerne à sociedade nazista que possibilitou o Holocausto. Assim, o filósofo se pergunta:

O que de fato é o racismo? É principalmente uma maneira de introduzir uma ruptura no domínio da vida que está sob o controle do poder: a ruptura entre o que deve viver e o que deve morrer. A aparição no *continuum* biológico da raça humana de raças, a distinção entre raças, a hierarquia de raças, o fato de que certas raças são descritas como boas e outras, em contraste, são descritas como inferiores: *tudo isso é uma maneira de fragmentar o campo biológico que o poder controla*. É uma maneira de separar os grupos que existem dentro de uma população. É, em suma, uma maneira de estabelecer um tipo biológico de caesura dentro de uma população que parece ser um domínio biológico. Isso permitirá que o poder trate essa população como uma mistura de raças ou, para ser mais preciso, trate as espécies, subdivida as espécies que controla nas subespécies conhecidas, precisamente, como raças. *Essa é a*

⁸⁵ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège De France, 1978-1979*. *Ibid*, 2008. “Course Summary”, p.318.

⁸⁶ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid*. 1997, p. 254.

*primeira função do racismo: fragmentar, criar caesuras dentro do continuum biológico tratado pelo biopoder*⁸⁷.

Mais adiante, Foucault acrescenta que o racismo faz com que o relacionamento típico da guerra – no qual para um viver, o outro deve morrer –, “funcione de uma maneira completamente nova e compatível com o exercício do biopoder”⁸⁸. Neste sentido, o confronto também ganha um caráter biológico, já que para o filósofo, no biopoder o imperativo de matar se torna aceitável quando resulta na eliminação da ameaça biológica e no aprimoramento de uma espécie ou raça. Assim, para Foucault, “em uma sociedade normalizada, raça ou racismo é a condição prévia que torna aceitável a matança”⁸⁹, ou seja, um elemento *necessário*⁹⁰ para aceitarmos na contemporaneidade a morte seletiva de uns em benefício de outros. Contudo, o que significa pensar o racismo a partir da fratura exposta pelo colonialismo há mais de cinco séculos? Está claro que a biopolítica instrumentaliza o racismo e o estrutura no aparelho de Estado a partir de sua conotação biológica. Entretanto, suas formas de subjugação estão postas muito antes da consolidação de uma versão científica do racismo no século XIX. Neste sentido, a cisão racial apontada por Foucault só pode ser entendida em sua completude quando considerada desde o início da experiência colonial. Assim, para ir com e contra Foucault, se “o racismo se desenvolve primeiro com a colonização, ou em outras palavras, com o genocídio colonizador”⁹¹, e se no contexto do biopoder a utilidade da morte passa a ser justificada “a partir da necessidade de matar pessoas, por meio de temas como o evolucionismo”⁹², então o que Foucault não vislumbra é como a estratégia “naturalizante” da arte de governar liberal só foi possível a partir da hierarquização e do ranqueamento provenientes da negação da coevalidade dos povos, garantindo a exploração contínua de indígenas e negros. Neste sentido, a biopolítica já nasce como uma forma atualizada da hierarquização racial, que se especializa cada vez mais em servir como um instrumento do exercício de poder do Estado.

Como afirma Simone Browne, se para Foucault o poder disciplinar transformou-se no arquétipo do poder soberano na modernidade, então “o navio negreiro também

⁸⁷ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 255.

⁸⁸ *Idem.*

⁸⁹ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 256.

⁹⁰ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 258.

⁹¹ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 257.

⁹² *Idem.*

deveria ser entendido como uma operação do poder na modernidade e como parte da violenta regulação da negritude”⁹³. Neste sentido, Browne nos lembra que o declínio da tortura pública como método punitivo favoreceu o surgimento de uma sociedade disciplinada – organizada normativamente em torno da própria sobrevivência –, mas sua mudança não significou um abrandamento da violência que o poder soberano exercia sobre os corpos. Isto porque, “quando esse corpo é negro, o controle dificilmente se afrouxa durante a escravidão e continua após a emancipação, como por exemplo, quando da violência da multidão por linchamento e outros atos de terrorismo racial”⁹⁴. Isto nos mostra, para citar Dipesh Chakrabarty, que “o pensamento europeu é ao mesmo tempo indispensável e inadequado para nos ajudar a refletir sobre as experiências da modernidade política em nações não ocidentais”⁹⁵. Assim, parte do esforço analítico em compreender as formas da biopolítica na periferia mundial implica perceber em que sentido as ideias europeias, supostamente universais, são, na verdade, “extraídas de tradições intelectuais e históricas muito particulares que não podiam reivindicar nenhuma validade universal”⁹⁶.

Não obstante, a relação da economia política europeia com a criação de uma “verdade natural” foi também fortemente influenciada pelo encontro europeu com os ameríndios. Desde o século XVI, como afirma Beate Jahn, a base histórica e secular da narrativa do estado de natureza, que localizava nos ameríndios as origens de uma sociedade “selvagem” e “atrasada”, nutria o imaginário europeu sobre a existência de uma lei “natural” que dava vida à noção do desenvolvimento universalista da sociedade⁹⁷. Fruto de construções intelectuais que negavam a coevalidade dos povos da América e da Europa, o estado de natureza deveria ser entendido não como uma condição pré-existente ao surgimento dos laços sociais e culturais que dão base ao seu discurso moral, mas sim como parte de um evento histórico e de uma produção intelectual particular, originada no encontro colonial entre espanhóis e ameríndios. Para Jahn, o mito fundacional originário do encontro

⁹³ Browne, S. *Ibid.* 2015, p.24. Tradução livre realizada pela autora.

⁹⁴ Browne, S. *Ibid.* 2015, p.38.

⁹⁵ Chakrabarty, Dipesh. *Provincializing Europe: postcolonial thought and historical difference*. Princeton, N.J. Princeton University Press, 2008, p.16. Tradução livre realizada pela autora.

⁹⁶ Chakrabarty, Dipesh. *Ibid.* 2008, preface, p. xiii. Tradução livre realizada pela autora.

⁹⁷ Jahn, B. *IR and the state of nature: the cultural origins of a ruling ideology*. Review of International Studies, 1999.

com o outro não-europeu permitiu a imaginação de uma Europa que se colocava como berço de toda a humanidade, como lócus do particular padrão europeu de desenvolvimento, que fincava seus pilares na construção do Estado, na preservação da propriedade privada e no acúmulo de riquezas⁹⁸.

Como bem nos lembra Aníbal Quijano, é somente com a classificação da população de acordo com seus traços fenotípicos, de raça e identidade racial, que se estabelece um meio para classificar a população colonizada, transformando-a em uma categoria mental da modernidade⁹⁹. Pensar a biopolítica a partir da periferia mundial requer não apenas um olhar para a docilização dos corpos nas relações de poder, mas, sobretudo, um olhar sobre como esse processo é permitido a partir da maculação do corpo e desumanização dos povos indígenas e negros. Nesse sentido, Quijano também destaca que o significado moderno da ideia de raça não tem uma história conhecida antes da colonização da América¹⁰⁰. As relações de dominação que passam a estruturar as relações sociais tornam-se fundamentais para a construção de identidades a partir da criação de diferenciações fenotípicas que são associadas lado a lado com hierarquias, lugares e papéis sociais. Dessa forma, a codificação das diferenças através da ideia de raça tornou possível alocar biologicamente um estágio “natural” de inferioridade ao colonizado, ao mesmo tempo em que autorizava o discurso biológico-científico a estruturar todo o sistema de dominação exigido pela colonização¹⁰¹. O tipo de ranqueamento possibilitado pela nova estrutura de poder nas Américas, e que mais tarde se expandiu por todo o mundo, permitiu articular a hierarquia étnico-racial com a divisão internacional do trabalho¹⁰². Segundo Quijano, novas identidades históricas e sociais foram produzidas e combinadas com uma distribuição racista do trabalho e a exploração do capitalismo colonial. Essa configuração foi alcançada “por meio de uma associação quase exclusiva de brancura com salários e, é claro, com os cargos de alta ordem na administração colonial. Assim, cada forma de controle do trabalho

⁹⁸ Jahn, B. *Ibid.* 1999, p. 423.

⁹⁹ Anibal Quijano *apud* Santos, C; Siman, M; Fernández, M. *‘Two Brazils’: Renegotiating Subalternity through South-South Cooperation in Angola*. *Brazilian Political Science Review*, São Paulo, v. 13, n. 1, e0007, 2019, p.7.

¹⁰⁰ Quijano, A. 2000, p. 534.

¹⁰¹ Santos, C; *et al.* 2019, p.8.

¹⁰² Quijano, A. *apud* Santos, C; *et al. Ibid*, 2019.

estava associada a uma raça particular”¹⁰³. Como já afirmado outras vezes¹⁰⁴, o desenvolvimento europeu e o surgimento da modernidade dependiam substancialmente dos territórios coloniais e dos corpos subalternizados, que, como bem afirmam Quijano e Achille Mbembe, foram deixados sem humanidade pelo colonialismo. O espaço era, portanto, “a matéria-prima da soberania e da violência que ela carregava consigo. Soberania significa ocupação, e ocupação significa relegar o colonizado a uma terceira zona, entre o estatuto de sujeito e objeto”¹⁰⁵. Definia-se, assim, não apenas quais corpos eram descartáveis e destinavam-se à morte para a administração do Estado europeu, mas também quais permaneciam relevantes na organização da sociedade colonial na periferia mundial.

Neste sentido, a biopolítica também acrescenta à vigilância sobre os corpos um entendimento racializante, uma tecnologia de controle social que, para Simone Browne, diz respeito à produção de normas relativas à raça, exercendo o poder de definir aqueles que pertencem ou não a um lugar¹⁰⁶. Assim, a biopolítica que também se instaura nas colônias resultou no tratamento discriminatório daqueles que são negativamente racializados por essa vigilância, e conseqüentemente sofrem o apartamento de um conjunto de direitos, do pertencimento a uma comunidade política. Browne ressalta como a lógica do ordenamento racial tem logrado perpetuar o privilégio da brancura em relações e instituições sociais, graças à uma racialização que não se dá de maneira estática no tempo e espaço, mas depende da reificação das fronteiras ao longo das linhas raciais, fazendo com que “a ideia de raça opere de maneira interligada com classe, gênero, sexualidade e outros marcadores de identidade e suas várias interseções”¹⁰⁷.

Pensar a biopolítica nos tempos contemporâneos requer, portanto, pensá-la a partir de seus limites, a partir das formas nas quais o poder sobre a vida se organizou, sobretudo no espaço ocupado pelas sociedades pós-coloniais. Assim, é somente atenta a estas condições que se pode perceber a biopolítica como parte do movimento constante de redefinição da noção de vida. Como nos lembra Maria

¹⁰³ Quijano, A. 2000, p. 537, *apud* Santos, C; *et al. Ibid*, 2019.

¹⁰⁴ Santos, C; *et al. Idem*.

¹⁰⁵ Mbembe, A. *Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. Rio de Janeiro: n-1 edições, 2018, p.39.

¹⁰⁶ Browne, S. *Ibid*. 2015, p.16.

¹⁰⁷ Browne, S. *Ibid*. 2015, p.17.

Muhle, a biopolítica “invade” uma vida já saturada por constelações históricas de poder e conhecimento, conformando uma vida indeterminada e aberta a determinações e normalizações externas, uma vida que se hibridiza entre as noções do que é natural e artificial¹⁰⁸.

A instabilidade da noção de existência humana no contexto pós-colonial parece, portanto, um elemento nevrálgico para pensarmos o lugar do direito à saúde e à vida nos movimentos sociais contemporâneos. Ao mesmo tempo, isso nos alerta também para a pluralidade de modos de vida que tem resistido aos efeitos desproporcionais do mercado, o que nos sugere a impossibilidade de qualquer essencialismo na vida política. Se o biopoder evolui, integrando e neutralizando a resistência, na tentativa de absorver suas revoltas e unificar as diferenças, ele também se hibridiza. Dessa forma, o gerenciamento da vida humana também origina uma pluralidade de mecanismos de dominação e controle que têm aprofundado a deterioração dos tecidos físico e social, “acrescentando inovação, sequestro, reapropriação, traição e tradução”¹⁰⁹. Como ressaltado por Muhle, o que está em jogo é a necessidade de uma compreensão da vida fundamentalmente dinâmica e errática: “o movimento de autocriação não deve ser desconectado do movimento de autoconservação: a vida, conforme tematizada por volta de 1800, não é a pura transgressão nem a pura autopreservação, mas se define na tensão entre esses dois”¹¹⁰. Foucault contribui, portanto, para uma leitura dos modos de vida que se baseia no reconhecimento das diferenças, resistindo às singularidades irreduzíveis que transformam a doutrina liberal numa verdade absoluta. Mas é precisamente por sua especificidade histórica, temporal e subjetiva à construção de modos de governar que passam a considerar os corpos humanos na equação do Estado, que tais processos devem ser qualificados, situados, e especificados enquanto produtos de seu tempo. Sendo essa uma tensão estruturante e ambivalente, a seguir refletiremos sobre a subjetividade do sujeito periférico na pós-colonialidade: uma condição híbrida, instável e incompleta, marcada pela heterogeneidade cultural formada nas margens da sociedade moderna.

¹⁰⁸ Muhle, M. *A Genealogy of Biopolitics: The Notion of Life in Canguilhem and Foucault*. In: Lemm, V.; and Vatter, M. (eds). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism*. New York: Fordham University Press, 2014, p. 93.

¹⁰⁹ Revel, J. *Foucault and His 'Other': Subjectivation and Displacement*. *Ibid*, 2013, p. 23.

¹¹⁰ Muhle, M. *A Genealogy of Biopolitics: The Notion of Life in Canguilhem and Foucault*. *Ibid*, 2014, p. 84.

2.4

O fenômeno do biopoder na colonialidade

Com a evolução da biopolítica, a racionalidade liberal produziu um conjunto de verdades que permitiu o disciplinamento dos corpos nos processos da vida humana. O poder pôde ser definido com base na divisão entre vivos e mortos e em relação a um campo biológico “do qual toma o controle e no qual se inscreve”¹¹¹. Isto foi possível não pela estrita supressão ou submissão da vida, mas sim pela sua imbricação em uma lógica econômica liberal que se pretendia natural, de modo a governar as populações a partir de seus próprios anseios por sobrevivência. Foucault argumenta que, no século XIX, as forças que resistiam a tal disciplinamento apoiavam-se naquilo que o poder investia, isto é, na vida e no homem como ser vivo. Enquanto ação contrária e em resposta à conduta conduzida pela arte de governo, a contraconduta passava a residir na compreensão mais profunda da liberdade como resistência, uma concepção que se propõe alternativa à ideia liberal de liberdade como segurança¹¹².

Para Foucault, não há relações de poder sem resistências; elas são ainda mais reais e eficazes porque são formadas à medida que as relações de poder são exercidas. Foucault afirma que, tal como o poder, a resistência deve ser observada a partir de sua multiplicidade e pode ser integrada às estratégias globais¹¹³. Neste sentido, Judith Revel ressalta que, uma vez eliminadas as singularidades, elimina-se o que permite a resistência em primeiro lugar: a articulação da diferença como devir e a articulação da subjetivação como o poder de inventar modos de vida compartilhados, como a reinvenção do comum¹¹⁴. Se a governamentalidade liga a formação da política moderna à formação do sujeito moderno, Revel nos lembra ainda que suas relações de poder não podem ser saturadas, uma vez que elas devem ter alguma margem de liberdade para serem aplicadas – abrindo o caminho para o surgimento de novas subjetividades e resistências. Isto implica dizer que poder e

¹¹¹ Mbembe, A. *Necropolítica*. *Ibid*, 2018, p.17.

¹¹² Lemm, V.; Vatter, M. (eds.). *Introduction*. *Ibid*, 2014, p. 11.

¹¹³ Foucault *apud* Muhle, M. *Ibid*, 2014, p. 96.

¹¹⁴ Revel, J. *Identity, Nature, Life: Three Biopolitical Deconstructions*. In: Lemm, V.; and Vatter, M. (eds). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism*. New York: Fordham University Press, 2014, p. 118.

resistência não são opostos, mas complementares: “poder e liberdade, poder e resistência, objetivação e subjetivação se unem irremediavelmente, sempre”¹¹⁵.

Tendo definido a relação entre poder e governo como “a ação sobre a ação de outros”¹¹⁶, Foucault recebeu críticas necessárias e atualizações que permanecem pertinentes a sua concepção da biopolítica. Dentre elas, está o problema da relação entre o sujeito individual e a força coletiva na mobilização de resistências. Para citar Revel, ao olhar para a contraconduta presente nos movimentos de resistência, Foucault identifica uma “força criativa”¹¹⁷ – uma capacidade de produzir subjetividades que possibilitam a criação de modos de vida distintos, baseados na construção renovada de um lugar comum a partir das diferenças. Os diferentes modos de se organizar a vida revelariam, assim, uma capacidade imanente, inventiva e criativa, de se produzir novas formas de ser.

Contudo, ainda que Foucault compreenda a microfísica do poder como sendo exercida e regulada amplamente por todos, Estado e sociedade, sua análise considera o poder um mecanismo independente do privilégio de classe e de sua posição estrutural. Assim, Foucault desconsidera o efeito geral produzido em posições estratégicas de poder, e que são decorrentes das posições de quem detém o poder, e de quem é por ele dominado. Por esse motivo, Edward W. Said nos lembra que, ainda que o poder possa ter uma espécie de disciplina e controle burocráticos indiretos, dele se produzem as mais diversas relações e tensões entre governantes e governados, riqueza e privilégios, entre os monopólios de coerção e o aparato central do Estado. Neste sentido, Said ressalta que Foucault adota uma visão “curiosamente passiva e estéril”, “não tanto dos usos do poder, mas de como e por que o poder é adquirido, usado e mantido”¹¹⁸.

Isto posto, é fato que Foucault segue inspirando produções teóricas pós-coloniais que se debruçam nos estudos sobre poder, e que identificam na produção de subjetividades a construção de novas formas de organização social, invocando suas

¹¹⁵ Revel, J. *Foucault and His 'Other': Subjectivation and Displacement*. In: Mezzadra, S.; Reid, J.; and Samaddar, R. (eds.). *The Biopolitics of Development: Reading Michel Foucault in the Postcolonial Present*. New Delhi: Springer, 2013, p. 23. Tradução livre realizada pela autora.

¹¹⁶ Foucault, M. *apud* Davidson, A. I. Introduction, in: *Security, Territory, Population*, 2009, p. xxii.

⁴² Revel, J. *Identity, Nature, Life: Three Biopolitical Deconstructions*. *Ibid*, 2014, p.142.

¹¹⁸ Said, E. W. *The Text, The World, The Critic*. Massachusetts: Harvard University Press, 1983, p.221.

concepções no nexó poder-saber. Influenciado em grande parte pelo marxismo gramsciano¹¹⁹, Said ressalta os limites do poder em Foucault à luz da experiência pós-colonial, compreendendo o trabalho do filósofo francês não como um modelo etnocêntrico de como o poder é exercido na sociedade moderna, mas sim como parte de um quadro maior, que revela o caráter do relacionamento entre a Europa e o resto do mundo¹²⁰. Isto implica dizer que, para Said, é justamente quando a linguagem utilizada por Foucault se torna geral, “quando ele move suas análises do poder dos detalhes para a sociedade como um todo”¹²¹, que a sua inovação metodológica pode se tornar uma armadilha teórica. A ideia de que o poder está em toda parte, somada à “obliteração do papel das classes, da economia, das rebeliões e insurgências nos jogos de poder”¹²², não responderiam, portanto, quais resistências seriam possíveis na ordem disciplinar e por quê. Recorrendo à crítica de Nicos Poulantzas, Said questiona o fato de Foucault não discutir a fundo as resistências que acabam sendo dominadas pelo sistema que ele descreve. Nessa linha argumentativa,

mesmo se aceitamos a visão de que o poder é essencialmente racional, que não é de posse de ninguém, mas é estratégico, disposicional, eficaz, e que, como afirma em *Vigiar e Punir*, o poder é investido em todas as áreas da sociedade, estaria então correto concluir, como Foucault o faz, que o poder se esgota em seu uso? Não estaria simplesmente errado, Poulantzas pergunta, dizer que o poder não se *baseia* em lugar algum e que lutas e exploração – ambos termos deixados de fora das análises de Foucault – não ocorrem? O problema é que o uso do termo *pouvoir* por Foucault se move demais, engolindo todos os obstáculos em seu caminho (resistências a ele, às

¹¹⁹ Said se baseia nos escritos do marxista italiano Antonio Gramsci para teorizar as maneiras pelas quais certas formas culturais predominam sobre outras, alcançando uma espécie de hegemonia cultural assegurada também pelo consentimento da sociedade. O marxismo gramsciano e a virada linguística pós-estruturalista tiveram grande influência nas discussões que originaram o grupo de Estudos Subalternos nos anos 1980, cujo papel foi fundamental na recuperação historiográfica da dominação colonial a partir da figura do sujeito sul-asiático, marginalizado em termos de classe, casta, idade, gênero, etc. Inicialmente, a agenda de pesquisa do grupo de Estudos Subalternos se limitou principalmente à história da Índia colonial, mas as contribuições posteriores transcendem as fronteiras regionais e disciplinares da pós-colonialidade, com a fundação do Grupo Latino-Americano de Estudos Subalternos em 1993 e a proliferação de ensaios sobre subalternidade não apenas na América Latina, mas também em África. Contribuíram para os estudos subalternos teóricos como Ranajit Guha, Partha Chatterjee, Dipesh Chakrabarty, Gayatri C. Spivak, Aníbal Quijano, Walter D. Mignolo, entre outros. Ver *Subaltern Studies, Writings on South Asian History and Society*. Edited by Ranajit Guha. Oxford University Press, 1982.; Chakrabarty, D. *Habitations of Modernity: essays in the wake of subaltern studies*. The University of Chicago Press, 2002; e, Chaturverdi, V. (ed.). *Mapping Subaltern Studies and the Postcolonial*. London: Verso, published in association with New Left Review, 2000; Ballestrin, L. *América Latina e o giro decolonial*. Revista Brasileira de Ciência Política, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013, pp. 89-117.

¹²⁰ Said, E. W. *Ibid.* 1983, p.221.

¹²¹ Said, E. W. *Ibid.* 1983, p.244.

¹²² *Idem.*

classes e às bases econômicas que o renovam e abastecem, às reservas que acumula), obliterando a mudança e mistificando sua soberania microfísica¹²³.

Cabe ressaltar que, para a abordagem marxista, a individualização do corpo social – tão bem expressa por Foucault em seu conceito de biopoder –, seria originária das classes em sua especificidade capitalista, uma “figura material das relações de produção e da divisão social do trabalho nos corpos capitalistas, e igualmente consequência material das práticas e técnicas do Estado, criando e subjugando o corpo (político)”¹²⁴. Não obstante, Poulantzas reconhece a importância das análises de Foucault sobre as instituições do poder, mas não o faz sem antes afirmar que, ainda que o poder ultrapasse o Estado, é o Estado aquele que desempenha um papel constitutivo nas relações de produção e nos poderes que elas exercem. Isto significa dizer, portanto, que a divisão de classes não é compreendida como o terreno *exclusivo* da constituição do poder, mas que todo poder encobre uma significação de classe¹²⁵ – um detalhe substancial que Foucault notavelmente deixa de fora de sua análise.

Se, cada vez mais, o indivíduo é construído, vigiado e regulado por uma série de sistemas disciplinares gerados sobre a combinação de conhecimento e poder, o foco da análise foucaultiana reside no exercício da autoridade das microrredes de poder sobre a construção da subjetividade humana¹²⁶; na produção de novas formas disciplinares de conhecimento que são propagadas não apenas pelo Estado, mas também pelos indivíduos, à medida que vivem e reproduzem seus efeitos. Para Foucault nenhum indivíduo possui poder, mas o poder é “canalizado e exercido através da rede de indivíduos que compõem o tecido social”¹²⁷. Neste sentido, Said identifica uma circularidade do poder na produção foucaultiana, na qual a resistência, o esforço ou o conflito, são “silenciosamente absorvíveis” em microrredes de poder¹²⁸. Tal compreensão circular do poder nos induz a ler a resistência apenas como a expressão criativa de uma nova forma de organizá-lo. Isto levanta dúvidas acerca do potencial subversivo da resistência, e se ela não

¹²³ Said, E. W. *Ibid.* 1983, p.245. Tradução livre realizada pela autora.

¹²⁴ Poulantzas, N. *O Estado, o Poder, o Socialismo* (1978). São Paulo: Paz e Terra, 2000, p.65.

¹²⁵ Poulantzas, N. *O Estado, o Poder, o Socialismo. Ibid.* 2000, p.41.

¹²⁶ Hiddleston, J. *Foucault and Said: colonial discourse and Orientalism. In: Understanding postcolonialism*. New York: Routledge, 2009, p.79.

¹²⁷ Hiddleston, J. *Ibid.* 2009, p.81.

¹²⁸ Said, E. W. *Ibid.* 1983, p.246.

configuraria, na verdade, uma resiliência às dinâmicas de poder. Desse modo, a tensão entre resistência e resiliência permanece uma questão recorrente e insolúvel, que permeia as tentativas de se reagir às violências impostas pelo capitalismo.

Como vimos no início dessa seção, o sujeito tal qual imaginado por Foucault, é percebido como um agente “produtivo”, capaz de articular e reproduzir conhecimento através de sua participação em microrredes de poder; e por isso, é caracterizado como um sujeito autônomo, que sabe e que pode falar por si, cuja agência é levada em consideração. Neste sentido, Gayatri Chakravorty Spivak observa que, embora tenha sua subjetividade originada na formulação híbrida dos modos de governar, o sujeito da narrativa foucaultiana nunca parece estar em contradição, bem como não tem a relação entre as redes de poder, desejo e interesse problematizadas. Com isso em mente, Spivak verifica que a mesma agência não se repete quando deslocamos o lócus de análise para a periferia colonizada, quando tratamos de um subalterno que é sistematicamente silenciado e invisibilizado. Dessa forma, como também observa Jane Hiddleston, “os *outros* marginalizados de Foucault são apenas sombras ou reflexos de um *eu* europeu, e o outro colonizado é conseqüentemente esquecido e apagado em sua obra”¹²⁹.

Ao silenciar sobre a experiência colonial na periferia mundial, Foucault trataria de um sujeito específico, que está localizado no imaginário europeu. Como resultado, a análise de Spivak sustenta que Foucault mantém uma concepção do sujeito como um ente soberano, indivisível, no qual interesses e desejos coincidem. No que se refere à dependência sobre os corpos, exercida pelo novo mecanismo de poder que Foucault identifica como expoente dos séculos XVII e XVIII, Spivak afirma que esta é garantida justamente “*por meio* do imperialismo territorial – a Terra e seus produtos – ‘em algum outro lugar’”¹³⁰. Isto significa dizer que a escravização dos corpos humanos fora do continente europeu tem um papel crucial na instrumentalização generalizada da existência humana e na destruição sistemática de seus corpos e populações nos séculos seguintes. Por este motivo, a autora defende que a produção da teoria, enquanto prática fundamental na construção de novas possibilidades e na descrição dos fenômenos que abarcam a realidade, estaria

¹²⁹ Hiddleston, J. *Ibid*, 2009, p.82. Tradução livre e grifos realizados pela autora.

¹³⁰ Spivak, G. C. *Pode o subalterno falar?* *Ibid*, 2010, p.95.

atrelada ao lugar de fala do teórico e seus anseios em “*falar por*” (no lugar de) e “*re-presentar*” (falar sobre) o indivíduo subalternizado. Em suma, Spivak nos mostra que ao fazê-lo sem reconhecer os próprios limites, Foucault torna sua produção intelectual cúmplice dos interesses econômicos do Ocidente, ou seja, cúmplice de uma desigual divisão internacional do trabalho:

Estou pensando na população em geral – não especialista ou acadêmica – ao longo do espectro de classes, para quem a episteme opera sua silenciosa função de programação. Sem considerar o mapa da exploração, sobre qual matriz de “opressão” eles poderiam colocar essa multidude heterogênea? (...) De acordo com Foucault e Deleuze (falando a partir do Primeiro Mundo, sob a padronização e regulamentação do capital socializado, embora não pareçam reconhecer isso), os oprimidos, se tiverem a oportunidade (o problema da representação não pode ser ignorado aqui), e por meio da solidariedade através de uma política de alianças (uma temática marxista em funcionamento neste caso), *podem falar e conhecer suas condições*. Devemos agora confrontar a seguinte questão: no outro lado da divisão internacional do trabalho do capital socializado, dentro e fora do circuito da violência epistêmica da lei e educação imperialistas, complementando um texto econômico anterior, *pode o subalterno falar?*¹³¹

Como também afirmam Marta Fernández e Paulo Esteves, o silêncio de Foucault sobre as maneiras pelas quais o poder opera na arena colonial levaram à obliteração do papel desempenhado pelo mundo colonial na constituição de uma “sociedade internacional europeia”¹³². Os autores argumentam que Foucault peca ao considerar a Europa um espaço homogêneo e ordenado por uma temporalidade única, já que “as únicas alterações que Foucault considerava cruciais para a construção do eu europeu eram internas à Europa, ou, mais precisamente, para uma Europa desatualizada”¹³³. Assim, Foucault teria de fato ignorado as diferenças que dividem o mundo em dois: “em um centro – um sistema de estados soberanos regulados pelo equilíbrio de poder – e uma periferia – um grupo não controlado de sociedades tardias, articulado como um espaço civilizacional ou de desenvolvimento”¹³⁴.

O mundo colonial é visto aqui apenas como um espaço de conquista ou pilhagem das potências europeias. Com e contra Foucault, alguém poderia levantar a objeção foucaultiana de que a análise do poder deveria levar em conta que “as relações de poder não estão em posição de exterioridade em relação a outros tipos de relações (processos econômicos, relações de conhecimento, relações sexuais), mas são imanentes neste último.” Essa regra de imanência pressupõe que a relação econômica entre uma dada metrópole e sua colônia tenha sido possível graças a

¹³¹ Spivak, G. C. *Pode o subalterno falar?* (1985). Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010, p.69-70.

¹³² Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.137.

¹³³ Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.140. Tradução livre realizada pela autora.

¹³⁴ Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.138. Tradução livre realizada pela autora.

estratégias de poder e técnicas de conhecimento que objetivaram o colonizado, a colônia e até o colonizador.¹³⁵

Para Foucault, a noção de liberdade, ainda que normativamente limitada e constrangida pelo governo das populações, é exatamente aquilo que garante a capacidade humana de criar, criticar, desobedecer e resistir. Assim, a resistência por ele imaginada reside em um *ethos* filosófico, cuja herança eurocêntrica e iluminista tem relegado aos seres humanos a tarefa de “produzir a si mesmos e a própria liberdade”¹³⁶. Neste sentido, as relações de poder em Foucault não possuem um caráter estritamente coercitivo, pois suas resistências se estabelecem justamente na busca pela liberdade, pela transgressão da norma dominante. Segundo Robbie Shilliam, a modernidade articulada por Foucault pode ser compreendida como um modo de se relacionar com a realidade contemporânea em seu fluxo e contingência, como uma espécie de atitude de autoconhecimento. Assim, a liberdade do sujeito moderno em Foucault é uma espécie de prática, uma prática de criar a si mesmo “como uma obra de arte”¹³⁷. Para Shilliam, o flerte de Foucault com a liberdade o leva a correr o risco de assumir “a ideia de que existe uma natureza humana básica”, uma contradição que invocaria o pressuposto de que existe uma origem e fundamentação pré-existentes, inadequado ao seu projeto de investigação ética dos sujeitos modernos¹³⁸. Como Shilliam bem nos mostra, Foucault reconhece a desarticulação da experiência colonial na modernidade europeia, mas ele opta por não priorizar a questão da libertação do colonialismo. Sua preocupação se dá com o que acontece após a libertação, como quando da questão da libertação da sexualidade, “quando serão necessárias novas éticas para ‘definir formas admissíveis e aceitáveis de existência na sociedade política’”¹³⁹.

Com isso, o perigo que circunda a análise positiva da noção de biopolítica, que localiza no sujeito um potencial ‘criativo’ de novas subjetividades – sobretudo, no que diz respeito ao sujeito europeu que ilustra os argumentos de Foucault –, é pensar que as formas possíveis de criação de subjetividades e de resistência ao poder

¹³⁵ Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.139. Tradução livre realizada pela autora.

¹³⁶ Foucault, M. *What is Enlightenment?* in Rabinow (P.), éd., *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books, 1984, pp. 32-50.

¹³⁷ Foucault, M. *apud* Shilliam, R. *Decolonising the Grounds of Ethical Inquiry: A Dialogue between Kant, Foucault and Glissant*. Millennium: Journal of International Studies 39(3). 2011, p. 656.

¹³⁸ Shilliam, R. *Ibid.* 2011, p. 657.

¹³⁹ *Idem.*

possuem uma normatividade *comum* às diferentes populações e sociedades que coexistem no globo. Para governar, as formas de biopoder necessitam imitar ou mimetizar a própria dinâmica da vida. Como afirma Muhle, elas também reproduzem sua polaridade entre vida e morte, entre auto transgressão e autoconservação, entre o que é normal (normativo) e o que é considerado patológico. Diante dessa reprodução, a vida deve ser entendida em um duplo sentido, como “o objeto das técnicas de poder pós-soberanas, e, em sua dimensão dinâmica, como seu modelo operacional”¹⁴⁰.

Ao longo das últimas décadas, diversos autores já nos mostraram o quanto as identidades construídas pelos sujeitos pós-coloniais são fragmentadas e tiveram suas subjetividades constantemente negadas e constrangidas pela subjugação colonial. Franz Fanon¹⁴¹ e Ashis Nandy¹⁴², por sua vez, reconhecem no colonialismo um regime que vai além do acúmulo de poder político e de ganhos territoriais e econômicos, mas que também se configura como um estado psicológico, enraizado na consciência social tanto dos colonizadores quanto dos colonizados. Assim, as subjetividades produzidas por um “eu” colonial seriam um grande livro aberto, marcadas pela internalização de valores coloniais, que acabam por definir o colonialismo como uma cultura compartilhada. Não obstante, o espaço de hibridez, negociação e articulação do qual faz parte o sujeito subalterno periférico, não refletiria apenas um “meio termo” entre as tentativas de cópia e simulacro do “original” europeu, pois é na sutil e constante verificação de fronteiras, que a subjetividade negada ao sujeito pós-colonial é subvertida e transformada em uma espécie de boicote aos princípios da metrópole, que, na prática, jamais foram incorporados em sua totalidade.

Neste sentido, a agência criativa (e não apenas reativa), originada nas capilaridades do discurso colonial por meio da repetição e mimetização dos discursos hegemônicos de dominação, tal como nos mostra Hommi Bhabha, nos indica um processo de descolonização não terminado. Mas embora a “dupla inscrição” criativa

¹⁴⁰ Muhle, M. *A Genealogy of Biopolitics: The Notion of Life in Canguilhem and Foucault*. *Ibid*, 2014, p. 90.

¹⁴¹ Frantz, F. *The Wretched of the Earth*. Translated by Richard Philcox. New York, Grove Press, 2004 [1963].

¹⁴² Nandy, Ashis. *The Intimate Enemy: Loss and Recovery of Self Under Colonialism*. New Delhi: Oxford University Press, second edition, 2009.

do hibridismo seja internalizada também nos processos psíquicos de colonizador e colonizado, a resistência subalterna não consiste somente em uma expressão momentânea e de caráter emergencial, praticamente inconsciente, como defendida por Bhabha¹⁴³. A percepção do hibridismo que parte do sujeito europeu de Foucault, que busca e pode (plenamente) reinventar-se de acordo com as regras do jogo, parece suprimir uma interpretação do hibridismo como manifestação política “co-constituída por desejo e repulsa, pela simultaneidade entre assimilação e diferenciação”¹⁴⁴.

Ao considerarmos o hibridismo como um sistema que possibilita o surgimento e a projeção – que também pode ser consciente e informada – de novos significados nos encontros com a diferença, percebemos que não se trata de pura imitação ou emulação do tipo ideal europeu, mas sim de um recurso necessário para a sobrevivência ao regime colonial repressivo. A este respeito, James Ferguson enfatiza que a psicologia patológica exercida pelo colonialismo fazia com que os colonos escravizados decidissem por adotar normas culturais europeias, a fim de alcançar um espaço político e o reconhecimento de seus direitos em fazer parte de uma sociedade mais ampla¹⁴⁵. O mimetismo estaria relacionado, portanto, com o *status* que um indivíduo poderia alcançar socialmente, e o lugar que este almejava ocupar. Assim posto, o hibridismo vivido pelas sociedades coloniais não configura apenas um movimento criativo ou paródico, uma manifestação inconsciente; mas consiste, na verdade, em uma reivindicação política, uma tentativa de ocupar um lugar de respeito na vida social, podendo ser lido a partir de Ferguson como uma “reivindicação de filiação” ou uma “negociação de direitos”¹⁴⁶ – característicos

¹⁴³ Visto que o discurso está sempre em trânsito e é passível de modificações, seria justamente no espaço do encontro das diferenças, no “terceiro espaço” proposto por Bhabha, que se revelariam as contradições de sua interação, assegurando a possibilidade de apropriação, tradução e re-historicização de signos, cuja indecidibilidade também originaria novas leis e reorientaria as políticas dominantes. Neste sentido, Bhabha identifica o espaço da agência não pela completa oposição ao discurso dominante, mas no âmbito do próprio discurso e em seus próprios termos. Assim, a agência criativa de Bhabha pressupõe a produção de significados em um terceiro espaço, “que representa as condições gerais da linguagem e a implicação específica do enunciado em uma estratégia performativa e institucional da qual ela não pode ‘por si mesma’ ser consciente”. Ver Bhabha, H. K. *The Location of Culture*. London: Routledge, 1994, p. 36.

¹⁴⁴ Young, R. J. C. *Post-colonialism: a very short introduction*. New York: Oxford University Press. 2003, p. 79.

¹⁴⁵ Ferguson, James. *Global Shadows: Africa In the Neoliberal World Order*. London: Duke University, 2006, p.157.

¹⁴⁶ Ferguson, James. *Ibid.* 2006, p.161.

daqueles que apesar de habitarem uma sociedade com pretensões modernas, não conseguem ou são impedidos de acessá-la.

A construção de subjetividades pelo subalterno periférico não se dá, portanto, a partir do alcance de uma posição de agência cujo ponto de partida é a mesma métrica europeia – que toma como garantidos os direitos universais e a liberdade ao mesmo tempo em que nega, historicamente, os mesmos direitos aos povos que outrora colonizou. Como bem nos lembram Fernández e Esteves, se “durante o século XVIII, a disciplina na Europa tornou-se uma fórmula geral de dominação diferente da escravidão”¹⁴⁷, o mesmo não se estendia às colônias, que até o século XIX tiveram como práticas oficiais o trabalho forçado, a tortura e a submissão política, econômica e cultural. Neste contexto de liberdades ainda mais restritas, mesmo que o hibridismo permita o surgimento de novas subjetividades e modos de governar, ele não consiste em uma ação capaz de produzir uma nova fórmula estável. Ao contrário, sua manifestação é marcada pela descontínua heterogeneidade cultural, que permanece em diálogo constante com formas passadas e presentes de dominação, gerando novos meios de subversão, tradução e transformação.

Isto não significa, porém, que o subalterno periférico não tenha a possibilidade de (ou a agência necessária para) resistir; mas significa que só é possível criar espaço para a resistência a partir do reconhecimento dos limites culturais, políticos e econômicos que circundam a realidade dos povos colonizados. Recuperando Spivak, o objetivo aqui não é, portanto, fazer o subalterno falar ou assisti-lo de maneira a criar nele um ou outro tipo de consciência (de classe, raça, gênero etc.)¹⁴⁸. A diferença entre “tornar o mecanismo [de poder] visível e tornar o indivíduo vocal”¹⁴⁹ deverá nos guiar para nos manter atentos à impossibilidade de “falar pelo outro, e, por meio dele, construir um discurso de resistência”¹⁵⁰. Dessa forma, é

¹⁴⁷ Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.142. *Tradução livre realizada pela autora.*

¹⁴⁸ Considerando que o outro não é um objeto de conhecimento exclusivo do intelectual, Spivak visa frear os impulsos de tornar o subalterno um sujeito consciente, independentemente do tipo de consciência que se deseja imputar. Assim, ressalta como o subalterno tem o seu desenvolvimento complicado pela violência epistêmica do projeto de poder imperialista e como o subalterno de gênero feminino está ainda mais mergulhado nessa obscuridade, uma vez que tem sua existência submetida a duas hierarquias concomitantes: a colonial e a patriarcal. Ver Spivak, G. C. *Pode o subalterno falar? Ibid.* 2010, p.85.

¹⁴⁹ Spivak, G. C. *Pode o subalterno falar? Ibid.* 2010, p.79.

¹⁵⁰ Almeida, S. R. G. *Prefácio – apresentando Spivak. In: Spivak, G. C. Ibid.* 2010, p.14.

reconhecendo a permanência colonial nas relações de poder, e trabalhando ética e reflexivamente a partir da posição que se ocupa nessas relações, que se pode gerar espaços nos quais o subalterno possa se articular e ser ouvido. A questão que permanece latente é sobre como podemos, então, pensar a resistência social em uma arte de governo que impera sobre a vida, considerando as diferenças em se pensar o biopoder e a criação de subjetividades a partir de sociedades marcadas pela colonização e pela escravização dos corpos negros e indígenas.

A questão colonial, apresentada aqui como um elemento *inegociável* na análise dos mecanismos de poder, nos alerta que a busca por espaços de resistência não é possível sem que se considere o papel da escravidão e da codificação por cores na vida dos indivíduos. Assim, para além da criação de subjetividades nas novas formas de governar europeias, já elencadas por Foucault, nos interessa investigar aqui quais subjetividades têm sido permitidas nos governos pós-coloniais, considerando a colonialidade como um fator crucial na criação de seus próprios modos de governar. Em suma, a constante desumanização do corpo humano, sobretudo do corpo negro e indígena, promoveu a radicalização da biopolítica e nos alerta para os desafios impostos à própria organização da resistência no Sul Global. Portanto, é olhando para a produção de subjetividades do sujeito pós-colonial, que a presente tese pretende avançar analiticamente, buscando em tais expressões seus rastros de resistência.

As principais limitações da abordagem de Foucault, conforme apontado por Fernández e Esteves, residem “no fato de ele não dedicar atenção suficiente ao processo pelo qual o ‘Outro’ colonial ou a alteridade colonial, participou (e participa) centralmente da produção do eu europeu”¹⁵¹. Não obstante, a ordem simbólica da sociedade internacional tem sido construída intelectual, política e economicamente para inscrever os Estados colonizados como sujeitos assujeitados, cujo “atraso de tempo” os cristaliza em uma perspectiva evolucionista, construída historicamente, na qual o alcance da independência nacional permanece insuficiente para que sejam considerados plenamente soberanos¹⁵². Para Fernández e Esteves, a agência pós-colonial surge, justamente, nas tentativas de interrupção

¹⁵¹ Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.150. Tradução livre realizada pela autora.

¹⁵² Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.149.

do tempo, que visam desestabilizar a ideia de progresso e modernidade alcançadas pelo colonizador, bem como interromper a perpetuação do atraso como uma tradição histórica dos colonizados. De acordo com os autores, “a agência surge em um espaço enunciativo que contradiz a ideia metafísica de progresso, de modo que ‘a modernidade ocidental não se apresenta como História’”¹⁵³.

2.5

Disputando o acesso ao político: modernidade e modernização na pós-colonialidade

Ao considerar que o biopoder, conforme exposto até aqui, se expressa de maneiras distintas em diferentes espaços e temporalidades, nos parece fundamental compreender aquilo em que ele se diferencia, para então discutirmos em quais condições ele se manifesta e sob quais condições ele pode ser submetido ao interesse das populações. Diante do surgimento de novas modernidades¹⁵⁴ e novos projetos pós-coloniais que visam renegociar o *telos* da progressão histórica europeia em busca da ampliação de seu acesso ao espaço político e dos direitos que dele se pressupõe, nos interessa compreender então, como as subjetividades têm sido construídas, subvertidas e adaptadas à um contexto internacional que já não mais reconhece o alcance do desenvolvimento – nos moldes europeus – como uma realidade possível e permitida a todos. Isto significa pensar, portanto, em quais termos a interferência do Estado na população, seja pela garantia da vida ou pela legitimação da morte, tem sido autorizada, negociada e ressignificada em espaços que, desde o princípio, não são considerados partícipes da comunidade política internacional, bem como não percebem a sua própria população como um conjunto legítimo de cidadãos. Em outras palavras, nos interessa saber como a biopolítica se expressa no território pós-colonial.

¹⁵³ Fernández, M.; e Esteves, P. *Ibid.* 2017, p.146. *Tradução livre realizada pela autora.*

¹⁵⁴ Para fins analíticos, nos parece necessário distinguir a ideia de modernidade de modernização. Com isso, neste trabalho entende-se a modernidade como uma ideia (ou um conjunto de ideias) que regula conceitualmente o espaço humano e a humanidade; já a modernização, é a execução de tais ideias enquanto processo de desenvolvimento, é o método que supostamente permite alcançar a modernidade. Neste sentido, concordamos com a definição proposta por Chakrabarty, que afirma ser a modernidade “apenas um dialeto apoiado por um exército”, que aponta uma certa Europa como seu *locus* primário e “original”. Ver Chakrabarty, Dipesh. *Postcoloniality and the Artifice of History: Who Speaks for "Indian" Pasts?* Representations, No. 37, Special Issue: Imperial Fantasies and Postcolonial Histories (Winter, 1992), pp. 1-26.

Para começar o desafio de enfrentar essa questão, é preciso sublinhar que a biopolítica no governo das populações pós-coloniais será examinada nesta tese a partir de espaços nos quais a leitura da modernidade e a sua relação com o presente não está localizada, estritamente, na Europa – mas se transforma a partir de sua relação com o continente. Não obstante, como nos alerta Dipesh Chakrabarty, as genealogias profundamente entranhadas nas tradições intelectuais da Europa tornaram impossível pensar o fenômeno da modernidade política sem que se invoquem certas categorias, conceitos e quadros teóricos fornecidos pelo Ocidente¹⁵⁵, de modo que o sujeito pós-colonial seja sempre enquadrado de alguma maneira pelo estigma do atraso, identificado em termos de uma falta que impossibilita a sua captura completa¹⁵⁶.

Isto posto, contribuições como as de Tania Murray Li e Vivienne Jabri nos orientam para uma compreensão mais nuançada da biopolítica, nos ajudando a compreender o policiamento do acesso ao moderno como a principal tecnologia de controle das populações no contexto pós-colonial. Como bem nos lembra Li, deixar morrer não é, simplesmente, uma ação contrafactual, mas sim “uma violência furtiva que consigna um grande número de pessoas a levar vidas curtas e limitadas”¹⁵⁷. Neste sentido, longe de existir a partir de um pleno equilíbrio funcional como imaginavam os fisiocratas, deixar morrer e dar vida implicam decisões e seleções políticas, determinadas de acordo com uma gama de critérios cuja racionalidade de governo varia em virtude das noções de raça, cidadania, localidade, idade, gênero, acessibilidade etc.¹⁵⁸. Li argumenta que uma vida digna pode ser alcançada por uma população quando a biopolítica passa a ser ativada por meio de uma percepção do valor intrínseco da vida; uma percepção que excede as exigências do capital, e se recusa valorar as pessoas apenas como trabalhadores e/ou consumidores. Tal postura implica, entretanto, uma luta interminável contra os processos de desapropriação empreendidos pelo capital na contemporaneidade, e que, quando combinados com os limites de absorção do trabalho e com a estigmatização de

¹⁵⁵ Chakrabarty, Dipesh. *Ibid.* 2008, p.28.

¹⁵⁶ Jabri, V. *The postcolonial subject. Ibid.*, 2013, p. 19.

¹⁵⁷ Li, T. M. *To Make Live or Let Die? Rural Dispossession and the Protection of Surplus Populations*. Mr. Antipode Vol. 41 No. S1 2009 ISSN 0066-4812, 2009, p. 67. Tradução livre realizada pela autora.

¹⁵⁸ *Idem.*

determinadas populações, produzem um padrão constante de sofrimento humano¹⁵⁹.

Assim, para Li, um programa biopolítico pode ser útil na preservação da vida como um conjunto de elementos, quando reunido em uma conjuntura particular e em relação a um determinado conjunto de população e território. Entretanto, a sua implementação se dá de maneira desigual, e isso nos sugere que é preciso o envolvimento de uma série de forças sociais distintas para o alcance de tal conjuntura. Dessa forma, a capacidade de uma sociedade de se proteger dos efeitos de uma política que a deixa morrer dependeria, substancialmente, dos tipos de racialização e espacialização em que a proteção social foi pensada, bem como do histórico de intervenções que visaram, de alguma maneira, preservar a vida¹⁶⁰. Isto porque, Li nos lembra, “nem todo mundo foi capaz de reivindicar um ‘direito de viver’”¹⁶¹.

Nos parece importante perceber aqui, como a ideia do policiamento do acesso ao moderno não implica a exclusão total do outro dos discursos e instituições da modernidade. Na verdade, como nos mostra Jabri, essa concepção nos sugere um controle e regulamentação ainda maiores, de modo que as práticas consideradas “modernizantes” andem de mãos dadas com práticas de desapropriação e subjugação, minando e constringendo a autodeterminação do outro¹⁶². Em suma, o policiamento do moderno nos ajuda a perceber como a subjetividade do sujeito pós-colonial depende constitutivamente de uma subjugação do colonizado, construída desde o início com base na expectativa da sua sublevação, da organização de rebeliões e resistências. Segundo Jabri,

o policiamento do moderno é, portanto, construído sobre uma combinação de medos especificamente relacionados a atos e agentes particulares de insurreição / sedição / rebelião, e uma ansiedade muito mais generalizada e indeterminada que decorre do conhecimento de que, independentemente das forças do imperialismo, das forças de dominação, os colonizados permaneceram essencialmente desconhecidos, escapando às categorias importadas [da Europa] e tendo o potencial sempre presente de rebelião e resistência¹⁶³.

¹⁵⁹ Li, T. M. *Ibid.* 2009, p. 78.

¹⁶⁰ Li, T. M. *Ibid.* 2009, p. 79.

¹⁶¹ *Idem.*

¹⁶² Jabri, V. *The postcolonial subject. Ibid.*, 2013, p. 33.

¹⁶³ Jabri, V. *The postcolonial subject. Ibid.*, 2013, p. 34.

Neste sentido, é por meio da mobilização de subjetividades híbridas nas sociedades pós-coloniais, e por meio do surgimento de novas formas de resistência e novas modernidades imaginadas, que o sujeito pós-colonial tem tentado se inserir na esfera internacional¹⁶⁴ em busca por direitos e pelo acesso à uma comunidade política da qual tem sido privado há séculos. Como bem nos mostra Jabri, o sujeito da pós-colonialidade estaria, portanto, sempre subordinado às codificações que derivam de uma “heteronomia do internacional”¹⁶⁵, gerando implicações não apenas para a organização da sociedade internacional como a conhecemos hoje, mas também para a construção de subjetividades concebidas conflituosamente: entre o *eu liberal*, que é percebido como um sujeito de direitos que possuem alcance global, e um *outro liberal* que, estando em grande parte localizado no mundo pós-colonial, tem seus direitos negados e é alvo de práticas violentas e pedagógicas, voltadas para o redesenho dessas sociedades¹⁶⁶. Para Jabri, a subjetividade possui temporalidades distintas, onde o moderno está associado ao colonial e o pós-colonial se associa com a modernidade tardia de uma existência globalizada. A modernidade do sujeito pós-colonial se traduziria, assim, na incompletude da autodeterminação de seu povo, que quando se liberta do controle administrativo e territorial da metrópole, permanece refém de uma economia política racializada, dividida internacionalmente pelo trabalho e que continua a dizer quais corpos têm menos valor, quais Estados se mantêm distantes do ideal Europeu e qual deles se aproximam, ainda que nunca o alcancem. Dessa forma, o sujeito pós-colonial de Jabri estaria “reivindicando o político” em três locais temporal e espacialmente distintos, e ao mesmo tempo interrelacionados: a modernidade colonial, a pós-colonialidade internacional e a cosmopolita modernidade tardia¹⁶⁷. Nesse sentido, a constituição de sua subjetividade se daria não apenas por uma modernidade reivindicada pela Europa, mas também no momento da sua emergência, onde ela esteja se constituindo e reconstituindo¹⁶⁸. Assim, qualquer articulação de resistência pelo sujeito pós-colonial não se dá de maneira simplesmente territorial, traduzida nas lutas nacionalistas por independência, mas é também “uma reivindicação à

¹⁶⁴ Jabri, V. *The postcolonial subject. Ibid*, 2013, p. 75.

¹⁶⁵ *Idem*.

¹⁶⁶ Jabri, V. *The postcolonial subject. Ibid*, 2013, p. 2.

¹⁶⁷ *Idem*.

¹⁶⁸ Jabri, V. *The postcolonial subject. Ibid*, 2013, p. 22.

história e, portanto, à temporalidade nos espaços encolhidos do presente globalizado”¹⁶⁹.

Em suma, nos parece fundamental pensarmos a biopolítica a partir da potencialidade da subjetividade do sujeito pós-colonial, a partir de sua ação no mundo e de sua reivindicação ao internacional como forma de sobrevivência. Isto porque, ainda que os efeitos do biopoder tenham logrado estabelecer algum grau de equilíbrio entre agendas contraditórias – que desapropriam e limitam as condições da vida humana sob a justificativa da manutenção de uma vida produtiva –, como bem nos lembra Li, ele também fundamenta uma obrigação de viver “que se tornou parte integrante do sentido moderno do que significa governar”¹⁷⁰. Portanto, perguntas sobre como essa obrigação é cumprida e para quais setores da população ela se destina, requerem uma análise de locais e conjunturas específicas que considerem o papel ocupado e permitido ao sujeito pós-colonial.

Não obstante, a progressão histórica e evolutiva atribuída à modernidade tem sido cada vez mais desafiada pela trajetória percorrida pelos Estados pós-coloniais. James Ferguson tem argumentado que o *telos* da progressão histórica moderna tem se tornado cada vez mais inconsistente com as tentativas de desenvolvimento econômico e social perseguidas nas ex-colônias. Isto porque, com o passar das décadas, a promessa da modernização passa a ser apresentada aos indivíduos como uma “promessa quebrada”¹⁷¹. Ferguson identifica assim, uma “decomposição” da narrativa da modernização em curso, que a divide em duas na medida em que: (i) a história deixa de ser um desdobramento teleológico ou um aumento gradual, progressivo hierarquicamente, para ser compreendida como um simples movimento no tempo, que não tem mais a ver com a passagem por supostos “estágios” de desenvolvimento; e (ii) a modernidade passa a ser negociada de diferentes maneiras, através de uma variedade de caminhos coevos, já que a história não tem mais a modernidade como seu *telos*¹⁷². Dessa forma, o *telos* é renegociado, a modernidade se torna plural e a história passa a ser contingente. A modernidade passa, segundo Ferguson, a aparecer nas narrativas pós-coloniais como *um* padrão

¹⁶⁹ Jabri, V. *The postcolonial subject. Ibid.*, 2013, p. 24.

¹⁷⁰ Li, T. M. *Ibid.* 2009, p. 87.

¹⁷¹ Ferguson, James. *Ibid.* 2006, p.187.

¹⁷² Ferguson, James. *Ibid.* 2006, p.188.

de vida em meio a muitos outros, como um *status* e uma condição político-econômica¹⁷³, e não mais como um *telos* que torna a concepção da hierarquia global estática¹⁷⁴. Assim, ainda que o *status* e as condições socioeconômicas de povos e nações mudem com o tempo, isso já não acontece mais a partir de uma noção progressiva. Há, portanto, um reconhecimento do eixo duradouro das hierarquias desiguais e seus processos de exclusão e objeção, por meio dos quais “o sonho do desenvolvimento se torna obsoleto”¹⁷⁵¹⁷⁶.

Funcionando como um tropo do domínio colonial, o acesso ao moderno pelos Estados pós-coloniais pôde ser articulado em locais e pautas diferentes – desde a determinação de quem seriam os incluídos/excluídos das políticas públicas, até o acesso às necessidades básicas, como saúde, educação e segurança –, estabelecendo as condições de possibilidade para o surgimento do sujeito pós-colonial como um sujeito da política internacional¹⁷⁷. Como bem ressalta Jabri, se o acesso à máquina burocrática e jurídica do Estado era antes limitado aos colonos brancos e aos poucos selecionados para atendê-los, esse também foi o caso quando do acesso ao internacional, “pois os líderes e as populações de não europeus passaram a ser determinados pela economia política da inscrição jurídica do internacional e de quem tinha o direito de policiá-lo e ser protegido por ele”¹⁷⁸.

¹⁷³ Ferguson, James. *Ibid.* 2006, p.187.

¹⁷⁴ Ferguson, James. *Ibid.* 2006, p.192.

¹⁷⁵ Ver Ferguson, James. *Ibid.* 2006, p.190.

¹⁷⁶ Outros autores expoentes do pós-desenvolvimento também têm contribuído para a percepção das limitações do projeto moderno de desenvolvimento, a partir de propostas que defendem a eliminação da narrativa desenvolvimentista como saída para a manifestação cultural daqueles lançados à margem de seu modelo. Esse é o caso de Arturo Escobar e Gilbert Rist, para quem o desenvolvimento torna-se impedimento. Segundo Escobar, a produção social de espaços regidos por um *telos* moderno, implícito em seus termos, limitaria a produção de ordens sociais diferentes e subjetivas no Sul global, especialmente após o processo de descolonização. Entretanto, concebendo o desenvolvimento como um processo singular, Escobar parece não considerar a possibilidade da coexistência de múltiplas modernidades, classificando manifestações políticas, econômicas e sociais como meramente sujeitas ao processo evolutivo capitalista, reduzindo o processo histórico de consolidação da narrativa do desenvolvimento a um projeto único da modernidade. Por sua vez, Gilbert Rist tem defendido que o desenvolvimento se cristaliza como uma finalidade (ou fatalidade) da história. Tal pensamento ganharia ainda mais força e estabeleceria sua hegemonia com o surgimento do paradigma evolucionista no século XIX, baseado nos estudos de Darwin, cuja doutrina da evolução social fincaria raízes no imaginário popular. Posta a superioridade racial, intelectual e científica do Ocidente sobre os demais povos, a filosofia da história se converteria de uma história da salvação para a história da evolução social, baseada em hipóteses teleológicas inverificáveis, uma vez que os eventos se sucederiam de acordo com uma finalidade já pré-determinada, tornando o desenvolvimento um fim em si mesmo. Ver Escobar, A. *Encountering Development*. New Jersey: Princeton University Press, 1995; e, Rist, G. *The History of Development. From Western Origins to Global Faith*. London: Zed Books, 2008.

¹⁷⁷ Jabri, V. *The postcolonial subject*. *Ibid*, 2013, p. 30.

¹⁷⁸ *Idem*. Tradução livre realizada pela autora.

2.6

Considerações finais

Neste capítulo, vimos como a evolução da arte de governo liberal culminou na legitimação e normalização do controle do Estado sobre a vida e a morte das pessoas. Vimos também, que os efeitos da biopolítica nas populações podem ser distintos, e não pressupõem uma reação ordenada, normativa, como aquela imaginada por Foucault na análise de seus efeitos sobre o sujeito europeu. A resistência “criativa”, quando pensada a partir de pressupostos modernos, na chave dos direitos cidadãos e da liberdade, parece apagar o sofrimento, físico e psíquico, que as sociedades pós-coloniais enfrentam até hoje, uma vez que muitas destas sociedades não compartilharam do mesmo histórico de formação institucional política, jurídica e social.

Isto posto, a busca pelos rastros de resistência brasileira na luta pelo direito à saúde, é aqui vislumbrada como uma tentativa de compreender como se pode negociar e recuperar o terreno político. Em seu encontro com o europeu, o sujeito pós-colonial “recoloca constitutivamente o passado no presente, de modo que as articulações da subjetividade política no presente nunca se afastam muito do passado”¹⁷⁹. Com isso em mente, analisaremos no capítulo a seguir as primeiras manifestações de uma biopolítica “à brasileira”, buscando identificar na trajetória histórica do Estado moderno brasileiro, as condições de possibilidade de uma subjetividade periférica e pós-colonial nas disputas pelo direito à saúde e à vida.

¹⁷⁹ Jabri, V. *The postcolonial subject*. *Ibid*, 2013, p. 19.

3.

Biopolítica à brasileira

“É o entendimento e o estudo da própria marginalidade que criam a possibilidade de devir como um novo sujeito”¹⁸⁰.

No capítulo anterior, vimos que a instrumentalização da biopolítica como uma técnica de governo do Estado moderno, tornou possível a normalização do sacrifício de parte da população como um evento “necessário”, para se alcançar a gestão dos corpos de acordo com a sua máxima utilidade e economia. Contudo, como bem nos lembra o filósofo camaronês Achille Mbembe, a aceitabilidade da morte e a sua racionalização não se expressavam apenas no aperfeiçoamento das técnicas de governo experimentadas pelo Estado-nação europeu no século XVIII, mas datam desde muito antes, a partir da divisão racial e da institucionalização do racismo provocada pela experiência do encontro colonial. Afinal, o sistema de plantação – caracterizado pelos grandes latifúndios e pela produção de monoculturas para a exportação para a metrópole – foi sustentado pela escravização de corpos negros e indígenas, o que tornou possível o acúmulo colonial e o surgimento do capitalismo nas nações europeias.

Embora durante o século XVIII o racismo¹⁸¹ tenha se aprimorado como uma *técnica* que permite que o biopoder funcione¹⁸², a sua relação entre a morte de uns e a vida de outros e a sua classificação biológica, tem sido datada desde muito antes. Já no encontro colonial, a distinção e a classificação fenotípica entre indígenas, negros e brancos tem operado como uma forma de dividir a população em “subespécies”. Por este motivo, o biopoder parece se manifestar de maneira particular nas colônias, uma vez que é este o espaço onde a instabilidade da noção de existência humana

¹⁸⁰ Kilomba, Grada. *Memórias da Plantação. Episódios de racismo cotidiano*. Tradução Jess Oliveira. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019, p.68.

¹⁸¹ Apesar de reconhecer o racismo como um mecanismo básico do exercício de poder do Estado, bem como uma forma “atualizada” de se estabelecer o seu comportamento beligerante, Foucault, o trata como um elemento localizado às margens da política europeia, argumentando que a prática ganha relevância como técnica política apenas dois séculos após o seu pleno funcionamento. Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 254.

¹⁸² Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 255.

marca as escolhas políticas, o lugar social e o direito à saúde e à vida de uma população desde a sua primeira interação com o mundo europeu.

Buscando recentrar, com e contra Foucault, a colonização como o fator que possibilitou o surgimento da biopolítica, neste capítulo veremos como as primeiras experimentações da biopolítica no Brasil tiveram suas práticas testadas, sofridas na pele e fraturadas nas almas das/os africanas/os escravizadas/os, podendo se perpetuar no racismo institucionalizado pela administração pós-colonial. Como bem afirma Mbembe, a perda do lar, dos direitos sobre seu próprio corpo, da sua jurisdição sobre o poder de fala e de pensamento, bem como do estatuto político das populações escravizadas, tornou o processo de escravização “uma alienação de nascença e uma morte social (que é expulsão fora da humanidade)”¹⁸³.

Isto posto, o momento de declaração de independência dos povos pós-coloniais tem sido tratado como um momento simbólico, significativo na reivindicação pelos recursos culturais e materiais da comunidade política que se constitui na luta anticolonial. É a partir de então, que se torna possível afirmar a rejeição ao domínio estrangeiro e ao modelo de relações estatais cristalizados no tratado de Paz de Westfália (1648), que não levava em conta o status dos países colonizados ou suas populações¹⁸⁴. A este respeito, Vivienne Jabri tem argumentado que, embora as ex-colônias permanecessem claramente sujeitas ao poder ocidental, o momento da independência seria decisivo e significativo do intervalo, do limite entre o colonial e o pós-colonial¹⁸⁵, bem como o momento em que, a partir da subjetividade do sujeito pós-colonial, se criariam as condições de possibilidade para se pensar novos tipos de modernidade e novos tipos de agência política.

Se idealmente, a subjetividade é formada pelo pertencimento, reconhecimento e validação dos interesses individuais e coletivos de um sujeito em três diferentes

¹⁸³ Mbembe, A. *Necropolítica*. *Ibid*, 2018, p.27.

¹⁸⁴ Ver Bagues, A. Radical anti-colonial thought, anti-colonial internationalism and the politics of human solidarities. In Shilliam, R. (ed.) *International Relations and Non-Western Thought Imperialism, colonialism and investigations of global modernity*. London: Routledge, 2011, chapter 12, pp.197-214; Grovogui, S.N. Regimes of Sovereignty: International Morality and the African Condition. *European Journal of International Relations*, 8(3), 2002, pp. 315–338; Chatterjee, P. *Nationalist Thought and the Colonial World: A Derivative Discourse?* Delhi: Oxford University Press, 1986; entre outros.

¹⁸⁵ Jabri, V. *The postcolonial subject*. *Ibid*, 2013, p. 19.

níveis: o político, o social e o individual¹⁸⁶; então, como afirma Grada Kilomba, uma pessoa “alcança o status completo de sujeito quando ela, em seu contexto social, é reconhecida em todos os três diferentes níveis e quando se identifica e se considera reconhecida como tal”¹⁸⁷. Partindo dessa reflexão, o objetivo deste capítulo será o de questionar que tipos de subjetividades são permitidas aos sujeitos no Sul Global, bem como os limites da concepção de sua (re)existência, face às projeções hierárquicas que definem o sujeito colonizado em termos de raça, classe, gênero e trabalho. O foco não é tanto em como se constroem, a nível individual, os sujeitos na pós-colonialidade, mas sim “nas maneiras pelas quais é possível que indivíduos *ajam* como sujeitos em suas realidades sociais”¹⁸⁸.

Observar a formação da subjetividade do sujeito brasileiro no contexto da biopolítica nos parece importante, porque, no terreno pós-colonial, o direito à saúde e à vida ganha nuances e características particulares que influenciam diretamente o grau de controle da população alcançado pelo Estado. As práticas da biopolítica no Brasil pós-colonial, por vezes, vieram acompanhadas pela busca por uma modernidade tardia. Uma modernidade que, para aproximar-nos da Europa e legitimar-nos como uma nação recém independente, implicou a incorporação de uma dimensão racializada no direito à vida e, conseqüentemente, à saúde. Assim, nos parece que há, ao menos neste primeiro momento, um desdobramento da população enquanto *alvo* das políticas de saúde, e não como *partícipe* de um autogoverno compartilhado. Neste sentido, veremos que a preocupação com a população no Brasil está presente no desenho das políticas públicas há muitos séculos, mas não se dá a partir do reconhecimento dos indivíduos como cidadãos e, sim, a partir do desafio de “civilizar” a parcela de seus integrantes que outrora fora escravizada. Esse espaço fragmentado do Estado pós-colonial, no qual as normas e direitos possuem pesos distintos e se direcionam a diferentes grupos populacionais, tem sido o espaço de uma modernidade tardia que se manifesta na instabilidade das instituições e na sua dificuldade em proteger a população em sua totalidade, em romper com o legado colonial racista que as acompanham, ao mesmo tempo em que deve enfrentar o precário acesso ao terreno da política internacional, marcada

¹⁸⁶ Paul Mecheril *apud* Kilomba, Grada. *Ibid.* 2019, p.74.

¹⁸⁷ Kilomba, Grada. *Ibid.* 2019, p.74.

¹⁸⁸ *Idem.*

pela desigual divisão internacional do trabalho e por uma ordem capitalista liberal que passa por constante mutação.

Com isso em mente, a primeira seção deste capítulo busca refletir sobre a ideia de raça e racismo na garantia da saúde como um direito, bem como sobre os limites de sua percepção como um bem comum. Nesta seção, vemos que é preciso questionar que subjetividade é essa permitida ao povo brasileiro e como ela se constitui em diálogo constante com o passado colonial e escravocrata, especialmente quando se trata da subjugação da figura da mulher negra. A fim de aprofundar esta reflexão, na segunda seção daremos um passo atrás em direção ao passado, recapitulando brevemente o momento de independência e da Proclamação da República no Brasil¹⁸⁹. Esta análise será necessária para indicar, ao longo da tese, as rupturas e continuidades nos discursos e práticas políticas que buscam (i) reparar o atraso colonial em relação à modernidade europeia, e, posteriormente, (ii) alcançar uma modernidade que chega tardiamente ao território pós-colonial. Para tanto, analisaremos ainda dois episódios emblemáticos na trajetória das políticas de saúde no Brasil, no início do século XX: a Revolta da Vacina (1904), e o Movimento Eugênico Brasileiro (1910). Tais fragmentos de nossa história nos ajudarão a observar como a biopolítica pôde caminhar lado a lado ao processo de modernização do Estado brasileiro, originando formas múltiplas de se perceber e classificar a população. Por fim, buscando refletir sobre a evolução da biopolítica e a concepção do direito à saúde atualmente, a terceira e última seção articulará os conceitos de necropolítica e cidadania sacrificial para lançar luz à análise do biopoder no Brasil contemporâneo.

¹⁸⁹ Apesar da importância da análise do momento da independência, nosso objetivo não é esgotar aqui a bibliografia analítica que certamente já indica, com muito mais rigor histórico e de maneira mais profunda e detalhada, a persistência do sistema colonial na emancipação brasileira. Diversas obras têm se dedicado à ampla documentação e análise deste período, e podem ser acessadas nas contribuições de Lília Moritz Schwarcz e Heloisa Murgel Starling, Laurentino Gomes e José Murilo de Carvalho, entre outros. Ver Schwarcz, Lília M. *O Espetáculo das Raças*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014; Schwarcz, Lília M., Starling, Heloisa M. (Org.) *Dicionário da República: 51 textos críticos*. Companhia das Letras, 2019; Schwarcz, Lília M., Starling, Heloisa M. (Org.) *Brasil: Uma Biografia*. Companhia das Letras, 2015; Gomes, L. *Escravidão*. Vol. 1: Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares. Globo Livros, 1ª edição, 2019; Carvalho, José Murilo de. *Forças Armadas e política no Brasil*. Todavia, 2019; Carvalho, José Murilo de. *Os bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*. Companhia das Letras, 4ª edição, 2019.; Carvalho, José Murilo de. *A formação das almas - O imaginário da República no Brasil*. Companhia das Letras, 2017; Carvalho, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Civilização Brasileira, 2001.

3.1

Afinal, de que Brasil estamos falando?

“O Brasil como estado colonial, foi projetado pelos homens do poder para ser excludente, racista, machista, homofóbico, concentrador de renda, inimigo da educação, violento, assassino de sua gente, intolerante, boçal, misógino, castrador, faminto e grosseiro. *Somos em parte isso tudo, não?* Neste sentido, desconfiamos que nosso problema não é ter dado errado. O Brasil como projeto, até agora, *deu certo*”¹⁹⁰.

A adoção de uma gramática liberal, baseada na lógica do Estado de Direito europeu e na impraticabilidade de seus pressupostos, parece ter garantido uma aplicação violenta da biopolítica a parcelas específicas da população brasileira. Mas não apenas: tal gramática também parece ter sido fundamental no estabelecimento de uma dupla subjetividade, de um descompasso temporal que nos acomete e acompanha na simultânea repulsa ao mundo civilizado e na ininterrupta busca pela diminuição do atraso em relação a ele. Neste sentido, Roberto Schwarz reitera que a norma liberal tem produzido tanto expectativa quanto ausência¹⁹¹. Pensada a partir da arte de governo liberal europeia, a biopolítica que no Brasil se expressa enfrenta, simultaneamente, as expectativas de um sujeito que se quer moderno e capaz de autorregular a vida e a saúde em sociedade; ao mesmo tempo em que lida com a ausência de direitos, ou melhor, com a violenta retirada da humanidade de uma parcela da população que é constantemente objetificada para servir ao empreendimento colonial.

Por meio do monopólio da terra, do monopólio do conhecimento e da exclusividade da força de trabalho escrava, as relações coloniais lograram reproduzir, não apenas no Estado, mas na vida social como um todo, a lógica da exploração como um elemento ativo da cultura brasileira¹⁹². A dinâmica social que essas relações construíram se deram, para Schwarz, graças à (re)produção da relação peculiar entre três classes da população: o latifundiário, o escravo e o homem livre¹⁹³. Segundo Schwarz, entre latifundiários e homens brancos e livres (em grande maioria

¹⁹⁰ Simas, Luiz Antonio; Rufino, Luiz. *Encantamento sobre política de vida*. Mórula Editorial. Edição do Kindle. 2020, posição 122. *Grifos meus*.

¹⁹¹ Schwarz, Roberto. (1972) *As Ideias Fora do Lugar: ensaios selecionados*. São Paulo: Penguin Classics. Companhia das Letras, 2014, p.78.

¹⁹² Schwarz, Roberto. (1972) *Ibid.* 2014, p.51.

¹⁹³ Schwarz, Roberto. *Idem*.

intelectuais liberais) as relações se sustentavam por uma lógica de favores, que garantia o acesso à vida social e intelectual, aos bens e às aspirações de uma modernidade europeia; ao passo que, entre latifundiários e escravos, a relação se marcava na dominação e subserviência, por meio da garantia da força de trabalho para a base produtiva.

A aporia brasileira se fundamentava assim, afirma Schwarz, a partir do uso do favor como um mecanismo social. No lugar do reconhecimento da norma, foi o reconhecimento da dinâmica do favor aquilo que pôde estabelecer uma cumplicidade renovada entre as classes de latifundiários e homens livres. Era o favor garantido pelo acordo entre homens brancos que retirava de cena a sua associação ao trabalho, assegurando a ambas as partes que nenhuma delas era escrava¹⁹⁴, e fornecendo assim, a possibilidade de desfrutar de direitos e *status* social. Era o favor aquilo que garantia a legitimidade e o reconhecimento da “humanidade” de uns em detrimento de outros. Foi, portanto, a negação da subjetividade do povo negro que fundou as relações sociais no Brasil. Dessa forma, ainda que latifundiários e liberais possuíssem discordâncias acerca das políticas escravagistas e da sua continuidade, todos se favoreciam da escravidão¹⁹⁵. Afinal,

havíamos feito a Independência havia pouco, em nome de ideias francesas, inglesas e americanas, variadamente liberais, que assim faziam parte de nossa identidade nacional. Por outro lado, com igual fatalidade, este conjunto ideológico iria chocar-se contra a escravidão e seus defensores, e o que é mais, viver com eles. (...) Sendo uma propriedade, um escravo pode ser vendido, mas não desperdiçado. O trabalhador livre, nesse ponto, dá mais liberdade a seu patrão, além de imobilizar menos capital. Este aspecto – um entre muitos – indica o limite que a escravatura opunha à racionalização produtiva. Comentando o que vira numa fazenda, um viajante escreve: “*não há especialização do trabalho, porque se procura economizar a mão de obra*”. Ao citar a passagem, F. H. Cardoso observa que “economia” não se destina aqui, pelo contexto, a fazer o trabalho num mínimo de tempo, mas num máximo. É preciso espichá-lo, a fim de encher e disciplinar o dia do escravo. *O oposto exato do que era moderno fazer*. Fundada na violência e na disciplina militar, a produção escravista dependia da autoridade, mais que da eficácia¹⁹⁶.

Como afirma Silvio Almeida, a raça é um mecanismo central para que se estabeleça (i) a ficção de uma distinção hierárquica biológica, que permite ranquear os membros de uma mesma sociedade ou mesmo de sociedades distintas a partir de

¹⁹⁴ Schwarz, Roberto. *Ibid.* 2014, p.55.

¹⁹⁵ Schwarz, Roberto. *Idem.*

¹⁹⁶ Schwarz, Roberto. *Ibid.* 2014, p.49. *Grifos meus.*

traços fenotípicos; e (ii) a construção de processos discriminatórios baseados em registros étnicos-culturais, nos quais são estabelecidas diferenças em termos de identidade geográfica, religiosa, cultural e linguística¹⁹⁷. Isto posto, a raça constitui uma ficção baseada em um processo deliberado de animalização de determinados seres humanos de acordo com suas características, estabelecendo diferenças que os separam entre os que podem ser considerados humanos e não humanos, ou seja, os que podem viver e os que podem morrer. O conceito de raça é fundamental para que “a aparente contradição entre a universalidade da razão e o ciclo de morte e destruição do colonialismo e da escravidão possam operar simultaneamente como fundamentos irremovíveis da sociedade contemporânea”¹⁹⁸. Para citar Achille Mbembe, podemos compreender a raça também como “uma maneira de estabelecer e afirmar o poder”, que, “para que possa operar enquanto afeto, instinto e *speculum*”, deve então “se converter em imagem, forma, superfície, figura e, acima de tudo, estrutura imaginária”¹⁹⁹. A raça é, portanto, o mecanismo que autoriza a estigmatização sistemática entre as sociedades, que codifica e organiza as populações de modo a identificar e definir aqueles/as que devem ser vistos como *alvos*, como inimigos do Estado no regime da biopolítica. Como afirma Mbembe, a raça funciona “como um dispositivo de segurança fundado naquilo que poderíamos chamar de princípio do enraizamento biológico pela espécie. A raça é ao mesmo tempo ideologia e tecnologia de governo”²⁰⁰.

As relações estabelecidas desde o processo de independência brasileira foram mobilizadas no campo da biopolítica sob a esperança da modernização, que por vezes visava disfarçar a racialização e os antagonismos de classe que seus auspícios carregavam. Enquanto empreendimento bem-sucedido, a colonização se apossou dos corpos de mulheres, crianças e homens, das matas dos rios e das ruas. Seguindo o pensamento de Simas e Rufino, este foi um projeto que deu, efetivamente, certo, por se tratar de um projeto de destruição social que não termina na descolonização formal, alcançada com a emancipação da metrópole portuguesa. Como afirmam os autores, a colonização “gera *‘sobras viventes’*, seres descartáveis, que não se

¹⁹⁷ Almeida, Silvio. *Racismo estrutural*. (Feminismos Plurais). Pólen Livros, 2020. Edição do Kindle, 2020. Locais do Kindle: 216.

¹⁹⁸ Almeida, Silvio. *Ibid.* 2020. Locais do Kindle 193-197.

¹⁹⁹ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. Tradução de Sebastião Nascimento. N-1 edições, segunda edição, novembro de 2018, p. 69.

²⁰⁰ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p. 75.

enquadram na lógica hipermercantilizada e normativa do sistema, onde o consumo e a escassez atuam como irmãos siameses; um depende do outro”²⁰¹.

O projeto de normatização deste Brasil de horrores, para que seja bem-sucedido, precisou de estratégias de desencantamento do mundo e aprofundamento da colonização dos corpos. O corpo, afinal, pode ameaçar, mais do que as palavras, de forma mais contundente o projeto colonizador fundamentado na catequese, no trabalho forçado, na submissão ostensiva da mulher e na preparação dos homens para a virilidade expressa na cultura da curra: o corpo convertido, o corpo escravizado, o corpo feito objeto e o corpo como arma letal. Este Brasil é um país de corpos doentes, condicionados e educados para o horror como empreendimento²⁰².

No caso de países em desenvolvimento, como o Brasil, a percepção das iniquidades no acesso à saúde revela as faces mais duras do histórico colonial. Perseguir o objetivo de conceber a saúde das populações como um bem público comum e universal tem nos exigido um exame honesto das iniquidades que afastam milhares de pessoas de uma vida plena, saudável e segura, em qualquer lugar do mundo. Se os cuidados com a saúde são necessários para a preservação da vida humana no planeta, e, portanto, configuram um direito fundamental para a garantia da vida a todas/os, compreender como determinadas populações seguem apartadas de seu alcance e o que as tornam classificáveis como populações fadadas à morte e à composição das “sobras viventes” do capital, permanece um imperativo moral urgente.

Neste sentido, segundo Beatriz Nascimento, a perspectiva liberal impunha um devir utópico que partia da concepção de um mundo sem diferenças. Tal contradição torna a racionalidade humana e sua razão elementos de poder na classificação e ranqueamento das sociedades, que além de passarem a ser consideradas mais ou menos civilizadas, mais ou menos desenvolvidas, também determinam quem em seu interior há de ser mais ou menos humano. De acordo com esse pensamento, a mulher configuraria um ser rebaixado, pois “seria um homem, embora não sendo total. Seria ciclicamente homem, conforme seu próprio ciclo natural (puberdade e maternidade)”²⁰³. Entretanto, mesmo nos espaços de desenvolvimento econômico,

²⁰¹ Simas, Luiz Antonio; Rufino, Luiz. *Ibid.* 2020, posição 31.

²⁰² Simas, Luiz Antonio; Rufino, Luiz. *Ibid.* 2020, posição 115.

²⁰³ Nascimento, Beatriz. (1990) *A mulher negra e o amor*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.266.

a mulher atua como “mão de obra anexada ou excludente de acordo com as variações da economia”, a mulher representa uma espécie de “razão fora de lugar”, na qual exerce sua razão fora do campo produtivo permitido²⁰⁴. Seu agir seria assim limitado por uma instituição moral totalizante, que, para Nascimento, a submete às projeções de outrem, representadas por conflitos entre submissão e dominação, atividade e passividade, infantilização e maturação. A mulher, nesse sentido, representaria um “papel desviante do processo social, em que a violência é a negação de sua autoestima”²⁰⁵.

No mundo outrora colonizado, Nascimento afirma que a mulher negra, especificamente, enfrenta seu próprio destino histórico, na maioria das vezes limitado por ocupações não qualificadas “cujas relações de trabalho evocam a mesma dinâmica da escravocracia”²⁰⁶. Isto se dá, justamente por ter sido a mulher negra aquela que desempenhou o papel ativo de produtora na dinâmica colonial – sendo ela a trabalhadora responsável não apenas pela dinâmica doméstica da Casa Grande, mas também por uma força de trabalho no campo e uma força sexualmente explorada para a reprodução da mão de obra escrava. Para Sueli Carneiro, a violência sexual colonial “é, também o ‘cimento’ de todas as hierarquias de gênero e raça presentes em nossa sociedade”, aquilo que permite a negação do papel da mulher negra na formação da cultura nacional²⁰⁷. Por ter sido aquela que “concorria’ com o tráfico negreiro”²⁰⁸ na produção de corpos a serem escravizados, a luta da mulher negra permanece uma luta contra a descaracterização de sua subjetividade, limitada à erotização de sua sexualidade e à diminuição de sua autonomia e autoestima, pois sobre ela ainda recai a expectativa de reprodução da dominação colonial. Como afirma Carneiro,

se historicamente as práticas genocidas, tais como a violência policial, o extermínio de crianças e a ausência de políticas sociais que assegurem o exercício dos direitos básicos de cidadania têm sido objetos prioritários da ação política dos movimentos negros, os problemas apontados atualmente pelos temas de saúde e de população nos

²⁰⁴ Nascimento, Beatriz. (1990) *Idem*.

²⁰⁵ Nascimento, Beatriz. (1990) *Idem*.

²⁰⁶ Nascimento, Beatriz. *Idem*.

²⁰⁷ Carneiro, Sueli. (2003) *Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.313.

²⁰⁸ Nascimento, Beatriz. (1976) *A mulher negra no mercado de trabalho*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.260.

situam em um quadro talvez ainda mais alarmante em relação aos processos de genocídio do povo negro no Brasil²⁰⁹.

Diante deste cenário, a biopolítica vem inscrevendo “a branquitude no registro do vitalismo e a negritude no signo da morte”²¹⁰, tornando evidente suas tecnologias de controle e as diferentes ênfases que elas assumem de acordo com gênero e raça das populações. No que diz respeito ao gênero feminino, Sueli Carneiro afirma que a biopolítica passa por um refinamento, expressando-se sobretudo no controle sobre a reprodução²¹¹, cuja intervenção é experimentada em maior grau por mulheres pretas. Ao gênero masculino, resta a violência indiscriminada e gratuita, que “consolida a racialidade negra como o meio delinquente por excelência”²¹². Carneiro propõe, assim, que nas sociedades multirraciais resultantes da colonização, o dispositivo de racialidade é mobilizado como “O” instrumento disciplinar das relações raciais, isto é, aquele que “disciplinará as relações raciais nas sociedades pós-coloniais e as relações de soberania entre as nações racialmente inferiorizadas”²¹³.

O biopoder aciona o dispositivo de racialidade para determinar quem deve morrer e quem deve viver. Nesse sentido, o Brasil assistirá também, a partir do século XIX, a emergência de novos procedimentos de saúde pública, em que a racialidade intervirá introduzindo uma orientação eugenista corretora da presumida promiscuidade, sobretudo sexual, instaurada na escravidão. Articulam-se técnicas disciplinares a essa nova tecnologia de poder, com a originalidade de que elas exercem o poder de fazer viver e deixar morrer sem precisar institucionalizar a raça, mas dispendo de mecanismos capazes de alcançá-la onde quer que ela se esconda, para distribuir vida e morte²¹⁴.

A este respeito, Beatriz Nascimento, Sueli Carneiro, Lélia Gonzalez, e tantas outras, reiteram que a dinâmica da sociedade brasileira é marcada pelos mecanismos do racismo estrutural, que determinam desde o nascimento o lugar que as pessoas poderão preencher de acordo com a cor de sua pele. A continuidade de uma herança escravocrata que acompanha a mulher negra na sociedade brasileira faz “com que ela seja recrutada e assuma empregos domésticos nas áreas urbanas,

²⁰⁹ Carneiro, Sueli. (2003) *Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero*. *Ibid.* 2019, p.316.

²¹⁰ Carneiro, Sueli. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. (Tese de doutorado), Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Roseli Fischmann. São Paulo, 2005, p.78.

²¹¹ Carneiro, Sueli. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. *Ibid.* 2005, p.72.

²¹² Carneiro, S. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. *Ibid.* 2005, p.87.

²¹³ Carneiro, S. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. *Ibid.* 2005, p.75.

²¹⁴ Carneiro, S. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. *Ibid.* 2005, p.76.

em menor grau na indústria de transformação, e que permaneça como trabalhadora nos espaços rurais”²¹⁵. Neste sentido, a garantia da saúde como um direito universal e a sua percepção como um bem comum devem passar, antes de tudo, pelo reconhecimento do dispositivo de racialidade imposto às mulheres negras e das dificuldades que ele gera na construção de novas subjetividades. Afinal, somos em grande maioria filhos e filhas de mulheres negras cujo lugar no ranking da humanidade tem sido rebaixado por mais de quatro séculos. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) de 2019, dos mais de 209 milhões de brasileiras e brasileiros, aproximadamente 56% da população é composta por pessoas negras (a somatória de pretas e pardas, totalizando 117,910 milhões de pessoas). De maneira geral, as mulheres são a maioria, somando 51% da população (108,423 milhões). Dessas, 60,107 milhões se declararam negras, sendo as mulheres pretas e pardas também a maioria no conjunto total de mulheres brasileiras (55%). Neste sentido, além de totalizarem mais de 60 milhões de vidas, as mulheres negras significam quase um terço da população brasileira, representando 28% do seu total²¹⁶.

É a *denegação*, como diria Lélia Gonzalez, que permite que o racismo “à brasileira” se volte “justamente contra aqueles que são seu testemunho vivo (os negros), ao mesmo tempo que diz não fazer isso”²¹⁷. O *racismo por denegação* é o que Gonzalez identifica como um tipo de racismo disfarçado²¹⁸, no qual a prevalência de teorias de miscigenação, assimilação e democracia racial mistificam a sua prática e a sua influência na estratificação social. Ele se caracteriza, sobretudo, pela garantia formalista da igualdade, ao mesmo tempo em que

é bastante sofisticado para manter negros e índios na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças à sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento. Veiculada pelos meios de comunicação de massa e pelos aparelhos ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores do Ocidente são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca demonstra sua eficácia pelos efeitos de estilhaçamento, de fragmentação da identidade racial que

²¹⁵ Nascimento, Beatriz. (1976) *A mulher negra no mercado de trabalho*. *Ibid.* 2019, p.261.

²¹⁶ IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2019. Tabela 6408 - População residente, por sexo e cor ou raça*. Disponível em <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408>>. Acessado em junho de 2020.

²¹⁷ Gonzalez, L. (1992) *A categoria político-cultural da Amefricanidade*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.341.

²¹⁸ Gonzalez, L. (1992) *A categoria político-cultural da Amefricanidade* *Ibid.* 2019, p.344.

ele produz: o desejo de embranquecer (de “limpar o sangue”, como se diz no Brasil) é internalizado, com a simultânea negação da própria raça, da própria cultura²¹⁹.

O racismo por denegação é a própria “*neurose cultural brasileira*”, que, segundo Lélia Gonzalez, se expressa na tentativa de ocultação do sintoma racista como uma espécie de libertação “da angústia de se defrontar com o recalçamento”²²⁰. Tal neurose nasce assim, do desconforto em reconhecer o outro como sendo humano, de reconhecer a própria cumplicidade com o racismo, se manifestando, portanto, na insistência em tratar o negro como um mero objeto²²¹. Essa dinâmica conflitante entre repulsa e desejo, prazer e dominação, pertencimento e dissociação, é o que funda e o que ainda marca as relações sociais do Brasil contemporâneo. Isto posto, Lélia complementa que, nas sociedades de racismo por denegação “a força da cultura é o que se apresenta como a melhor forma de resistência”²²². Resistência essa, que só é possível a partir do reconhecimento da negritude e da sua descendência “*Amefricana*”: composta pelas africanas e africanos traficados nos navios negreiros e pelos indígenas que aqui antes habitavam. Resistência que se traduz, portanto, no reconhecimento de uma cultura que nasce “na diáspora da experiência histórica compartilhada” e que é o que nos permite identificar o racismo como um sistema de dominação²²³. Isso inclui recuperar, como nos aponta Gonzalez, a percepção de que somos um país construído a partir da figura de mães, mucamas e babás pretas. Pois, “a função materna diz respeito à internalização de valores, ao ensino da língua materna e a uma série de outras coisas mais que vão fazer parte do imaginário da gente”²²⁴. O Brasil é fruto de uma mulher preta.

A negação da subjetividade da mulher negra através do racismo se encontra, assim, na própria negação do povo brasileiro, configurando a expressão máxima da aniquilação de nossa autoestima enquanto comunidade. Neste sentido, é importante, antes de avançar sobre o registro histórico da biopolítica em nossas terras, compreender como o racismo se manifesta e altera a percepção dos sujeitos como partícipes da comunidade política brasileira. A raça e o racismo consistem, segundo

²¹⁹ Gonzalez, L. (1992) *A categoria político-cultural da Amefricanidade* Ibid. 2019, p.345-346.

²²⁰ Gonzalez, L. (1984) *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. Ibid. 2019, p.246.

²²¹ Gonzalez, L. (1984) *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. Ibid. 2019, p.246.

²²² Gonzalez, L. (1992) *A categoria político-cultural da Amefricanidade* Ibid. 2019, p. 347.

²²³ Gonzalez, L. (1992) *A categoria político-cultural da Amefricanidade* Ibid. 2019, p. 349.

²²⁴ Gonzalez, L. (1984) *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. Ibid. 2019, p.250.

Mbembe, em uma “força de deturpação do real e de um fixador de afetos”, uma “operação do imaginário” que se torna condição fundamental para a aceitabilidade da morte como norma social²²⁵. Silvio Almeida também ressalta que, sob a perspectiva estrutural, o racismo se desdobra em processo político e histórico, criando “as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática”²²⁶. Para Djamila Ribeiro, o racismo é “um sistema de opressão que nega direitos, e não um simples ato da vontade de um indivíduo”²²⁷, pois,

até serem homogeneizados pelo processo colonial, os povos negros existiam como etnias, culturas e idiomas diversos – isso até serem tratados como “o negro”. Tal categoria foi criada em um processo de discriminação, que visava ao tratamento de seres humanos como mercadoria. Portanto, o racismo foi inventado pela branquitude, que como criadora deve se responsabilizar por ele²²⁸.

Portanto, quando pensamos a saúde como um bem público devemos pensar a sua reconstrução a partir da ideia de comunidade, de compartilhamento de bens e direitos. A concepção da saúde como um bem comum só será possível “se não nos recusarmos a basear nossas vidas e a sua reprodução no sofrimento de outras pessoas, se não nos recusarmos a enxergar o ‘nós’ separado ‘deles’”²²⁹. O “*comum*” implica assim, antes de tudo, lançar luz às desigualdades que discriminam as populações em termos de classe, gênero e raça, e que impedem o alcance da equidade em saúde. A estrutura social é *per se* constituída por inúmeros conflitos, que atravessam raças, classes, gêneros e gerações, estigmatizando e afastando os significados subjetivos de corpos subalternizados em prol da retirada de sua humanidade. Como defende Silvia Federici, a ideia do comum/dos bens comuns, funciona como um conceito unificador que possibilita o surgimento de uma sociedade cooperativa, além de se apresentar como uma “alternativa lógica e histórica às propriedades estatais e privadas – o Estado e o mercado – deixando espaço para rejeitarmos a ficção de que eles mutuamente excluem e exaurem nossas

²²⁵ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p. 69-70.

²²⁶ Almeida, Silvio. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra (Feminismos Plurais/coordenação de Djamila Ribeiro). Pólen Livros, 2020, p. 51.

²²⁷ Ribeiro, Djamila. *Pequeno Manual Antirracista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, p.12.

²²⁸ Ribeiro, Djamila. *Pequeno Manual Antirracista*. *Ibid.* 2019, p.36.

²²⁹ Federici, Silvia. *O feminismo e a política dos comuns*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.378.

possibilidades políticas”²³⁰. Neste sentido, pensar o direito à vida e à saúde como um bem comum implica, sobretudo, *pensar quem são aquelas que geram a vida e executam o trabalho não remunerado do cuidado à serviço da sociedade*; bem como pensar que fundamental para a saúde da sociedade está também devolver à mulher, sobretudo a mulher negra, o controle sobre o próprio corpo e o direito à métodos contraceptivos e abortivos que sejam seguros e permitidos com o devido respaldo jurídico. Em suma, significa defender a cidadania da mulher negra, o lugar que é seu de direito em nossa sociedade, permitindo o seu direito à vida em uma sociedade que se constitui a partir de sua morte e da morte dos seus.

3.2

“Para que tudo volte a ser como antes”: o sistema racializado de direitos na pós-colonialidade brasileira

“A questão da identidade nacional é problematizada na medida em que o negro é definido pelo outro estrangeiro como brasileiro, enquanto que o brasileiro, de cor branca, não admite a brasilidade como pertencimento horizontal, *pois não se alinha com aquele, mas com o outro estrangeiro, pela identificação vertical de raça e classe*”²³¹.

No que nos concerne à formação do Estado brasileiro, o momento da declaração de independência em 1822 tem sido revisitado historicamente não como a tradução de um movimento anticolonial, mas como o início de uma nova fase monárquica marcada pela permanência do imperador português Dom Pedro I como regente do Brasil. Formada a partir da supressão de movimentos e revoltas antiescravistas e anticoloniais, a independência brasileira não significou a realização de mudanças substanciais no sistema colonial que se perpetuou nos três primeiros séculos de sua história. Para a historiadora Lilia Moritz Schwarcz, “a independência foi reflexo, não intencional, da pressão portuguesa para que tudo voltasse a ser como antes”²³².

²³⁰ Federici, Silvia. *Ibid.* 2019, p.380.

²³¹ Schmidt, Rita Terezinha. (2000) *Na literatura, mulheres que reescrevem a nação*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.76. *Grifos meus*.

²³² Schwarcz, Lilia M. *História como carteira de identidade em processo*. Introdução. In Costa e Silva, A. (coord.) *Coleção História do Brasil Nação: 1808-2010. Volume 1 – Crise colonial e independência 1808-1830*. São Paulo: Fundación Mapfre e Editora Objetiva, 2011, p.14.

A especificidade da situação brasileira se manifestava em seu próprio processo emancipatório, sendo a única experiência deliberadamente imperial no continente que conformou uma monarquia hereditária e constitucional, diferentemente do que se observava nos republicanos vizinhos latino-americanos.

Apesar da ruptura em relação à subordinação político-administrativa portuguesa, e do estabelecimento da noção de uma nação e nacionalidade brasileiras, a regência imperial garantiu a permanência dos vínculos econômicos com a Europa e a continuidade da superexploração das populações negras e indígenas, fundamentais para a garantia dos lucros e da execução do trabalho em uma sociedade colonizada, que perpetuava a exclusão das populações pobres de seu sistema de direitos. Como afirma Caio Prado Jr., mesmo com o alcance da soberania nacional, o problema do *status* colonial do país ainda correspondia, efetivamente, a uma questão de direito:

chegamos ao cabo de nossa história colonial constituindo ainda, como desde o princípio, aquele agregado heterogêneo de uma pequena minoria de colonos brancos ou quase brancos, verdadeiros empresários, de parceria com a metrópole, da colonização do país; senhores da terra e de toda sua riqueza; e doutro lado, a grande massa da população, a sua substância, escrava ou pouco mais que isso: máquina de trabalho apenas, e sem outro papel no sistema. Pela própria natureza de uma tal estrutura, não podíamos ser outra coisa mais que o que fôramos até então: uma feitoria da Europa, um simples fornecedor de produtos tropicais para seu comércio²³³.

No entanto, ao contrário do que Prado Jr. afirma, a parcela escrava que formava a massa substantiva da população não permaneceria inerte, *sem outro papel no sistema*. Longe de ter sido pacífica, a emancipação brasileira de Portugal também enfrentara resistências que vinham de províncias fiéis à coroa portuguesa – como Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Cisplatina e partes da Bahia – tornando a unidade em torno da capital Rio de Janeiro uma conquista imposta pelas guerras da independência e por uma guerra civil entre portugueses, partidários ou não da corte²³⁴. O reconhecimento da independência brasileira viria, portanto, não sem muitos protestos da família imperial, e, em grande parte, em decorrência da dependência portuguesa da assistência inglesa durante as guerras napoleônicas

²³³ Prado Jr., Caio. *Formação do Brasil contemporâneo: colônia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1ªed., 2011, p.132.

²³⁴ Neves, Lúcia, B. P. das. *A vida política*. Parte 2. In Costa e Silva, A. (coord.) *Coleção História do Brasil Nação: 1808-2010. Volume 1 – Crise colonial e independência 1808-1830*. São Paulo: Fundación Mapfre e Editora Objetiva, 2011, p.100.

(1803-1815)²³⁵. Inegavelmente, a tentativa de “recolonizar o Brasil”²³⁶ no momento de sua independência formal não se deu destacada da ampla resistência negra e dos movimentos de sublevação que sucederam os acontecimentos históricos de 1822. As insatisfações com a nova regência imperial e a continuidade do sistema escravocrata se manifestaram nos acontecimentos das revoltas dos Malês (1835), nas Cabanagem (1835-1840), Sabinada (1837), Balaiada (1838-1841), nas Revoltas Liberais (1842), entre outras. Em decorrência das intensas revoltas, um conjunto de medidas fora tomando forma, visando à redução gradual das práticas escravistas: em 1850, foi promulgada a Lei Eusébio de Queirós, que estabelecia medidas para a repressão do tráfico de africanos para o Brasil; em 1871, foi declarada a Lei do Ventre Livre, que determinava a abolição gradual da escravidão por meio da libertação dos filhos de mulheres escravas nascidos no Brasil, a partir da data da aprovação da lei; e em 1885, estabeleceu-se a Lei dos Sexagenários, que determinou a libertação dos escravos com mais de 60 anos. No nordeste do país, a vanguarda dos movimentos abolicionistas ganhava força na província do Ceará, onde parte da população negra seria declarada liberta nas regiões pró-abolição que faziam parte da província em 1884, quatro anos antes da assinatura da Lei Áurea²³⁷.

Contudo, apesar das medidas em direção ao fim da escravidão se acumularem, suas determinações eram precariamente cumpridas. Último país do Ocidente a escravizar seres humanos em seus latifúndios e domicílios, o Brasil sofreria pressões sociais internas e externas, até que a abolição finalmente fosse promulgada pela princesa Isabel, em 1888. Externamente, a influência inglesa na abolição da

²³⁵ Após longas negociações intermediadas pelo governo inglês, a “nova” monarquia brasileira compraria sua independência de Portugal pelo preço de dois milhões de libras esterlinas. Além disso, como retorno da dívida contraída por Portugal, o governo inglês demandava a concessão de preferência aos produtos britânicos nos portos coloniais, bem como novas extensões dessa preferência ao território brasileiro – que se traduziram no reconhecimento da declaração da independência do Brasil e na exigência da abolição do tráfico de escravos africanos²³⁵. Ver Manchester, Alan. *O preço do reconhecimento, 1822-1827. In Preeminência Inglesa no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1971, p. 165-191; e, Ricupero, Rubens. *O Brasil no mundo. In Costa e Silva, A. (coord.) Coleção História do Brasil Nação: 1808-2010. Volume 1 – Crise colonial e independência 1808-1830*. São Paulo: Fundação Mapfre e Editora Objetiva, 2011, p.145.

²³⁶ Prado Jr., Caio. *Ibid.* 2011, p.250.

²³⁷ A conquista se deu graças às greves dos jangadeiros do porto, lideradas pelo “Dragão do mar” de Aracati – também conhecido como Francisco, ou Chico da Matilde. Seus esforços uniram abolicionistas, jangadeiros e a população que se compadecia dos maus-tratos sofridos pelos escravos que ali viviam. Somada à penosa vida de trabalhos forçados, estavam também a longa seca vivida na região àquela época e as epidemias de cólera e varíola, que levaram a óbito um quarto da população entre 1877 e 1879. Ver Santos, A. *Rastros de Resistência: histórias de luta e liberdade do povo negro*. São Paulo: Panda Books, 2019, pp.70-73.

escravatura situava o Brasil no sistema capitalista industrial, mas esse movimento não alcançaria efeito imediato. Nos três séculos de colonização que se precederam, o número de que se tem registro estima um total de três milhões de vidas negras escravizadas. Como consequência da proibição do tráfico negreiro em 1850, apenas durante a primeira metade do século XIX, mais de um milhão de pessoas escravizadas entrariam no país, do qual ao menos metade seriam introduzidas de maneira ilegal²³⁸.

Com isso, é a partir de finais da década de 1860 que emerge no Brasil a tentativa de emular um novo liberalismo no país, que desse conta de romper com o atraso que separava a ex-colônia do progresso europeu. Como ressalta José Miguel Arias Neto, o liberalismo que aqui se manifestava propunha a inserção do país na modernidade da civilização ocidental, mas se confrontava com discordâncias substanciais sobre como fazê-lo. Se,

para determinado grupo de abolicionistas – intelectuais liberais radicais positivistas que eram notadamente urbanos – tratava-se de libertar o negro, inserindo-o em uma nova estrutura econômica e social fundada no trabalho livre, para os fazendeiros paulistas tratava-se de *substituir* o trabalho escravo²³⁹.

Assim, a razão de ser da monarquia brasileira parecia perder força à medida em que aumentava a impossibilidade da garantia e reprodução legal da ordem escravista. A perda do apoio político por parte das lideranças escravagistas, a insatisfação militar, a saúde frágil de D. Pedro II e a ausência de herdeiros seus²⁴⁰ foram alguns dos motivos que levaram ao fim o Estado imperial brasileiro um ano após a abolição, culminando no golpe militar do dia 15 de novembro de 1889, que daria início ao período da Primeira República (1889-1930).

Não obstante, o republicanismo vitorioso fora aquele dos grandes latifúndios, que, ainda que se desse sob uma nova forma administrativa-organizacional, não significava o alcance de mudanças substanciais na extensão dos direitos civis e

²³⁸ Ricupero, Rubens. *Ibid.* 2011, p.151.

²³⁹ Neto, J. M. A. Primeira República: economia cafeeira, urbanização e industrialização. In Ferreira, J.; e Delgado, L. de A. N. (org.). *O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011, p.201. *Grifos meus*.

²⁴⁰ Neves, M. de S. *Os cenários da República. O Brasil na virada do século XIX para o século XX*. In Ferreira, J.; e Delgado, L. de A. N. (org.). *O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011, p.29.

políticos aos negros recém-libertos. Sendo as colônias o espaço no qual a organização social não se assemelha ao princípio de organização racional do Estado europeu, Mbembe nos lembra que foram as colônias o lócus de uma vida considerada “selvagem”, de uma zona na qual a guerra e a desordem coexistem, na qual as garantias de uma ordem judicial podem ser suspensas – e na qual a violência opera supostamente à serviço da “civilização”, constituindo-se como a forma original do direito e construindo o estado de exceção como o lugar de operação da soberania. Assim, na recém-formada república, a população negra permanecia sem lar e sem emprego, e tinha que lidar com a subvalorização de sua força de trabalho, prejudicada pelo incentivo do governo à vinda de imigrantes europeus para trabalharem de maneira remunerada nas lavouras de café²⁴¹. O racismo não era apenas um resquício da escravatura, mas também o *modus operandi* das instituições da nova república. Um exemplo disso era a importância atribuída à imigração europeia, que era vista à época não apenas como uma solução para a substituição do trabalho escravo, mas também como uma medida de “embranquecimento” da população pobre brasileira, em sua maioria composta por negras/os, caboclas/os, mulatas/os e indígenas da terra. O resultado da república brasileira foi, portanto, a transformação do caráter fenotípico em um critério social e hierárquico, que desde então tem se mostrado operante mesmo que, por vezes, o faça silenciosamente.

Dessa forma, o conflito pós-colonial, constitutivo da subjetividade brasileira, pôde se estabelecer: o sujeito de direitos cujo alcance era global, era percebido como aquele que detinha o poder, o conhecimento e as terras. As elites da primeira república se percebiam assim, como próximas da corte real, e, portanto, próximas da realidade imaginada europeia. Ao mesmo tempo, os demais brasileiros e brasileiras – divididos entre escravos/os recém-libertos, negras/os livres filhas/os de escravos/os, brancos livres e pobres –, teriam os direitos negados em maior ou menor medida, a depender de seu gênero, da sua cor retinta ou do seu grau de

²⁴¹ É preciso notar, no entanto, que os direitos concedidos aos imigrantes europeus, em sua maioria de origem pobre e rural, também não configuravam uma relação justa de trabalho, ainda que significasse um conjunto de direitos mais amplos do que aqueles permitidos aos ex-escravos. O sistema em que os imigrantes eram inseridos ficou conhecido como colonato, “no qual parte do salário era paga por tarefa (carpa/colheita etc.) e parte através da possibilidade do trabalhador desenvolver uma agricultura de gêneros alimentícios visando à sua subsistência”. A despeito dos contratos no colonato serem individuais, a preferência pela imigração familiar fez com que os senhores da terra pudessem contar com a força de trabalho de toda uma família, promovendo em muitos casos, a miserabilidade social. Ver Neto, J. M. A. *Ibid.* 2011, p.201; 205.

mestiçagem. Estes brasileiros e brasileiras, que eram vistos como alguém de menor ou nenhum valor, conformaram o alvo central de práticas racistas violentas e pedagógicas, que até hoje visam obter o controle dos indivíduos no redesenho do lugar que lhes é permitido na imaginação de um Estado pós-colonial. Afinal, como reitera Mbembe, no imaginário filosófico e político europeu, a colônia “representa o lugar em que a soberania consiste fundamentalmente no exercício de um poder à margem da lei (*ab legibus solutus*) e no qual a ‘paz’ tende a assumir o rosto de uma ‘guerra sem fim’”²⁴², formando as bases para a instituição de diversos tipos de direitos, com finalidades e aplicações distintas para a população que reside no interior de um mesmo espaço.

Aqui me interessa ressaltar que, como observado no processo de emancipação brasileira, a alteridade que constitui o corpo político pós-colonial não está localizada em um *Outro externo*, mas sim dentro da sua própria comunidade política. Nestes termos, a biopolítica “à brasileira” parece ser construída, desde a formação do país como um Estado nação, a partir da compreensão de uma população que é ela própria a bárbara, formada por incivis, por algozes de si mesmo. O Estado de Direito aqui é outro; ou melhor, para poucos. A normatividade experimentada no terreno pós-colonial parece não oferecer um horizonte de expectativas estáveis, que determinem o seu cumprimento. Portanto, o sujeito pós-colonial parece ter sido levado, desde o princípio, a orientar suas ações pelo custo de oportunidade das mesmas. Isto porque, o sujeito pós-colonial é centrado, normativamente, não como um sujeito de direitos (ainda que possua muitos deveres), mas como um sujeito *assujeitado*, que desde o início da escravatura aprende que deve se transformar em uma espécie de “empreendedor/a da própria sorte”. Sujeito esse, que deve inventar cotidianamente novas maneiras de se construir e de encontrar a própria sorte, criando também espaços de sobrevivência e sociabilidade que os são negados mesmo quando da sua libertação e independência.

Como vimos no capítulo anterior, para Foucault a arte de governo liberal produz um sujeito cuja responsabilidade individual é mobilizada com o objetivo de autogerir a população, a partir das regras e normas de um mercado de trocas. Sendo

²⁴² Mbembe, A. *Necropolítica*. *Ibid*, 2018, p.32-33.

o mercado o local de verificação da vida política, os indivíduos teriam suas relações reguladas por ele, de modo que a satisfação de suas necessidades se desse por meio da troca (de bens, trabalho e mercadorias). A garantia de uma troca, preço ou transação justa, permanecia assim, um direito de cada cidadão, cuja insatisfação poderia ser arbitrada juridicamente junto ao Estado. Entretanto, nas sociedades coloniais, negras/os e mestiça/os eram vistos como bens de capital e não como seres humanos. Assim, a arbitragem contra os excessos do sistema só poderia ser alcançada por aqueles considerados brancos o suficiente para serem portadores de direitos. Dessa forma, na gramática da biopolítica, a emancipação da colônia brasileira parece ter logrado perpetuar, desde o século XIX, a coexistência de dois sistemas que pautam as relações em sociedade: o de trocas e direitos, para aqueles que podem ser considerados cidadãos; e o de competição e obrigações, para a população negra e mestiça que, desprovida de humanidade, está sempre sendo colocada alguns passos atrás da parcela branca da população. Não obstante, o historiador Luiz Antonio Simas nos lembra que no momento de transição entre o trabalho escravo e o trabalho livre, entre a Monarquia e a República, as classes mais pobres eram retratadas em documentos oficiais do período como aquelas

que maculavam, do ponto de vista da ocupação e reordenação do espaço urbano, o sonho da cidade moderna e cosmopolita. Ao mesmo tempo, era dessas “classes perigosas” que saíam os trabalhadores urbanos que sustentavam – ao realizar o trabalho braçal que as elites não cogitavam fazer – a viabilidade desse mesmo sonho: operários, empregadas domésticas, seguranças, porteiros, soldados, policiais, feirantes, jornaleiros, mecânicos, coveiros, floristas, caçadores de ratos. Pouca coisa mudou nesse embate disfarçado de cordialidade desde então²⁴³.

Mas como isso pode ser relevante para pensar a saúde e o direito à vida no Brasil e em territórios pós-coloniais? Em suma, a divisão racializada da população e o seu tratamento em subespécies, parece ter se desdobrado no percebimento da população enquanto *alvo* das políticas de saúde, e não como *partícipe* de um autogoverno compartilhado. Esse desdobramento coincide com uma concepção do sujeito pós-colonial como um sujeito que só possui valor social quando transformado em capital humano, em instrumento de crescimento econômico, mesmo décadas antes do auge das políticas neoliberais que centraram-se na figura do sujeito como empreendedor de si mesmo. Essa forma de governabilidade no período inicial da

²⁴³ Simas, Luiz Antonio. *O corpo encantado das ruas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019, p 13.

“emancipação” colonial brasileira, disfrutou de técnicas de policiamento e disciplina compartilhadas tanto no regime escravista quanto nos regimes contemporâneos, pois suas práticas são inscritas a partir da lógica do terror, a partir de “instâncias e experiências específicas de ausência de liberdade”²⁴⁴. Práticas essas que são racializadas, e, portanto, autorizam a retirada de parte da população do acesso à saúde, bem como nega o seu direito à vida. Tendo visto que a fundação da República no Brasil não se absteve de manter as práticas racistas e exploratórias do período colonial, veremos a seguir como as medidas sanitárias para a erradicação da varíola e as políticas eugênicas do início do século XX podem nos prover indícios sobre o exercício da biopolítica no campo da saúde, observando os limites que ela impõe na construção da subjetividade pós-colonial brasileira.

3.2.1 A Revolta da Vacina (1904)

Marcada pelo ímpeto da modernização do país, a virada do século XIX para o século XX trazia consigo a imagem de uma República que exigia progresso, percebendo-a na necessidade de renovação e reformulação dos espaços urbanos sob a intervenção governamental. Não obstante, a cidade do Rio de Janeiro, capital da República e outrora moradia imperial, passou por um processo desenfreado e intenso de urbanização quando da chegada da família Real, alcançando receber cerca de 15 mil pessoas que se refugiavam das guerras napoleônicas que tomavam o continente europeu²⁴⁵. Além disso, a cidade figurou como o epicentro do processo de independência do país e de sua transformação republicana seis décadas mais tarde. Sua estrutura repercutia nas condições de vida da população, deixando claras as incompatibilidades entre a antiga estrutura escravista e as novas relações econômicas e capitalistas que passavam a tomar conta da cidade-capital²⁴⁶.

Nos cortiços e residências irregulares do Rio de Janeiro, era comum a coexistência de epidemias mortíferas, que de tempos em tempos ceifavam a vida da população

²⁴⁴ Mbembe, A. *Necropolítica*. *Ibid*, 2018, p.68.

²⁴⁵ Benchimol, Jaime. *Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro*. In Ferreira, J.; e Delgado, L. de A. N. (org.). *O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011, p.236.

²⁴⁶ *Idem*.

abandonada em condições insalubres²⁴⁷. Um grande hospital e necrotério a céu aberto, a capital da nova República tinha pela frente o desafio de lidar, ao mesmo tempo, com as epidemias de varíola, malária, tuberculose, febre amarela, e peste bubônica; além disso, contabilizava em suas políticas o crescimento populacional com a incorporação das/os escravas/os recém-libertas/os, que, apesar de habitarem a cidade, permaneciam desprovidos de emprego e de moradia, apartados de qualquer posição social que lhes concedessem o mínimo necessário para uma vida digna.

Os fatores que contribuíam para o quadro epidêmico da cidade eram apontados pelos higienistas da época a partir de elementos que se dividiam entre sua urbanização irregular, com habitações coletivas em situações precárias, desprovidas de uma boa circulação de ar, iluminação e saneamento; e a ausência de regras higiênicas e disciplinares entre seus habitantes, que conviviam com montes de lixo e valas a céu aberto. Dessa forma, as recomendações sanitárias passaram a contribuir em boa parte para que se promulgassem as primeiras leis regulatórias do crescimento da cidade, intensificando-se nos anos finais do século XIX e no início do século XX²⁴⁸.

O tão desejado ingresso do país na modernidade europeia, na sua “era” do progresso e da civilização, passou a ser vislumbrado na apresentação do Rio como a exemplar cidade-capital. A corrida da cidade contra o atraso colonial herdado exigia uma profunda reforma urbana e sanitária, de modo a promover um Brasil civilizado, saneado e devidamente atualizado de acordo com os últimos traços urbanos experimentados pela capital francesa, Paris. Elaborado por Georges Haussmann, o modelo urbanístico francês surgia dos escombros das guerras napoleônicas e visava a construção de largas avenidas, cuja função principal era possibilitar a passagem do exército para um controle eficaz da população civil e das revoltas populares. Como bem nos lembra Foucault, é possível entender como, no século XIX, a combinação de medicina e higiene passa a ser considerada um elemento extremamente importante devido ao vínculo que estabelece entre o conhecimento científico dos processos biológicos e orgânicos, e entre a conjugação da população

²⁴⁷ Ver Chalhoub, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 4ª reimpressão, 1996.

²⁴⁸ Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.240.

e do corpo. Isto porque, segundo o filósofo, ao mesmo tempo, a medicina se torna uma técnica de intervenção política, “um conhecimento de poder que pode ser aplicado ao corpo e à população, ao organismo e aos processos biológicos, e, portanto, terá efeitos disciplinares e regulatórios”²⁴⁹.

Sob o governo de Pereira Passos (1902-1906), a replicação do modelo urbanístico de Paris ajudava a passar uma mensagem clara: se fazia necessário reconstruir e recriar a cidade. Milhares de pessoas foram removidas de seus casebres e cortiços no centro do Rio, mais de mil estabelecimentos comerciais foram removidos e ao menos dois mil prédios foram demolidos²⁵⁰. Na governamentalidade da época, a racionalização da cidade visava, portanto, assegurar o controle sob a população. Não obstante, os braços urbanístico e sanitário eram pensados de maneira conjunta, e por muitas vezes invadiam as moradias dos cariocas atuando lado a lado. Assim, foi a partir da transformação da cidade para o estabelecimento de uma lógica do controle da vida que as políticas sanitárias começaram a aparecer como um foco de atenção do Estado brasileiro. Somados a isso, os esforços de modernização também tentavam incorporar a cidade ao desenvolvimento capitalista, que desde a segunda metade do século XIX, se manifestava nas exportações de capital inglês sob a forma de empréstimos públicos e investimentos diretos, impulsionando a modernização das ex-colônias com o objetivo de adaptá-las aos novos fluxos de produtos industrializados e matéria prima²⁵¹.

Apesar de algumas iniciativas de vacinação contra doenças como a febre amarela já terem sido testadas anos antes (1883-1894), estimuladas pelos testes e descobertas lideradas pelo cientista Domingos Freire²⁵², é na virada do século que a vacinação se torna uma política pública compulsória efetiva, conformando uma das primeiras manifestações evidentes do exercício da biopolítica brasileira. Mesmo ocorrendo um século após o início das práticas de vacinação europeias²⁵³,

²⁴⁹ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”: *Lectures at the College de France, 1975-1976*. Edited by Mauro Bertani and Alessandro Fontana. General Editors: Francois Ewald and Alessandro Fontana. Translated by David Macey. New York: Picador. 1997, p. 252.

²⁵⁰ Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.233.

²⁵¹ Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.235.

²⁵² Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.247.

²⁵³ A descoberta da vacina ocorreu no interior da Inglaterra, em 1796, pelo médico Edward Jenner, a partir da inoculação do vírus da varíola em pessoas saudáveis. Ver Ministério da Saúde. *Personalidades: Edward Jenner (1749-1823)*. Revista da Vacina. Disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/revolta/personas/jenner.html>>. Acessado em dezembro de 2019.

a determinação da vacinação como medida compulsória de controle das epidemias que assolavam a capital foi recebida com forte revolta e indignação pela população. O projeto de vacinação compulsória tornou-se lei, passando a ser executado com mais força em 1904, liderado por um ex-aluno de Freire, o médico sanitário Oswaldo Cruz. O plano de campanha apresentado pelo sanitário previa a vacinação contra a varíola, com o uso de soro e vacinas fabricados no instituto de Manguinhos, além de tentativas de combate ao mosquito da febre amarela e de combate à peste bubônica, através do extermínio dos ratos e de medidas de cunho urbanístico²⁵⁴.

Cabe ressaltar, no entanto, que os sinais do agravamento da situação social naquele período se deram a partir da intensificação da polícia sanitária de Pereira Passos, antes mesmo da nomeação de Oswaldo Cruz para o cargo de chefe da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903. Como relata Jaime Benchimol, o serviço de profilaxia era liderado por comissários de higiene e acadêmicos de medicina que vistoriavam domicílios populares recorrendo com frequência à polícia, para “expurgar reservatórios de água, bueiros, ralos e valas, desocupar sótãos e porões, confiscar galinhas e porcos, prescrever reformas imediatas ou interditar prédios considerados ruinosos e insalubres”²⁵⁵.

Apenas dezesseis anos após a abolição da escravatura, o projeto cerceava a liberdade de cidadãos não apenas exigindo a vacinação para a maior parte das atividades civis – como matrícula em escola, candidaturas a empregos públicos, hospedagens, viagens e casamentos. Também eram previstas multas para aqueles que não se vacinassem, além da execução de desalojamentos arbitrários e súbitos, deixando-os à própria sorte sem que existisse qualquer contrapartida de sua realocação em moradias de maior qualidade. Não surpreende, portanto, que a estrutura da campanha sanitária de Oswaldo Cruz tenha se munido dos instrumentos legais de coerção e de uma base militar para tratar daqueles que já havia muito sofriam com as doenças e as precárias condições de vida na capital. Assim, a cidade se repartia em distritos sanitários, com delegacias de saúde, “cujo pessoal tinha a

²⁵⁴ Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.270.

²⁵⁵ Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.271.

incumbência de receber as notificações de doentes, aplicar soros e vacinas, multar e intimar proprietários de imóveis, detectar focos epidêmicos”²⁵⁶.

A notória reação popular à vacina culminou na assinatura de petições contra sua obrigatoriedade, seguida de protestos intensos pelas ruas da cidade, com depredações a delegacias, quartéis, casas de armas, postos de saúde, bondes e postes de iluminação, além da resistência armada e formação de barricadas no bairro da Saúde, feitas com materiais das demolições e bondes tombados²⁵⁷. Assim, o motim popular não só ganhou força como também obteve o apoio militar, que insurgiu com o objetivo de depor o presidente Rodrigues Alves e que via na revolta uma oportunidade para instaurar um novo golpe militar, dessa vez apoiando o tenente-coronel Lauro Sodré à presidência.

Para o historiador José Murilo de Carvalho, a resistência à vacinação compulsória, que durara seis dias, ia além da defesa dos direitos civis; referia-se também a julgamentos morais inegociáveis. A reforma sanitária liderada por Oswaldo Cruz atingia não só a população pobre e, sobretudo, negra, mas também se mostrava um incômodo para as camadas médias da população, que incluíam desde operários, a funcionários públicos e militares. Isto porque a presença de médicos na esfera privada das famílias, aplicando a vacina de casa em casa, era compreendida como uma grave ofensa à honra do chefe de família, pois este tinha “seu lar, em sua ausência, invadido por estranhos, perante os quais sua mulher e filhas seriam obrigadas a se desvendarem”²⁵⁸. Assim, para Murilo de Carvalho teria sido a força de um argumento sexista e moralizante aquilo que garantira a amplitude da revolta, classificada pelo historiador como “um trágico desencontro entre a política bem-intencionada e esclarecida de Oswaldo Cruz e valores populares que tinham a ver com a dignidade pessoal e a inviolabilidade do lar”²⁵⁹.

Entre 10 e 16 de novembro de 1904, a revolta contabilizou 30 mortos, 110 feridos, e 945 presos. Passado o conflito, houve um grande impacto no número de vacinações realizadas na capital, saindo de uma expectativa de 23 mil para a

²⁵⁶ Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.272.

²⁵⁷ Benchimol, Jaime. *Ibid.* 2011, p.274.

²⁵⁸ Carvalho, J. M. de. *Razões que se opõem*. Folha de São Paulo. Ciência. São Paulo, domingo, 07 de novembro de 2004. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ciencia/fe0711200402.htm>>. Acesso em outubro de 2019.

²⁵⁹ *Idem*.

aplicação de pouco mais de mil vacinas naquele ano²⁶⁰. Ainda assim, em 1904 o país como um todo alcançou o melhor resultado de vacinações de que se tem registro até então. A antivariólica foi inoculada em 87.711 pessoas, chegando à marca de “108,09 pessoas vacinadas por mil habitantes, no ano da revolta”²⁶¹. Para o historiador Sidney Chalhoub, “o ‘sucesso’ dos médicos naquele momento deve ter sido um fator importante no desencadeamento da revolta. (...) os vacinóforos estavam sendo mais acossados do que nunca e, o que é pior, principalmente no interior de suas próprias comunidades e residências”²⁶². É importante notar, portanto, que os motivos da revolta teriam lugar não apenas na moralidade. Segundo a historiadora Lilia M. Schwarcz, o tamanho da reação provocada pela vacinação compulsória teria sido proporcional à indignação dos cariocas, significando também “uma espécie de desforra”²⁶³. Uma vez que a maioria dos moradores da cidade não desfrutava de direitos políticos, nem era incluída politicamente nas medidas da Primeira República, a recusa à vacinação acabou virando o *leitmotiv* contra o elitismo de um governo que desdenhava de seu povo.

Em nome da modernização, a população carioca viu suas casas sendo postas abaixo onde depois se reerguiam novas construções a serviço e sob a propriedade das elites, que traziam consigo a visão de uma modernidade opressiva e hostil aos mais pobres, que eram também em grande maioria, negros. A modernização da cidade, que visava apagar os resquícios de um atraso de origem colonial para dar passagem à estrutura das grandes cidades requeridas pelo capital não logrou apagar o que mais das tradições coloniais insiste em persistir até os dias atuais: as relações desiguais, embasadas por um racismo crônico e estrutural, estabelecido com o próprio aval das políticas de Estado. Para Lilia Schwarcz, por exemplo, não bastava vacinar a população “suja e ignorante”; era preciso, antes disso, exercer uma atitude democrática, informando os cidadãos dos motivos e das necessidades da vacina, bem como do detalhamento de seu procedimento. Mas o diálogo democrático não estava inserido na tradição republicana que se inaugurava no país; somava-se ao despejo e à vacinação compulsória uma série de práticas de nítida discriminação

²⁶⁰ *Idem.*

²⁶¹ Chalhoub, S. *Ibid*, 1996, p.161.

²⁶² Chalhoub, S. *Ibid*, 1996, p.162.

²⁶³ Schwarcz, L. *Uma história de mosquitos: febre amarela ontem e hoje*. Nexo Jornal. 12 de fevereiro de 2018. Disponível em <<https://www.nexojornal.com.br/columnistas/2018/Uma-hist%C3%B3ria-de-mosquitos-febre-amarela-ontem-e-hoje>>. Acessado em outubro de 2019.

racial e religiosa, que se traduziam na repressão policial a todo tipo de expressão cultural e popular de raiz africana: a capoeira, o samba, o carnaval e o candomblé também eram amplamente perseguidos e vestiam a população negra com o estigma da preguiça, da imundície e da vadiagem²⁶⁴. Assim, as diferenças se inscreviam na Capital da República justamente a partir de suas tensões. A subjetividade na pós-colonialidade passava a ser produzida a partir de uma subjetivação racista, que perpetuaria por séculos o sofrimento psíquico²⁶⁵ de toda uma população que permanecia mentalmente colonizada, em maior ou menor medida, de acordo com a cor da sua pele. Como aponta Luiz Antonio Simas, “o controle dos corpos sempre foi parte do projeto de desqualificação das camadas historicamente subalternizadas como produtoras de cultura”²⁶⁶, projeto este que está na base “da repressão aos elementos lúdicos e sagrados do cotidiano dos pobres, dos descendentes dos escravizados e de todos que resistem ao confinamento dos corpos e criam potência de vida”²⁶⁷.

A intensa rejeição à prática da vacinação por parte dos povos de origem africana é vista por Sidney Chalhoub como um importante elemento na contabilização das causas da revolta. Os relatos da época supõem que estes povos praticavam a variolização ancestralmente, como parte de um ritual de culto à Omulu, o Orixá protetor da Terra e das bexigas, senhor da vida e da morte, da doença e da cura. Na cultura iorubá, Omulu, ou Obaluaê, é retratado como um Orixá que teria nascido

²⁶⁴ Luiz Antonio Simas conta que, em 1892, o carnaval foi transferido de fevereiro para junho, sob a justificativa sanitária de que “o verão era mais propício ao horror de epidemias mortais no Rio de Janeiro, mais fáceis de ocorrer com todo mundo amontoado nas ruas”. A proibição não foi cumprida e a população fez sua festa duas vezes, em junho e em fevereiro do ano seguinte. Não obstante, Simas também ressalta que em 1904, 1907 e 1912 a festa foi proibida nas proximidades do bairro da Penha, espaço onde, depois do carnaval, localizavam-se as maiores manifestações de cultura popular, reunindo samba, capoeira, rezas, comidas e cantos que buscavam suas origens na herança do povo africano. A proibição do samba e a ordem de prisão para os praticantes de capoeira eram práticas comuns na tentativa de desmobilização da Festa da Penha. No final da década de 1920 a proibição voltaria à pauta do Conselho Municipal da cidade, que sugeria a extinção da festa para acabar com os distúrbios gerados pela manifestação popular (ver Simas, Luiz Antonio. *Ibid.* 2019, p.102, 121-123). Cabe lembrar também que, em 2019, o bairro da Penha novamente foi alvo de proibição de manifestações culturais, quando da prisão do DJ “Rennan da Penha”, acusado de associação com o tráfico de drogas por organizar o “Baile da Gaiola”, maior baile funk realizado na cidade do Rio de Janeiro. Apesar da tentativa de proibição com a prisão do DJ em segunda instância, nenhuma política pública para organização e regulamentação dos bailes, bem como estabelecimento de atividades culturais em áreas periféricas foi proposta pela prefeitura da cidade.

²⁶⁵ Maia, Kenia Soares; e, Zamora, Maria Helena Navas. *O Brasil e a Lógica Racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo*. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 30, n.2, p. 266, 2018.

²⁶⁶ Simas, Luiz Antonio. *Ibid.* 2019, p.110.

²⁶⁷ *Idem.*

doente, “com o corpo coberto de feridas nojentas, cheias de pus”²⁶⁸. Em sua história, o corpo marcado pelas cicatrizes da doença geralmente é relatado como o motivo de desprezo dos demais, o que teria despertado a ira de Omulu e o levado a libertar “os piores flagelos deste mundo, as forças mais temidas pelos homens e por todas as criaturas viventes”²⁶⁹. As semelhanças entre as descrições da doença de Omulu e as pústulas de pus da varíola que se manifestavam nos indivíduos infectados levam a crer que o Orixá fosse o protetor da doença, sendo referido também como o “Santo da Varíola”²⁷⁰. Chalhoub destaca em relatos de 1904, a proximidade dos locais de culto do candomblé com os cortiços que foram postos abaixo²⁷¹, localizados nas regiões da Gamboa e Saúde – onde a resistência, sobretudo na figura negra do líder popular da revolta, o estivador e capoeirista Prata Preta, se fez mais famosa. Neste sentido, a relutância em se vacinar também seria originária da percepção de uma afronta ao culto a Omulu e as práticas sagradas de suas tradições. Não obstante, a revolta colocava a população pobre e negra em um lugar que era considerado pelos governantes como ainda mais primitivo. Apesar de ser aquela que mais sofria com as medidas autoritárias da biopolítica brasileira, era a essa mesma população que se atribuía a responsabilidade por agir “contra o progresso e a civilização” na capital do país.

Expressão própria da conflitiva e híbrida realidade pós-colonial encarada pelos países em desenvolvimento, o confronto entre princípios antagônicos que regem a vida política se traduzia, assim, na relação entre a adoção fácil da normatividade europeia e o enfrentamento passional e violento de sua aplicação prática. Se em sua concepção ideológica, as ideias liberais europeias já deslocavam e disfarçavam antagonismos de uma hierarquização social em termos de raça, gênero e classe, como um “engano involuntário e bem fundado nas aparências”, nas ex-colônias a emulação de uma arte de governo liberal passava, “na falta de outro termo, a penhor intencional duma variedade de prestígios com que nada tem a ver”²⁷², intensificando ainda mais os mecanismos de segurança a que o Estado recorre para o controle de sua população. Visando o alcance de uma modernidade europeia

²⁶⁸ Costa, R. *Odara, tudo que é bom e bonito!* São Paulo: Edições Barbatana, 2ªed., 2018, p.65.

²⁶⁹ Costa, R. *Ibid.* 2018, p.68.

²⁷⁰ Chalhoub, S. *Ibid.* 1996, p.142.

²⁷¹ Chalhoub, S. *Ibid.* 1996, p.142.

²⁷² Schwarz, Roberto. *Ibid.* 2014, p.53.

inatingível e irreplicável em sua integridade, o Estado brasileiro passava, portanto, a funcionar “fora do lugar”, para citar Roberto Schwarz²⁷³.

A partir de Foucault, é possível compreender que a passagem para a biopolítica se torna viável apenas quando as relações entre o indivíduo, a sua comunidade e a comunidade internacional deixam de ser iminentemente problemáticas. O papel do Estado como regulador de um equilíbrio econômico e social, como a entidade que controla, gerencia e polícia o corpo e a vida dos indivíduos tal como definido por Foucault, só se torna possível quando o elemento de alteridade é colocado para fora do Estado-nação europeu. Isto quer dizer, se a liberdade de mercado agiu como o instrumento de garantia para o enriquecimento “recíproco, correlativo e mais ou menos simultâneo de todos os países da Europa”²⁷⁴ – garantindo um relativo equilíbrio e possibilitando que os europeus pela primeira vez se reconhecessem a partir de uma unidade econômica, como “sujeitos econômicos do mundo”²⁷⁵ –, é importante lembrar que isso só foi possível a partir da expansão ultramarina e da criação de um mercado globalizado cujo pilar principal era sustentado pela escravização de indígenas e africanos nas colônias europeias.

Ou seja, o reconhecimento de um “Estado de Direitos” – que age de acordo com a lei e dentro de um sistema de leis – faz parte de uma construção social e política muito particular à realidade europeia, cuja jurisdição não se estendia ao território colonial. Construção essa que, segundo Foucault, representou em sua origem uma posição alternativa ao despotismo e ao Estado policial²⁷⁶, pois restringia, em alguma medida, as ações do poder público de acordo com os limites das leis, admitindo a possibilidade de arbitragem judicial entre cidadãos e autoridades públicas²⁷⁷. Assim, a biopolítica no Estado europeu normaliza e equilibra a população a partir de uma noção de civilidade, que é construída graças à imaginação do *outro* não-

²⁷³ *Idem.*

²⁷⁴ Foucault, M. “24 January 1979”, in: *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège De France, 1978-1979*, ed., Michael Senellart (New York: Palgrave Macmillan, translated edition, 2008), p.55. Tradução livre realizada pela autora.

²⁷⁵ *Idem.*

²⁷⁶ Para Foucault, o despotismo se refere a qualquer injunção feita pelas autoridades públicas que se origina na vontade do soberano. O estado policial, por outro lado, é um sistema no qual não há diferença de tipo, origem, validade e efeito, entre as prescrições gerais das autoridades públicas (as leis) e as decisões conjunturais dessas mesmas autoridades (as regras e regulamentos). Foucault, M. *The Birth of Biopolitics. Ibid*, 2008, p.168.

²⁷⁷ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics. Ibid*, 2008, p.170.

européu, selvagem, indomável. Além disso, no contexto da biopolítica e da arte de governo liberal, este mesmo Estado de Direito tem a possibilidade de formular certas medidas de caráter geral, que devem permanecer estritamente formais e sem um fim específico. Sua função, portanto, é a de dizer aos indivíduos o que se deve ou não fazer; consagrando assim o papel do Estado como o regulador geral do comportamento humano em função de uma ordem que preza pela suposta espontaneidade dos processos econômicos²⁷⁸. Uma ordem instaurada em prol da regulação e sobrevivência do mercado europeu, em prol da manutenção da ordem liberal.

No contexto da vacinação compulsória de 1904, é possível perceber que a saúde é tratada como um componente fundamental para diminuir o atraso e promover o desenvolvimento e a modernização de um povo. A questão que se colocava, no entanto, era sobre a que parcela desse povo a modernização se destinava, já que a saúde não era compreendida como uma questão social e política. Naquela época, as ações violentas do Estado encontravam justificativa ao tratar da saúde não como uma responsabilidade coletiva, que carece da participação e do engajamento social no desenho das políticas públicas, mas sim como um problema individual e, sobretudo, *de cor*, já que as causas da epidemia eram justificadas também na suposta inabilidade de pobres e negros/as em seguir regras de higiene. Diferentemente da experiência europeia, a existência de uma comunidade política que partilha dos mesmos direitos e deveres cidadãos não se configurou no terreno pós-colonial, e a sua formação parece ser a todo custo impossibilitada. O domínio da lei estabelecido a partir de elites que se aliam aos interesses e costumes da metrópole, recai sobre o personalismo e patrimonialismo daqueles que se consideram civilizados apenas por possuir determinada característica fenotípica, isto é, pelo grau de brancura que atingem. Assim, diferentemente do sujeito de direitos do Estado moderno europeu, que supostamente funcionava sob a díade direito/dever e autorregulava suas ações a partir da imposição e cumprimento da norma, o sujeito pós-colonial tem se orientado, desde o princípio, pela ausência do reconhecimento da norma como uma diretriz válida para todos²⁷⁹. Afinal,

²⁷⁸ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics*. *Ibid*, 2008, p.174.

²⁷⁹ Cabe ressaltar que, quando me refiro ao reconhecimento e cumprimento da norma nos Estados europeus, a intenção não é oferecer uma análise generalista. Nos Estados europeus ou em qualquer outro lugar do mundo, as normas não se cumprem em totalidade e enfrentam diversos tipos de

como instrumento de trabalho, o escravo tem um preço. Como propriedade, tem um valor. Seu trabalho responde a uma necessidade e é utilizado. O escravo, por conseguinte, é mantido vivo, mas em “estado de injúria”, em um mundo espectral de horrores, crueldade e profanidade intensos. (...) A vida do escravo, em muitos aspectos, é uma forma de morte-em-vida²⁸⁰.

Neste sentido, o Estado brasileiro que começava a se consolidar em bases republicanas no início do século XX, sofria um desajuste “ao qual estávamos condenados pela máquina do colonialismo, e ao qual, para que já fique indicado o seu alcance mais que nacional, estava condenada a mesma máquina quando nos produzia”²⁸¹. A impraticabilidade das ideias liberais no contexto pós-colonial não foi considerada suficiente para descartá-las, já que violentamente se convencionou admitir o conhecimento ocidental e europeu como dominante. Ao mesmo tempo, tal processo pós-colonial – cujo conjunto foi e é internacional, fruto de um resultado histórico como o colonialismo e das relações nada automáticas que este acarreta – detém sua originalidade naquilo em que o diferencia do processo europeu. Como afirma Schwarz, se o vocabulário de tal ideário liberal é o mesmo, a comparação e a distância na sua aplicação prática não o são, tornando seu efeito incerto²⁸².

Isto nos leva a refletir, portanto, sobre as formas nas quais a ação individual e a sua subjetividade se manifestam na pós-colonialidade. Como já bem exposto por Foucault, o momento de formação da biopolítica é o momento de transformação da economia política e da ascensão do liberalismo clássico como uma nova arte de governar. Neste momento, que começa na evolução da medicina e do conhecimento estatístico sobre a população no século XVIII, o *homo oeconomicus* é caracterizado por Foucault²⁸³ como o sujeito que se orienta a partir das normas que regem as trocas no mercado, e as suas escolhas se dão visando a utilidade da troca perante suas necessidades individuais, ou seja, por meio do oferecimento de seus bens e força de trabalho em troca daquilo que necessita.

O que isso parece nos indicar, contudo, é a existência de uma *dupla subjetividade* na pós-colonialidade brasileira, que se origina no conflito entre o sujeito que se quer

resistências. A diferença colocada aqui reside no peso que se atribui à norma e à sua função social na Europa, e a sua percepção e adoção no terreno pós-colonial.

²⁸⁰ Mbembe, A. *Necropolítica*. *Ibid*, 2018, p.28-29.

²⁸¹ Schwarz, Roberto. *Ibid*. 2014, p.59.

²⁸² Schwarz, Roberto. *Ibid*. 2014, p.63.

²⁸³ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics*. *Ibid*, 2008, p.225.

autônomo e liberal, e o indivíduo que é por ele objetificado. Neste sentido, ao *sujeito branco, supostamente autônomo*, é permitida a produção de uma subjetividade que se pretende moderna, mas que no fundo, almeja recolonizar a vida política no momento pós-independência. Este é o sujeito característico de uma elite que vive de favores, que se pressupõe europeia ou descendente longínqua da nobreza portuguesa de acordo com o seu grau de brancura, mas que, diante das relações de poder internacionais, permanece vista aos olhos europeus como “bárbara” e “selvagem”.

Dessa forma, na realidade pós-colonial brasileira as escolhas visando alcançar necessidades individuais parecem se dar, fundamentalmente, pela reconfiguração dos corpos negros e mestiços como objetos, como bens de capital, pela parcela branca da população. Mesmo com a abolição da escravatura, o sujeito negro é atualizado como um *sujeito objetificado*, um subalterno cuja subjetividade é marcada por políticas que pressupõe a sua incapacidade de agir e pensar, ou seja, de se tornar um agente autônomo, equivalente ao sujeito liberal detentor de direitos. Ainda assim, isso não significa, obviamente, que este sujeito, apesar de constantemente subalternizado, não pudesse agir: sua ação emerge de maneira substantiva no momento da Revolta, na resistência de suas expressões culturais e religiosas, a despeito dos constrangimentos sociais, jurídicos e econômicos pelos quais passava.

3.2.2 O Movimento Eugênico Brasileiro (1910)

Vimos até aqui, que as elites brasileiras que produziram a independência encontraram sua legitimação internacional através de sua apresentação como o núcleo “civilizado” de um país bárbaro, oferecendo estratégias de recolonização que garantissem a manutenção do traço racializado em suas políticas. A derrota da Revolta da Vacina, por sua vez, representaria relativo sucesso, trazendo anos mais tarde o êxito no combate às epidemias e avanços no campo da microbiologia. O sucesso na incorporação das novas tecnologias no cuidado da saúde passou então a ser considerado também no quadro geral das preocupações intelectuais com a nacionalidade, que via nas teorias científicas a possibilidade do melhoramento humano. Aqui, a biopolítica pôde ser mobilizada como um instrumento

fundamental para a atualização de um sistema racializado de poder, cujo objetivo final parece ter sido produzir diferenciações domésticas que permitissem a constante recolonização de parte da sociedade. A Revolta em 1904 concederia, aos sanitaristas da época, “o argumento do estado de ‘selvageria’ em que se encontrava o povo da capital da República”²⁸⁴. Não obstante, poucos anos após o contexto de sublevação social da Revolta, surgiria no Brasil a eugenia, seguida da promessa de regeneração das classes populares a partir da higiene e da educação elementar, atraindo a atenção de intelectuais de áreas diversas

prontos a debatê-la e relacioná-la às questões que reconheciam como candentes em sua época, como a determinação das causas do ‘atraso nacional’ e as formas ‘cientificamente seguras’ de saná-las, soluções que variavam, obviamente, em função de perspectivas teóricas e ideológicas²⁸⁵.

Longe de ser um movimento isolado na sociedade brasileira, a eugenia teve grande influência científica na segunda metade do século XIX, sendo estimulada nos círculos intelectuais europeus por nomes como o francês Joseph Arthur de Gobineau e o inglês Francis Galton. Preocupado em como lidar com a miscigenação e a partir do surgimento de ideais democráticos no contexto da Revolução Francesa, Gobineau percebia as contradições na manutenção de privilégios em uma forma de organização social cujas ordens familiares e linhagens reais perdiam seu valor. Assim, seus escritos tentavam determinar novas formas de distinção, hierarquizando a sociedade a partir de uma justificativa racial que se pretendia científica. Como ressalta Maia e Zamora, mestiço ele próprio por ter pai francês e mãe de origem “*créole*”, Goubineau condenava a prática da mestiçagem e defendia que as características individuais e educacionais de um povo poderiam ser mantidas nobres e honradas por meio da aprendizagem, pela negação de comportamentos considerados degenerados e atribuídos à plebe²⁸⁶ e pela manutenção dos elementos culturais de determinada cultura considerada superior – o que, para ele, dava-se a partir da expansão dos povos germânicos no povoamento da Europa, com a disseminação da cultura ariana²⁸⁷. Goubineau teria ainda um papel de destaque e influência no aparelho de Estado brasileiro, já que em 1869 é designado, contra sua

²⁸⁴ Diwan, Pietra. *Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo*. 2ª ed., 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2020, p.92.

²⁸⁵ Bonfim, P. R. *Educação Eugênica: as recomendações de Renato Kehl a educadores, pais e escolares*. *History of Education in Latin America – HistELA*, v. 2, e17449, 2019, p. 2.

²⁸⁶ Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 270.

²⁸⁷ Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 269.

vontade, como Ministro da França no Brasil, tendo sido recebido entusiasmadamente pelo imperador D. Pedro II. Aclamada pelas altas classes do país, a lógica racial defendida por Gobineau se inseriu por aqui com sucesso, e foi utilizada como suporte para questões políticas e econômicas, além de servir como terreno para a legitimação de suas ideias, favorecidas pelo bom relacionamento com o imperador²⁸⁸.

Contudo, é por meio do evolucionismo científico e biológico de Francis Galton que a eugenia pôde consolidar sua autoridade, configurando uma forma de racismo científico. Tendo como base a aplicação da teoria darwinista da seleção natural aos seres humanos, a eugenia proposta por Galton alargava a concepção de Gobineau ao partir da presunção de que eram os genes os responsáveis por perpetuar o intelecto de um povo. Seus esforços iam na tentativa de comprovar que o intelecto era hereditário, e, portanto, era preciso eleger na sociedade os melhores homens e mulheres que dispunham das melhores características físicas. A luta pela vida era transformada em uma permanente competição, na qual só os mais bem “adaptados” e “equipados” biologicamente sobreviveriam. A eugenia – palavra que deriva do grego e significa “bem-nascido”²⁸⁹ –, tornava assim a concepção do processo civilizacional um sinônimo de branqueamento. Isto permitia, mais uma vez, que as leituras eurocêntricas sobre os corpos negros não os considerassem como iguais, mas como corpos de um povo primitivo, degenerado e excluído da sociedade. Como afirma Pietra Diwan, a eugenia considerava que permitir que o menos “apto” viva era permitir um tipo de *parasitismo*; assim, suas teorias fundamentavam-se, portanto, na “eliminação do *fardo social* que sobrecarrega o Estado” como forma de garantir o progresso da civilização²⁹⁰.

A eugenia galtoniana ficou conhecida como “eugenia positiva”, por ter como objetivo “estimular casamentos entre os ‘bem dotados biologicamente’”, além de desenvolver “programas educacionais para a reprodução consciente de casais saudáveis, desencorajando casais com caracteres supostamente ‘inferiores’ de

²⁸⁸ Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 272.

²⁸⁹ Souza, Vanderlei Sebastião de. *As Ideias Eugênicas no Brasil: ciência, raça e projeto nacional no entreguerras*. Revista Eletrônica História em Reflexão: Vol. 6 n. 11 – UFGD - Dourados jan/jun 2012.

²⁹⁰ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.37.

procriar”²⁹¹. A versão considerada negativa da eugenia apresentava propostas ainda mais extremas, com a radicalização do aperfeiçoamento da raça branca sendo associada à prevenção do nascimento daqueles considerados “‘indesejáveis’ biológica, psicológica e socialmente através de métodos mais ou menos compulsórios”²⁹². Diwan relata que, em sua face mais radical, a eugenia defendia a esterilização, consentida ou não; a segregação eugênica, incluindo o confinamento em sanatórios; a exigência de licenças para a realização de casamentos; e a imposição de leis de imigração restritivas. Suas medidas resultavam, por definição, na imposição de práticas como a eutanásia, o infanticídio e o aborto²⁹³.

Acompanhando a discussão intelectual europeia, a introdução das teorias raciais no Brasil já apontava, desde finais do século XIX, que as preocupações com a população brasileira passavam pelo desafio de lidar com o suposto “atraso” e os “perigos” que a miscigenação com as populações negras e indígenas supostamente impunha ao país. A percepção da mestiçagem como um fator de preocupação social que “degenerava” a superioridade dos genes brancos europeus esteve aliada à construção das políticas de Estado no Brasil, de modo a associar a delinquência às características fenotípicas de sua própria população. Assim, as discussões sobre nacionalidade são ampliadas no período da primeira república, “pois para boa parte dos eugenistas brasileiros, o país era ainda uma nação sem ‘povo’”²⁹⁴. Não obstante, as primeiras ações organizadas do Movimento Eugênico Brasileiro tiveram lugar na São Paulo de 1910, sob a forma de conferências e reuniões de intelectuais ao redor da temática. Àquela época, convencionava-se acreditar que a população brasileira, em grande maioria negra ou mestiça, pobre e analfabeta, era aquilo que prejudicava o país a tornar-se uma nação desenvolvida, afastando-o da tão desejada modernização que nunca chegava. Sob a justificativa da “modernização” da sociedade e do reparo do atraso, o movimento eugenista brasileiro abrigou concepções divergentes, que misturavam propostas de reforma sanitária e educacional com ideologias racistas, estabelecendo recomendações de políticas públicas no controle do matrimônio e da reprodução humana, passando também

²⁹¹ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.50.

²⁹² Diwan, Pietra. *Idem.*

²⁹³ Diwan, Pietra. *Idem.*

²⁹⁴ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.96.

pela defesa da segregação racial e da esterilização sumária de mulheres negras – práticas essas, que encontrariam fôlego e apoiadores durante todo o século XX²⁹⁵.

Ainda que impraticáveis, devido ao enorme contingente populacional miscigenado no país, as ideias europeias e seus princípios seriam adotados e adaptados sob a fórmula de novas teorias raciais, norteadoras da organização pública, das normas de comportamento religioso, familiar, de trabalho e educação no Brasil. Assim, em 1918, a imprensa brasileira comemoraria²⁹⁶ a fundação da Sociedade Eugênica de São Paulo, contando com a participação expressiva de cerca de 140 associados, compostos por membros da alta sociedade paulistana²⁹⁷. No mesmo ano também seria fundada a Liga Pró-Saneamento do Brasil²⁹⁸. Em 1922, era fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, comprometida com os fatores “da higiene da raça e a vitalidade da nação”²⁹⁹. Esta última elevava as preocupações com a raça, ao incluir na defesa de uma mentalidade branca, preocupações com “vícios sociais” que implicavam em esterilizações compulsórias daqueles/as considerados/as degenerados/as, equiparando “no mesmo nível fenômenos de natureza distinta, como a miséria e a loucura”³⁰⁰. Entre os intelectuais mais famosos que se dedicavam à teorização e divulgação da eugenia no Brasil, estavam em grande maioria médicos como Renato Kehl, Belisário Penna, Nina Rodrigues, Vital Brazil, Afrânio Peixoto, Alfredo Ellis, Miguel Couto, Arnaldo Vieira de Carvalho, Luís Pereira Barreto e personalidades como o cientista Artur Neiva, o sociólogo Oliveira Viana e o escritor Monteiro Lobato, entre outros.

As ideias eugenistas não eram exclusivas e populares apenas no sudeste do país, mas também possuíam registro nos estudos dos médicos da Escola Nina Rodrigues, na Faculdade de Medicina de Salvador, onde se defendia arduamente a existência de uma conexão entre a mistura de raças e as manifestações de loucura, criminalidade e doença na sociedade. Para Kenia Soares Maia e Maria Helena Zamora, foi a partir das classificações de Nina Rodrigues em “As raças humanas e

²⁹⁵ Souza, Vanderlei Sebastião de. *Idem*

²⁹⁶ Segundo Pietra Diwan, o jornal O Estado de São Paulo foi lócus de diversas notas e matérias escritas pelos participantes da SESP, assim como notificava com notável entusiasmo o acontecimento das reuniões da sociedade. Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.98.

²⁹⁷ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.97.

²⁹⁸ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.100.

²⁹⁹ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.103.

³⁰⁰ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.104.

a responsabilidade penal no Brasil” (1894), que se cristalizou a concepção de que a criminalidade no Brasil era um atributo de “selvagens”, representados preconceituosamente nos povos indígenas e negros. Buscando catalogar as manifestações criminosas dos mestiços, Rodrigues identificara três tipos de responsabilização penal: (i) aquela em que os mestiços, superiores pela predominância da raça civilizada branca, deveriam ser julgados e responsabilizados penalmente; (ii) aquela em que os mestiços degenerados pela determinação de “anomalias físicas” e/ou desprovidos de “faculdades intelectuais e morais”, deveriam ter as variedades “doentias” da espécie estudadas e responsabilizados de acordo, total ou parcialmente; e (iii) aquela em que “mestiços comuns”, “socialmente aproveitáveis”, considerados superiores às raças selvagens, mas degenerados pela miscigenação, “se encontravam na iminência de cometer ações antissociais, pelas quais não poderiam ser totalmente responsáveis”³⁰¹. Todas as classificações reiteravam, portanto, um caráter irreparável do/a retinto/a e do/a mestiço/a na sociedade, bem como seu potencial danoso à vida em sociedade.

O grande volume de teorias e produções eugênicas no Brasil se deu entre as décadas de 1910 e 1930, justamente o período final da Primeira República. Em suma, os escritos do médico Renato Kehl o tornaram patrono do movimento, já que reforçavam as ideias racistas de que os negros não poderiam ser vistos com o mesmo status e valor que outros seres humanos, sendo frequentemente identificados pelo cientista como pessoas com capacidades cognitivas limitadas e pouco higiênicas. Baseando-se no mito da pureza sanguínea e numa suposta superioridade racial que nunca fora comprovada, a eugenia lograva, assim, perpetuar a herança da hierarquização racial para além do período colonial. Ligado às tentativas anteriores de gerar um embranquecimento da população, o movimento eugênico liderado por Kehl propunha um engenhoso mecanismo civilizatório que regulasse a sociabilidade do povo negro no país e que fosse capaz de combater “vícios”, doenças e práticas culturais consideradas hereditárias por meio (i) do estabelecimento de regras de higiene individual e familiar, como a educação sexual, a legislação matrimonial, o exame médico pré-nupcial e o controle da natalidade; e

³⁰¹ Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 276.

(ii) do controle e da condução de comportamentos morais, regulando o uso do álcool e do tabaco, bem como da prostituição e da criminalidade³⁰².

Visando o apagamento do povo negro como um sujeito de direitos na sociedade brasileira, os ideais eugênicos conjugaram sanitarismo, educação, segurança pública e psiquiatria para subjugar grande parte uma população em todas as esferas imagináveis da vida política, econômica e cultural do país. Dessa forma, as teorias eugenistas passaram também a servir de apoio às novas políticas migratórias³⁰³, que buscavam no imigrante europeu a substituição “ideal e civilizada” para a força de trabalho negra, além de servir como elemento de obliteração da herança escravocrata. A este respeito, Maia e Zamora apontam o trabalho de Oliveira Viana como um marco, uma vez que a sua defesa de um branqueamento progressivo e da redução da população negra traduzia-se em proposta de política pública, em uma “saída civilizatória” para o país, na qual a seleção progressiva transformava a extinção do negro em um fenômeno natural para se modernizar a República³⁰⁴ – “uma seleção social, uma seleção patológica e uma seleção econômica: ou, mais expressivamente: o açoite, o álcool e a má alimentação”³⁰⁵. Pouco a pouco, o ambiente fabril, que marcava a modernização via industrialização na grande São Paulo, também se descolava da maior parte da população; mesmo anos após o fim da escravidão, a população negra não era considerada mão de obra qualificada³⁰⁶, apta a operar máquinas e a obter um serviço remunerado.

A influência dos pensamentos eugenistas nas políticas públicas é notória, uma vez que boa parte das personalidades e intelectuais do movimento ocupavam cargos de poder no Estado brasileiro³⁰⁷. Em 1918 a cadeira de higiene foi instituída como

³⁰² Souza, Vanderlei Sebastião de. *Por uma nação eugênica: higiene, raça e identidade nacional no movimento eugênico brasileiro dos anos 1910 e 1920*. Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 146-166, jul/dez 2008.

³⁰³ Santos, A. *Ibid.* 2019, p.36.

³⁰⁴ Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 278.

³⁰⁵ Oliveira Viana *apud* Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 278.

³⁰⁶ Um nítido exemplo é a institucionalização, anos mais tarde, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) pelo governo Vargas em 1944. Como afirmam Maia e Zamora, mesmo depois da promulgação das leis trabalhistas, “a situação do negro não se modificou consistentemente, devido ao processo de desqualificação de sua mão de obra para a indústria”. A CLT atendia, em princípio, “à pressão imposta pelos movimentos operários de cunho anarquista, trazidos pelos italianos, a maioria dos imigrantes europeus neste período. Segundo Fernandes, os italianos formavam mais de 82% da população trabalhadora de São Paulo em 1893”. Ver Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 268.

³⁰⁷ Este é o caso da biografia do próprio Renato Kehl: em 1920, foi nomeado para a Inspeção dos Serviços Contra a Lepra e Doenças Venéreas, empreendendo iniciativas na área da higiene; no

disciplina da Faculdade de Medicina de São Paulo, e em 1924, ela transformar-se-ia no “Instituto de Hygiene”³⁰⁸, resultado de um acordo entre o Governo de São Paulo e a Junta Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, órgão que desempenhou papel fundamental na formulação da política sanitária brasileira, sendo a educação a prioridade na sua pauta de ações³⁰⁹. Em 1931, é fundada a Comissão Central Brasileira de Eugenia, que coadunava ações de higiene, saneamento e educação como pilares fundamentais das políticas públicas; e em 1934, a Constituição Brasileira garantiria no art. 138, o estímulo da educação eugênica em todos os espaços controlados pela União, estados e municípios³¹⁰. Segundo Maia e Zamora, além de produzir o sofrimento psíquico e social, a permanência de uma estrutura racista no conjunto das instituições republicanas – como o judiciário, o sistema educacional, as leis e as políticas públicas –, permitiu a sustentação de uma hegemonia da brancura que “marca privilégios por parte da população branca e inviabiliza o acesso da população negra”³¹¹.

Dessa forma, a eugenia pôde se instalar no Brasil desde o início da República, como marca e marco de um pensamento que vê a população como um inimigo, cujo *outro* é internalizado e pertence ao próprio território nacional. Ao ser incorporado no sistema internacional como uma nação econômica e socialmente atrasada, o Brasil viu, para citar Schwarz, “a sua ligação ao novo se faz[er] *através*, estruturalmente através de seu atraso social, que se reproduz em lugar de se extinguir”³¹². Assim, as teorias raciais fundamentaram não apenas a construção do Estado na passagem para o novo século e para a nova forma de se administrar o governo, mas representaram também a busca por uma identidade nacional que a todo custo visa se aproximar da modernidade e da *branquitude*³¹³ europeia, condenando negras/os, mestiças/os e

mesmo ano, tornou-se membro titular da Société Française d’Eugenie pelo mérito de seus esforços em favor da eugenia; em 1927, deixou o serviço público para assumir a dire o da Química Bayer no Brasil, por intermédio da qual realizou visitas à sede, na Alemanha, onde pode se aproximar de uma perspectiva mais radical da eugenia; em 1932, Kehl foi eleito para uma cadeira na Academia Nacional de Medicina, tomando posse no ano seguinte; mais tarde, durante a ditadura civil-militar em 1968, tornou-se membro emérito devido sua atividade médica e científica “em prol da pátria”. Ver Bonfim, P. R. *Ibid.* 2019, p. 8.

³⁰⁸ Diwan, Pietra. *Ibid.* 2020, p.115.

³⁰⁹ Bonfim, P. R. *Ibid.* 2019, p. 7.

³¹⁰ Santos, A. *Ibid.* 2019, p.37.

³¹¹ Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 280.

³¹² Schwarz, Roberto. *Ibid.* 2014, p.28.

³¹³ Nesta tese, o termo será compreendido a partir da defini o dada por Djamila Ribeiro, que entende como “branquitude” a ideia de um sujeito universal cuja brancura “também é um traço identitário, porém marcado por privilégios construídos a partir da opressão de outros grupos”. Neste

indígenas à um papel de inferioridade intelectual. Tal processo, além de constranger institucionalmente o seu acesso a um conjunto de bens sociais e direitos cidadãos, tem determinado à maior parte da população brasileira a perpetuação da violência psíquica, uma ação que se dá a partir da continuidade da negação, em amplo aspecto, de sua existência enquanto comunidade política.

Apesar de ter sido veementemente rechaçada no cenário internacional quando as barbaridades do Holocausto ganharam conhecimento público, no Brasil, as medidas eugênicas nunca foram explicitamente condenadas. A pouca reparação histórica engendrada nas últimas décadas com as políticas de cotas, com a assistência prestada via programas sociais como o Bolsa Família, e a implementação de um sistema de saúde universal são exemplos ínfimos quando comparados ao tamanho do dano que tais teorias raciais causaram na subjetivação do sujeito brasileiro na pós-colonialidade. Até hoje, os intelectuais que abriram caminho para o pensamento eugênico dão nomes a ruas, institutos de pesquisa, escolas e hospitais. Apesar de já não ser mais um saber validado cientificamente, sua produção tampouco é rechaçada. Seus efeitos, no entanto, ainda se fazem sentir na sociabilidade do povo negro, no *colorismo*³¹⁴ da sociedade, na perpetuação da figura negra como criminosa e nos diferentes tratamentos que a hierarquização social pela cor da pele pode proporcionar, consolidando uma verdadeira colonização mental da população até os dias de hoje.

sentido, a branquitude reflete “a posição social do privilégio [que] vem marcada pela violência, mesmo que determinado sujeito não seja deliberadamente violento”. Ver Ribeiro, Djamilia. *Pequeno Manual Antirracista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, p.33.

³¹⁴ Para Maia e Zamora, o colorismo é um reflexo da política do branqueamento e sua atualização na contemporaneidade, pois dificulta que o negro se reconheça como negro, que reconheça sua ancestralidade, cultura e direitos. Assim, o termo colorismo é definido pelas autoras como “um conjunto de privilégios de que pessoas negras com tons de pele mais claros desfrutam, em detrimento dos negros de pele mais escura (Banks, 2000; Moore, 2016; Mathew, 2013). Estes e outros estudos mostram que tais vantagens são vividas principalmente no mercado de trabalho, no qual pessoas escuras têm mais dificuldade em serem empregados. O desempenho escolar de alunos mais claros é maior; relatos comparados entre esses dois grupos mostram que existe maior satisfação com a autoimagem, mais facilidade em estabelecer relacionamentos e casamentos por parte dessa população”. Ver Maia, K. S.; e, Zamora, M. H. N. *Ibid.* 2018, p. 282.

3.3

Pensando a saúde hoje: necropolítica e cidadania sacrificial

“Racismo? No Brasil? Quem foi que disse? Isso é coisa de americano. Aqui não tem diferença, porque todo mundo é brasileiro, acima de tudo, graças a Deus. Preto aqui é bem tratado, tem o mesmo direito que a gente tem. Tanto é que, quando se esforça, ele sobe na vida como qualquer um. Conheço um que é médico; educadíssimo, culto, elegante e com umas feições tão finas... Nem parece preto”³¹⁵.

Como vimos até aqui, a perversidade com que o racismo estrutural silencia mais da metade da população brasileira e sacrifica de maneira brutal quase um terço dela, é a marca do sucesso da biopolítica em nossas terras. Em sua versão contemporânea, a biopolítica tem aprofundado e reconfigurado as relações entre resistência, sacrifício e terror na submissão da vida ao poder da morte, transformando-se no que Achille Mbembe veio a chamar de *necropolítica*. Para Mbembe, a necropolítica seria assim, a base normativa do direito de matar; que se intensifica com o avanço de uma arte de governo neoliberal no início do século XXI, configurando um novo tipo de ocupação colonial contemporânea, mais cruel e letal, possibilitada pelo encadeamento do biopoder com o estado de exceção e o estado de sítio. Neste sentido, a necropolítica teria como objetivo principal a dominação absoluta sobre os indivíduos, mostrando-se ainda mais letal ao restringir os indivíduos a um espaço determinado, que não distingue o inimigo interno e o externo, e no qual a noção de raça é fundamental para a determinação seletiva de quem deve morrer e de quem devemos deixar viver³¹⁶.

Com a arte de governo neoliberal, somos destituídos de humanidade para então ganharmos cifras, e gerar renda nas bolsas de valores mundo afora. A este respeito, Vergès e Mbembe convergem na percepção de que a popularização desta nova configuração da vida humana tem criado uma espécie de humanidade supérflua³¹⁷. Em suma, gera-se uma camada de gente sem direitos e sem qualquer tipo de proteção, que, por não encontrar lugar nos mercados e permanecer inútil aos olhos do capital, precisa provar que é “empreendedora de si mesmo” e tem, no próprio

³¹⁵ Gonzalez, L. (1984) *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. *Ibid.* 2019, p.237.

³¹⁶ Mbembe, A. *Necropolítica*. *Ibid.* 2018, p.48.

³¹⁷ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p. 16.

corpo e na própria família, o seu grande empreendimento. Afinal, “esse novo homem, sujeito do mercado e da dívida, vê-se a si mesmo como um mero produto do acaso”³¹⁸. Vergès e Mbembe têm chamado atenção para o fato de que o avanço do neoliberalismo permitiu que a codificação da vida seja abstraída a partir de lógicas empresariais e lucrativas, em um movimento ilimitado de atribuição de valor de mercado a toda e qualquer situação que antes encontrava valor apenas na interação social. Além disso,

os riscos sistemáticos aos quais os escravos negros foram expostos durante o primeiro capitalismo *constituem agora, se não a norma, pelo menos o quinhão de todas as humanidades subalternas*. Em seguida, essa tendência à universalização da condição negra é simultânea ao surgimento de práticas imperiais inéditas, tributárias tanto das lógicas escravagistas de captura e predação como das lógicas coloniais de ocupação e exploração, incluindo as guerras civis ou razias de épocas passadas³¹⁹.

Vergès nos lembra que a camada “supérflua” das populações frequentemente é composta por aquelas que “abrem a cidade”: mulheres racializadas que, limpando espaços, desempenhando trabalhos perigosos, mal pagos e mal qualificados, são sujeitas à utilização e inalação de produtos químicos e tóxicos agressivos à saúde, ao transporte de cargas pesadas, e ainda enfrentam horas a fio no seu deslocamento entre os mais longínquos espaços das cidades. Essas também são as mulheres que se dedicam à cozinhar, limpar e cuidar de crianças e idosos para que outros homens e mulheres, que desfrutam de melhores posições nas interseções de classe, raça e gênero, possam “trabalhar, praticar esporte e fazer compras nos lugares que foram limpos pelo primeiro grupo de mulheres racializada”³²⁰. Neste sentido, Vergès nos alerta que o copo da mulher negra é “O” proprietário do corpo invisível, aquele “cujo esgotamento é a consequência da lógica histórica do extrativismo que construiu a acumulação primitiva do capital – extração de trabalho dos corpos racializado e das terras colonizadas”³²¹.

Assim, a atual transformação dos seres humanos “em coisas animadas, dados numéricos e códigos”, é, pela primeira vez na história, um movimento generalizado,

³¹⁸ Mbembe, A. *A crítica da razão negra. Idem*.

³¹⁹ Mbembe, A. *A crítica da razão negra. Ibid.* 2018, p.17, *Grifos meus*.

³²⁰ Vergès, Françoise. *Um feminismo decolonial*. Traduzido por Jamille Pinheiro Dias e Raquel Camargo. São Paulo: Ubu editora, 2020, p. 18-19.

³²¹ Vergès, Françoise. *Ibid.* 2020, p. 19.

em que “o substantivo negro deixa de remeter unicamente à condição atribuída aos povos de origem africana durante a época do primeiro capitalismo”³²². Para Mbembe, essa nova condição humana “fungível e solúvel” imposta pela financeirização da vida, permite a institucionalização e a generalização de um padrão de vida já conhecido há séculos pelo povo negro, o qual identifica como “o *dever-negro do mundo*”³²³. Isto não significa, no entanto, que o povo negro deixa de ocupar o epicentro das iniquidades sociais; mas passa a significar que, entre socializarmos nossos bens e direitos enquanto sociedade, escolhemos cada vez mais, compartilhar ausências e expandir a precarização da vida.

Ainda que a ideia de raça há séculos tenha se mostrado uma ficção lucrativa às custas das vidas do povo negro, ela é agora mobilizada como ativo financeiro, fazendo não só com que o racismo permaneça lucrativo, mas com que sua ampliação se torne necessária para a reprodução da exploração humana em sua capacidade máxima. Daí que o fenômeno da racialização tem se espalhado para incluir também pessoas não brancas e não ocidentais, imigrantes, refugiados, e todos aqueles classificados como *os/as Outros/as* de acordo com costumes, religiões, idiomas, que não se enquadrem no crivo da cultura ocidental europeia. Afinal, raça sempre foi um construto social, um termo fluído e uma ficção fragmentada, criada “para significar exclusão, embrutecimento e degradação”³²⁴. Ainda que a ideia de raça não exista “enquanto fato natural físico, antropológico ou genético”³²⁵, a sua consolidação como uma verdade ocidental e uma caricatura selvagem do povo negro, foi imprescindível para a invenção de um “ser humano dotado de direitos civis e políticos, permitindo-lhe exercer seus poderes privados e públicos como pessoa, como cidadão pertencente ao gênero humano”³²⁶ ao mesmo tempo em que se construía em oposição e sob a negação do/a Outro/a, frequentemente pintado a partir de uma ficção animalesca, da sua construção como uma figura dotada de “incapacidade jurídica”³²⁷. É importante lembrar, portanto, que foram as filhas e filhos das mulheres negras aqueles vistos como mercadorias desde o início da escravidão, e que puderam ser transformados em capital humano,

³²² Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.19.

³²³ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.20.

³²⁴ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.21.

³²⁵ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.28.

³²⁶ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.29.

³²⁷ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.45.

aproximando e impedindo, por séculos, a adoção das normas liberais em territórios não europeus. Embora a arte de governo neoliberal se torne a consagração de uma visão indiscriminada do sujeito como capital humano, isso não retira os corpos negros da encruzilhada de desigualdades das quais têm de enfrentar por séculos. Historicamente, a imaginação de um perigo racial e a produção de uma cultura do medo, tem sido mobilizada como um dos pilares de constituição e consolidação das ideias modernas de liberdade, igualdade e democracia, cujas origens permanecem “inseparáveis da realidade da escravidão”³²⁸. Assim,

o negro foi de fato o elemento central que, ao permitir a criação, por meio da *plantation*, de uma das formas mais eficazes de acumulação de riquezas na época, acelerou a integração do capitalismo mercantil, da mecanização e do controle do trabalho subordinado. A *plantation* representava na época uma grande inovação, e não simplesmente do ponto de vista da privação de liberdade, do controle de mobilidade de mão de obra e da aplicação ilimitada da violência. A invenção do negro também abriu caminho para inovações cruciais nas áreas do transporte, da produção, da comercialização e dos seguros³²⁹.

Assim, a consolidação do neoliberalismo como uma nova arte de governo no século XXI tem ligação direta com o processo de individualização que tomou conta das novas percepções da saúde, das políticas públicas em saúde, e da própria ideia de cidadania, passando não só a reorientar o comportamento em sociedade, como também fundamentou suas bases em uma governança a nível global. A este respeito, é bem verdade que a necropolítica é uma estratégia e uma estrutura de isolamento, que intensifica e aprofunda as inequidades. Para Foucault, a arte de governo do final do século XX permaneceu liberal na medida em que a sua tradição permanecia centrada no *laissez-faire*. A grande mudança trazida com o neoliberalismo, seria a natureza da aplicação do princípio: enquanto o liberalismo clássico o deduzia das práticas de troca no mercado, o neoliberalismo o encontrava na concorrência deste mesmo mercado³³⁰. Mas a competição, Foucault afirma, não é o resultado de uma interação natural de apetites, instintos ou comportamentos. Na realidade, os efeitos da competição não são devidos a uma natureza preexistente, a um dado natural que ela traz consigo, eles são devidos a um privilégio formal. A

³²⁸ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.148.

³²⁹ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.45-46.

³³⁰ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège De France, 1978-1979*, ed., Michael Senellart (New York: Palgrave Macmillan, *translated edition*, 2008), Lecture of 7 February 1979, p. 119.

competição é uma essência e um princípio de formalização, configurando um jogo formal entre desiguais³³¹.

Isto posto, a formalização da competição como um atributo “natural” dos mercados só foi possível graças à contribuição jurídica para a economicização da vida – que pode garantir assim, a inversão das relações do campo social com o econômico³³². Este foi um dos fatores que marcaram a mutação de uma arte de governo liberal para uma arte de governo neoliberal. No Estado de Direitos do neoliberalismo, a normatização passa por um processo de juridificação da vida em sociedade. Ou seja, sua aplicação é economicamente orientada também no desenho e na promulgação de leis que garantem o privilégio formal, e que logram perpetuar o racismo estrutural nas sociedades.

O mais importante nessa mudança, segundo Wendy Brown, é o consequente redesenho do *demos*, ao passo que o “ataque à conscientização e à ação coletiva combinam-se com a supressão neoliberal de valores democráticos no discurso político”³³³, e se traduzem em “um desinvestimento dramático em educação, especialmente educação não técnica, e com a substituição, baseada na governança, da eficácia pela prestação de contas em matéria de políticas públicas e econômicas”³³⁴ que acabam por resultar na eliminação do poder popular no imaginário político democrático³³⁵. Assim, torna-se cada vez mais difícil pensar a vida em comunidade onde articulações coletivas como sindicatos, movimentos sociais, partidos políticos etc. são criminalizados, em contraste à glorificação da meritocracia e das conquistas individuais, tão dependentes de privilégios estruturantes para que aconteçam. Dessa forma, são as concentrações e fusões de poder neoliberais, quando combinadas com a erosão da solidariedade na base das populações, que logram alcançar uma concepção esvaziada da cidadania. Tal movimento permite, por fim, produzir uma nova estrutura de isolamento, na qual a delegação e responsabilização do indivíduo reificam a fraqueza e o sacrifício como elementos imanentes à figura de um cidadão “supostamente democrático”³³⁶.

³³¹ Foucault, M. Lecture of 7 February 1979. *Ibid.* 2008, p. 120.

³³² Foucault, M. Lecture of 7 February 1979. *Ibid.* 2008, p. 241.

³³³ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.29.

³³⁴ Brown, W. *Idem.*

³³⁵ Brown, W. *Idem.*

³³⁶ Brown, W. *Idem.*

A conversão do trabalhador, do consumidor, do cidadão ativista – entidades capazes de compor uma força social – em partícula isolada de capital humano autoinvestidor, tanto os torna mais fáceis de governar quanto os integra a um projeto geral: crescimento econômico, projeto em nome do qual podem vir a ser sacrificados. A conversão quebra impedimentos à governança e à integração, e as promove³³⁷.

A responsabilização é definida por Brown como aquilo que permite, a um agente moral, ser considerado um indivíduo no controle de si mesmo. Porém, para além de ser responsável por seus atos, a responsabilização neoliberal provoca uma espécie de administração da condição dos indivíduos; ela “sai do domínio do agir e passa a governar o sujeito como uma injunção moral exterior – através de demandas que emanam de um lugar outro, invisível”³³⁸. Assim, a responsabilidade deixa de ser uma adjetivação do indivíduo e de sua capacidade individual para se tornar um projeto de governança. Para Brown, tal processo inaugura um regime “no qual a capacidade humana singular de se responsabilizar torna-se um modo de administrar sujeitos, um processo no qual estes são refeitos e reorientados pela ordem neoliberal e através do qual sua conduta é mensurada”³³⁹.

A governança neoliberal que se constitui em torno de uma cidadania sacrificial, também tem logrado transformar a saúde em mercadoria, ao mesmo tempo em que centra a resposta aos desafios de saúde em doenças individuais, delegando autoridade aos cidadãos e reforçando a falsa ideia de que estes são capazes de gerir, de maneira autônoma e individual, seus problemas de saúde e as determinações sociais da saúde que os cercam. Ao tornar a saúde um negócio lucrativo, comerciável e individualizado, é possível gerar novos modos de viver que agregam “valor de mercado” e aumentam inclusive a competição entre os indivíduos por uma vida mais saudável, mais duradoura, condicionada pelos padrões de beleza embranquecidos nos grandes centros capitalistas. A saúde como mercadoria é também ativo financeiro e medida de sucesso para o *homo economicus* neoliberal.

Entretanto, como afirma Brown, delegar autoridade e responsabilidade é um prêmio às avessas; em nome de uma suposta liberdade e independência de um sujeito “empreendedor de si mesmo”, problemas de larga escala como as recessões e crises do capital financeiro, além de desemprego, degradação ambiental e pandemias,

³³⁷ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.29-30.

³³⁸ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.39.

³³⁹ Brown, W. *Idem.*

assim como as crises fiscais do Estado, “são canalizados para unidades pequenas, fracas, totalmente incapazes de lidar com eles, seja técnica, política ou financeiramente”³⁴⁰. Isto posto, é possível afirmar que a necropolítica reforça, portanto, a responsabilização do indivíduo sob a própria vida e o seu sacrifício, favorecendo um tipo de cidadania ilusório, mobilizada em prol de uma democracia cujos direitos mais básicos por vezes são impossíveis de serem acessados.

Apesar das múltiplas formas nas quais a arte de governo neoliberal pode se manifestar, variando em profundidade e dimensão a cada localidade, o que permanece imprescindível ao léxico neoliberal é justamente a conjunção que permite entre a delegação e a responsabilização dos indivíduos³⁴¹. Nós veremos com mais detalhe no capítulo 4, o impacto de seu surgimento na transformação não apenas da forma como lidamos com a saúde e o direito cidadão à vida, mas do lugar da saúde na agenda de políticas globais. Neste capítulo nos interessou, entretanto, olhar para trás em busca das raízes da biopolítica e de suas primeiras manifestações em território brasileiro. Me parece que, essa forma extrema de se controlar a vida, baseada na construção de um inimigo interno indistinguível do externo e identificável pela cor de sua pele, seguida do seu profundo isolamento social e extermínio a partir da justificativa da exceção, *tem se consolidado por aqui há muito mais tempo, pois tem registro justamente na base da nossa construção social*. Quase como um laboratório experimental nos anos que se sucederam à sua constituição como República, o Brasil antecipou a necropolítica, se valendo da animalização de boa parte de sua sociedade; a destituição de direitos por aqui sempre veio acompanhada por uma implementação errática do Estado de Direitos liberal, que colocou a população negra “fora de lugar” no interior do Estado brasileiro.

3.4

Considerações Finais

No capítulo 2, vimos como a biopolítica europeia se legitima por meio da agregação de um conjunto disciplinante de tecnologias de autogoverno, que conferem

³⁴⁰ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.36.

³⁴¹ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.36.

credibilidade à sociedade civil enquanto um coletivo autônomo. Neste contexto, a biopolítica é operada a partir de uma normatividade que tem, no outro externo, no território que transcende as fronteiras europeias, sua alteridade. Por outro lado, vimos neste capítulo que a particularidade do biopoder na periferia tem se dado a partir do desdobramento da alteridade para o território interno da nação, conforme se verifica no ambiente doméstico brasileiro. Isto significa que a alteridade não pertence somente a um Estado-nação inimigo (Portugal) a partir do qual a identidade brasileira se constrói; ela também se dá dentro de sua própria comunidade, por meio de uma subjetivação racista.

Se historicamente o fato de a metrópole portuguesa ter habitado a própria colônia afetou, substancialmente, a construção do Estado brasileiro e o desenho de suas políticas públicas, na pós-colonialidade o biopoder parece ser mobilizado como uma máquina de produção de diferenças ontológicas, pois é aplicado de maneira seletiva, de modo a perpetuar as divisões sociais impostas quando da vivência da metrópole no interior da colônia. Assim, a pergunta que marca a intelectualidade brasileira no começo do século XX é sobre como controlar uma população de “bárbaros” e o que fazer com essas pessoas consideradas “incivilizadas”. Não obstante, as práticas culturais e religiosas populares, quando associadas a uma herança africana, permanecem sendo percebidas como opostas às tentativas de civilizar a população. Em suma, as primeiras políticas de controle e a percepção de um direito à vida foram fruto da produção e do reforço de uma alteridade interna, no qual a parte “letrada” e branca da população reivindica seus direitos contra a parte da população pobre e negra, constantemente pintada como produtora de uma selvageria incurável. A eugenia que consolida as aspirações republicanas desse país, para além de uma tentativa de embranquecimento da população, tem no seu cerne um dispositivo de controle reprodutivo, que incide diretamente no corpo da mulher negra. Neste sentido, a dedicação intelectual brasileira à corroboração de teses eugênicas, e a incorporação destas nas políticas do Estado tem reverberado na perpetuação de “sobras viventes”, na discriminação de mais da metade de sua população e na perpetuação do racismo como uma determinação social da saúde, que aparta milhares de brasileiras e brasileiros negros de uma vida saudável e digna.

Por fim, quando estendidos ao restante da população, os direitos não carecem de uma localização no conjunto mais amplo do exercício da cidadania. A cidadania, *per se*, existe no papel, nas leis, na abolição da escravatura. *Sua prática efetiva, no entanto, não tem se dado de maneira suficiente, a ponto de alterar o status que fora relegado ao povo pobre e negro.* Marcada por uma profunda racialização, a subjetividade do sujeito periférico brasileiro permanece, na pós-colonialidade, sendo duplamente constringida, limitada e violentamente silenciada. A partir dessa reflexão, os capítulos seguintes deverão nos mostrar como essa dupla subjetividade do sujeito pós-colonial também pode ser mobilizada e subvertida na luta pelo direito à vida e à saúde. Para tanto, veremos sua transformação nos desenhos de políticas públicas que lograram ampliar, ao menos constitucionalmente, a concepção do direito à vida, incluindo na equação da população a saúde como um direito universal. Se tal transformação pôde ser verificada domesticamente, veremos que ela não se dá, entretanto, sem encarar múltiplos desafios à sua inserção em um cenário internacional que também sofre mudanças profundas, e que também é constringido por uma maneira racializada de se compreender a política internacional.

4.

Da Saúde Internacional à Saúde Global: o papel do *homo economicus* neoliberal na provisão de bens públicos

Com um foco inicial na saúde de uma determinada população e em sua coletividade, a saúde pública moderna teve início nas práticas domésticas de quarentena dos Estados europeus no século XIV³⁴², e desde então tem promovido ações interdisciplinares que visam a preservação e a manutenção da vida humana. Sua interação no campo internacional viria apenas a partir de meados do século XIX, quando a cooperação internacional se arvoraria visando o controle dos riscos sanitários transfronteiriços. David Fidler pontua que esta época também coincidiu com a passagem da governança³⁴³ da saúde pública na esfera nacional para a esfera global, quando a diplomacia internacional da saúde crescia em meio às preocupações com o impacto comercial causado por doenças infecciosas. Nos 100 anos seguintes, a diplomacia da saúde expandir-se-ia à medida que “Estados, organizações internacionais e atores não estatais enfrentavam ameaças globais à saúde pública por meio de leis e instituições internacionais”³⁴⁴. Neste sentido, é no início do século XX que o termo “Saúde Internacional” apareceria pela primeira

³⁴² A primeira Conferência Sanitária Internacional aconteceu em 1851, reunindo Estados europeus para discutir a cooperação no combate à cólera, peste e febre amarela. Até então, os Estados haviam lidado com essas doenças por meio da transmissão transfronteiriça e políticas nacionais de quarentena. Dentre os avanços tecnológicos da época, David Fidler aponta o desenvolvimento de ferrovias e a construção de navios mais rápidos, o que aumentara a pressão sobre os sistemas nacionais em quarentena. Assim, o controle de doenças tornar-se-ia objeto de discussão diplomática em decorrência das epidemias de cólera na Europa, na primeira metade do século XIX. A pressão em torno das políticas nacionais viria do descontentamento dos comerciantes europeus, que instaram seus governos a tomar medidas internacionais. Ver Fidler, P. D. *The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy*. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9), p.842-843.

³⁴³ Aqui, utilizaremos o conceito de governança tal qual definido por Wendy Brown, que a entende como uma forma intercambiável, tanto sobre como governar quanto como administrar. Para Brown, governança é um conceito-chave utilizado “transversalmente na política, no mundo dos negócios e em instituições sem fins lucrativos, como universidades e complexos hospitalares”, e cuja “promiscuidade é em si mesma um fenômeno léxico revelador: ‘governança’, na verdade, indexa uma fusão específica de práticas políticas e empresariais. Como ferramenta analítica, governança descentraliza o Estado e monitora a dispersão de poderes organizados em todo o ordenamento social, poderes que conduzem e não apenas restringem o sujeito”. Ver Brown, W. *Cidadania Sacrificial: neoliberalismo, capital humano e políticas de austeridade*. Tradução de Juliane Bianchi Leão. Coleção Pequena Biblioteca de Ensaio. Zazie Edições, 2018, p. 16.

³⁴⁴ Fidler, P. D. *Ibid.* 2001, p.843. Tradução livre realizada pela autora.

vez, em referência ao controle de epidemias que ultrapassavam as fronteiras entre as nações³⁴⁵, e que, por isso, exigiam um maior controle internacional. Segundo Koplan *et.al.*, o termo foi usado durante décadas para se referir ao trabalho em saúde no exterior, com foco geográfico nos países em desenvolvimento e frequentemente com conteúdo relacionado às doenças infecciosas e tropicais, água e saneamento, desnutrição e saúde materno-infantil³⁴⁶.

Em 1913, o termo Saúde Internacional seria empregado pela primeira vez pela Fundação Rockefeller, que criou a Comissão Internacional de Saúde visando implementar programas mundiais de ancilostomíase e de saúde pública desenvolvidos nos Estados Unidos³⁴⁷. Segundo Steven Palmer, os auspícios internacionais perseguidos pela Fundação Rockefeller, além de inaugurar o sistema de saúde internacional, anteciparia a visão global da saúde, conformando o primeiro aparato operacional e terapêutico de saúde transnacional do mundo³⁴⁸. Contribuindo para a edificação de instituições sanitárias no mundo em desenvolvimento, o foco filantrópico da Fundação Rockefeller se concentrava em abordagens “técnico-biológicas” sobre doenças individuais, que raramente levavam em conta o contexto socioeconômico e político dos indivíduos a quem seus programas verticais se dirigiam³⁴⁹. A saúde internacional clássica se fundamentava assim, para citar Helena Ribeiro, na combinação de “bases médicas e biológicas e em relações assistenciais, provenientes de países desenvolvidos e destinadas aos países menos desenvolvidos”³⁵⁰. Se por um lado, as primeiras ações de fundações filantrópicas no campo da saúde internacional passavam por uma preocupação em treinar profissionais da saúde e fundamentar programas de saúde pública homogêneos, a partir de uma perspectiva que entende a saúde de cima para baixo, visando garantir a manutenção de uma força de trabalho saudável no mundo em desenvolvimento; por outro lado, a recepção dessas iniciativas não se daria de

³⁴⁵ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. “A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, jul.-set. 2006, p. 624.

³⁴⁶ Koplan, J. P.; Bond, T. C.; Merson, M. H.; Reddy, K. S.; Rodriguez, M. H.; Sewankambo, N. K.; Wasserheit, J. N. *Towards a common definition of global health. For the Consortium of Universities for Global Health Executive Board*. The Lancet. Vol 373 June 6, 2009, p.1993.

³⁴⁷ Ribeiro, H. *Saúde Global: olhares do presente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, p.19.

³⁴⁸ Palmer, Steven. *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p.24.

³⁴⁹ Palmer, Steven. *Ibid.* 2015, p.25.

³⁵⁰ Ribeiro, H. *Idem*.

forma passiva, o que, segundo Palmer, possibilitaria sua reinvenção e adaptação às práticas e vivências de comunidades médicas locais. Tal movimento, faria nascer concepções distintas e originais acerca da saúde pública, que trariam à tona o complexo conjunto de determinantes sociais subjacentes da saúde, como por exemplo, o acesso a informações sobre saúde, o acesso a água e alimentos, moradia etc.

Ao longo do século XX, a ameaça de doenças infecciosas logrou produzir novos processos, regras e instituições para uma governança global da saúde, culminando na criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 e de seu conjunto único de regras legais internacionais, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), adotado em 1951³⁵¹. A Constituição da OMS reconhecia, a nível internacional, o direito à saúde como um elemento fundamental aos direitos humanos, estendendo a concepção não apenas aos cuidados de saúde e do corpo, mas também aos determinantes sociais da saúde com os quais é preciso lidar para se alcançar o completo bem-estar físico, mental e social³⁵². A nível nacional, o reconhecimento do direito à saúde realizado pela OMS impunha aos Estados a necessidade de garantir que o direito fosse exercido sem discriminação de qualquer tipo, além da “obrigação de tomar medidas deliberadas, concretas e direcionadas para sua plena realização”³⁵³. Contudo, apesar de alcançar uma compreensão mais holística da saúde que coloca os direitos e as condições da vida humana no centro do debate, nem sempre a OMS logrou gerenciar de maneira autônoma os atores e as agendas que determinaram os rumos e as abordagens da saúde pública internacional, sofrendo diversos avanços e recuos ao longo dos seus 72 anos.

No final do século XX, as mudanças de paradigmas na saúde internacional relacionavam-se a uma série de fatores globalizantes, que serviriam como motor da evolução e do desenvolvimento da saúde³⁵⁴, culminando na ascensão do termo “Saúde Global”. Além das transformações ocasionadas pelos aspectos sociais,

³⁵¹ A criação de organizações internacionais de saúde visava facilitar a cooperação internacional em doenças infecciosas. Fidler ressalta a importância de quatro dessas organizações surgiram durante o período de 1851 a 1951: a Repartição Sanitária Pan-Americana em 1902, o Escritório Internacional de Higiene Pública em 1907, a Organização de Saúde da Liga das Nações em 1923 e a OMS em 1948. Ver Fidler, P. D. *Ibid.* 2001, p. 843-844.

³⁵² OMS. *Human Rights*. Disponível em <https://www.who.int/topics/human_rights/en/>. Acessado em abril de 2020.

³⁵³ OMS. *Idem*.

³⁵⁴ Ribeiro, H. *Ibid.* 2016, p.22.

culturais e econômicos resultantes da globalização, que implicaram uma maior liberalização da economia mundial e uma mudança substantiva nos padrões de vida e práticas sociais em um mundo recém descolonizado; como nos lembra Ribeiro, também a ascensão do movimento ambientalista teve importante papel na divulgação do termo³⁵⁵, relacionando os efeitos das mudanças ambientais sobre a saúde humana e a necessidade de se enfrentá-los a partir de uma perspectiva planetária. Não obstante, de meados do século XX ao alvorecer do século XXI, a agenda da saúde sofreria mudanças profundas, que refletem o aumento do interesse político de atores estatais e não estatais, a revolução tecnológica e biomédica, o impacto das mudanças climáticas e grandes fluxos migratórios, e, sobretudo, a inovação política em matéria de governança. A este respeito, veremos nesse capítulo que tais mudanças incluem não apenas a própria transformação na forma como se lida e compreende a saúde em seu aspecto global, mas refletem também, a incorporação de uma nova arte de governar as populações. Assim, veremos como o surgimento da arte de governo neoliberal afeta também a governança dos organismos internacionais bem como atinge todos os Estados do globo, impactado e transformado a forma como lidamos com a saúde e o direito cidadão à vida.

Isto posto, a primeira seção deste capítulo traz alguns questionamentos acerca da ausência de uma definição clara de Saúde Global na literatura especializada, perguntando-se a que servem as associações feitas com o termo. A ausência de consenso em torno da definição traz consigo a noção de que é necessário gerenciar os esforços globais em saúde. Com isso em mente, a segunda seção deste capítulo discutirá a ideia de governança global em saúde a partir do registro histórico de sua evolução e suas implicações, refletindo sobre como ela se relaciona com o advento de um *homo economicus* neoliberal que dita não apenas o comportamento do Estado e limita o desenho das políticas públicas, mas também condiciona o comportamento humano em sociedade. Por fim, a terceira e última seção trará consigo um panorama da agenda de Saúde Global estabelecida no início do século XXI, avaliando seu passado recente e seus desafios futuros.

³⁵⁵ Ribeiro, H. *Idem*.

4.1

De onde surge a Saúde Global?

“A teoria é sempre para alguém e sempre para algum propósito”³⁵⁶.

Considerando que as teorias possuem perspectivas que derivam de uma posição no tempo e no espaço político e social, Robert W. Cox defendia que toda teoria deveria ser encarada a partir de uma perspectiva crítica, enfrentando o desafio ético de produzir reflexões que fossem além da mera ‘resolução de problemas’ pontuais. A teorização das RI deveria, segundo Cox, dedicar-se à reflexão das relações que impactam o modo como são organizadas as instituições que nos rodeiam, tornando clara e consciente a perspectiva pela qual ela ganha sentido³⁵⁷. Com isto em mente, o objetivo desta seção é tentar compreender o que a literatura especializada tem nos dito acerca das distintas concepções que se atribui à Saúde Global (SG) nas últimas décadas. A ausência de um denominador comum quando tratamos da SG nos faz questionar seus propósitos e proeminência na determinação de políticas que deem conta da saúde e do direito à vida das populações.

Ao mapear suas definições, Helena Ribeiro sugere que, frequentemente, a SG tem sido utilizada em referência às melhorias de condições de saúde ao redor do mundo, sendo conectada a problemas “que transcendem as fronteiras nacionais ou que tenham um impacto político e econômico global”³⁵⁸. Quando analisada a partir da política externa dos países, a SG pode ter o potencial de “fortalecer ações favoráveis à solidariedade internacional e à promoção da equidade entre pessoas e povos, ou, ao contrário, contribuir para ampliar as desigualdades sociais e econômicas”³⁵⁹. Isto ocorreria a partir do embate de duas correntes filosóficas distintas da SG, que carecem de uma análise mais profunda acerca dos conceitos de justiça e ética, onde

uma compreende a saúde como valor em si, caracteriza-se por uma natureza solidária e altruísta, funda-se em princípios éticos de justiça social, equidade e solidariedade

³⁵⁶ Cox, R. W. *Social Forces, States and World Orders: Beyond International Relations Theory*. In: Keohane, R. O. *Neorealism and Its Critics*. New York: Columbia University Press, 1986, p. 207.

³⁵⁷ Cox, R. W. *Ibid.* 1986, p. 208.

³⁵⁸ Ribeiro, H. *Ibid.* 2016, p.24.

³⁵⁹ Ribeiro, H. *Ibid.* 2016, p.27.

e prioriza a melhora da saúde e a busca da equidade para todos os povos do mundo. Outra corrente concebe a saúde global como ferramenta para defender interesses de populações e países, preocupados com a sua segurança sanitária, em aspectos fronteiriços, militares, econômicos e comerciais. No entanto, em muitas ações e motivações, essas duas correntes estão imbricadas, quando se conjugam interesses de prevenção de doenças em nível nacional com solidariedade e busca de maior equidade em nível internacional³⁶⁰.

Para Ribeiro, grande parte das definições de SG não se dedicam às causas das iniquidades em saúde, como as questões de distribuição de poder e recursos, o que acaba por deixar pendente um debate sobre a incorporação de valores éticos na política entre e intrapaíses³⁶¹. Dessa forma, a autora define a SG como a interseção entre conhecimento, ensino, prática e pesquisa referentes a questões e problemas de saúde supraterritoriais, que extrapolam não apenas as fronteiras geográficas, mas também os determinantes sociais e ambientais de uma nação; cuja origem pode ser localizada em qualquer lugar; e cujas soluções podem exigir intervenções e acordos que congreguem diversos atores sociais, países, governos e instituições públicas e privadas, nacionais ou internacionais³⁶².

Se a SG pode ser esse fenômeno abrangente, que se manifesta sem característica ou orientações claramente definidas³⁶³, Marcos Cueto tem argumentado que suas origens devem ser traçadas em paralelo aos vínculos que o termo mantém com a história da Saúde Internacional (SI). Seu surgimento traria assim concepções conflitantes, expressando tanto uma *ênfase no uso de tecnologias modernas para controle de doenças*, encontrada nas ações de doadores privados e na defesa do argumento pela eficiência dos programas de saúde pública como fator imprescindível ao crescimento econômico; quanto uma *defesa da promoção de reformas sociais*, cujo objetivo seria reduzir as desigualdades existentes entre e intrapaíses, ancorado na crítica à origem das injustiças sociais³⁶⁴.

Isto posto, a partir da leitura de Ribeiro e Cueto, proponho aqui uma análise do desenvolvimento do termo “Saúde Global” em torno de três conceitualizações distintas, que compreendem: (i) a SG como a saúde das populações no contexto

³⁶⁰ Ribeiro, H. *Idem*.

³⁶¹ Ribeiro, H. *Ibid.* 2016, p.29.

³⁶² Ribeiro, H. *Ibid.* 2016, p.28.

³⁶³ Cueto, Marcos. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p.13.

³⁶⁴ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.13-14.

global; (ii) a SG como uma saúde pública para o mundo; e (iii) a SG como síntese da prevenção a nível populacional e do cuidado em nível individual.

4.1.1 A Saúde Global como a saúde das populações no contexto global

A primeira concepção da SG parte de uma investigação (i) *da saúde das populações no contexto global*. Por meio da recuperação histórica de seu uso, Brown, Cueto & Fee, afirmam que o uso do termo SG em lugar de SI é fruto de uma mudança recente. Os autores reconhecem que, apesar de experimentar uma ampla adoção, a SG ainda carece de uma definição específica que explique seu surgimento e propósito com clareza. Para os autores, foi em algum momento de 2005 que os jornais e revistas da literatura especializada começaram a abandonar o conceito internacional e adotar uma visão mais globalizante da saúde. No entanto, tal movimento, longe de ser novidade entre os atores do campo – como universidades, agências governamentais e entidades filantrópicas –, não apresentou uma definição conceitual clara, que explicasse os significados na mudança de abordagem da saúde³⁶⁵. Para Brown *et.al.*, a SG indica, de modo geral, “a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses de nações em particular”³⁶⁶. Assim, a saúde pôde deixar de ser apenas um problema transfronteiriço, *entre nações*, para se tornar um problema *individual*, ao mesmo tempo em que diz respeito a todos os indivíduos do globo. Dessa forma, o novo regime da saúde não anulou as concepções anteriores, mas incorporou novas camadas à sua compreensão:

logicamente, os termos ‘internacional’, ‘intergovernamental’ e ‘global’ não são mutuamente excludentes e, de fato, podem ser entendidos como complementares. Assim, poderíamos dizer que a OMS é uma agência intergovernamental que desempenha funções internacionais com o objetivo de melhorar a saúde global³⁶⁷.

Apesar da intensificação de seu uso no início do século XXI, a aparição do termo “global” data de meados dos anos 1950, associado às preocupações pandêmicas que surgiam em determinados folhetos e programas de erradicação de doenças como a malária e a varíola, engendrados pela OMS; bem como em relatórios do congresso

³⁶⁵ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Idem*.

³⁶⁶ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Ibid.* 2006, p.625.

³⁶⁷ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Idem*.

estadunidense e em estudos populacionais da década de 1970³⁶⁸. No entanto, foi apenas a partir da década de 1990 que o termo voltaria a aparecer com mais força, agora associado a outras preocupações³⁶⁹.

Mesmo não tendo inventado o termo “saúde global”, a OMS tentaria ocupar a liderança das iniciativas globais em saúde na década de 1990, ajudando a promover sua agenda e contribuindo para a promoção de seu conceito e vocabulário subjacente. As ações da OMS visavam, em certa medida, recuperar seu papel de coordenação e liderança que era constantemente ameaçado, tanto pelo surgimento de novos atores privados no campo da saúde, quanto pela proeminência do Banco Mundial, que desde a década de 1980 começava a se ocupar da questão do desenvolvimento em saúde³⁷⁰. Ao analisar a evolução histórica da OMS ao longo do tempo, Brown *et.al.* afirmam que a organização “alternadamente liderou, refletiu, e tentou acomodar-se a mudanças e desafios mais amplos no mundo em constante transformação da saúde internacional”³⁷¹.

Para além da contínua preocupação com os riscos trazidos pelas pandemias – sobretudo, a de HIV/AIDS que lançava um desafio maior aos Estados naquela época –, na década de 1990 o uso do termo SG também incluía preocupações com o aumento da degradação ambiental mundial e seus impactos para a saúde humana; o crescimento exponencial do fluxo de pessoas e a rapidez das viagens ao redor do mundo, que aumentavam também os riscos da transição epidemiológica³⁷²; o aumento da interdependência econômica entre os países; os avanços tecnológicos

³⁶⁸ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Idem.*

³⁶⁹ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Ibid.* 2006, p.638.

³⁷⁰ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Ibid.* 2006, p.641.

³⁷¹ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Idem.*

³⁷² Em geral, a transição epidemiológica é compreendida como a manifestação de mudanças nos padrões de saúde-doença, que modificam também os padrões de mortalidade e adoecimento de uma determinada população. Essa transição pode acontecer através da passagem de doenças infecciosas a doenças crônico-degenerativas (não-infecciosas), e pode se somar a outros determinantes sociais, demográficos e econômicos. Na década de 1990, observou-se a existência de um modelo “polarizado prolongado” de transição epidemiológica na América Latina. Para Duarte e Barreto, o novo modelo de transição epidemiológica agora era caracterizado pela: (i) *superposição de etapas*, verificada na incidência alta e concomitante das doenças de ambas as etapas, pré e pós-transição; (ii) *contra-transição*, ou seja, o ressurgimento de algumas doenças infecciosas que já haviam sido controladas antes; (iii) *transição prolongada*, cujos processos de transição permaneciam inconclusos, com certo estancamento dos países em estado de morbidade mista; e (iv) *polarização epidemiológica*, na qual os níveis de transição eram diferenciados entre e intrapaíses, inclusive entre grupos sociais de um mesmo país. Ver Duarte, Elisabeth Carmen; Barreto, Sandhi Maria. *Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012, p. 529.

da biomedicina³⁷³; e a expansão dos serviços de saúde, defendida, sobretudo, por meio do incentivo preferencial de parcerias público-privadas (PPP), especialmente as que incluíam a participação de instituições filantrópicas³⁷⁴. Nos anos 2000, somava-se à lista da SG as preocupações sobre bioterrorismo e a utilização de armas biológicas, ligadas aos episódios com antraz que se sucederam após o atentado às torres gêmeas, em 11 de setembro de 2001³⁷⁵; o aumento dos fluxos migratórios entre os países, a saúde de migrantes e refugiados³⁷⁶; a fuga de cérebros entre equipes médicas altamente qualificadas, provocando uma evasão do mundo em desenvolvimento para o mundo desenvolvido; e o reaparecimento de antigas infecções e o surgimento de novas³⁷⁷.

4.1.2 A Saúde Global como uma saúde pública para o mundo

Com o crescimento da consciência ambiental e da atuação de movimentos sociais e ativistas na virada do século, a SG ganhava também uma percepção particular, passando a ser encarada não apenas como um problema, mas também como um bem público global, e, portanto, tornava-se uma finalidade social desejável e prioritária. Como afirma Giovanni Berlinguer, isso se dava a partir de uma percepção que localizou a saúde como um bem indivisível do compartilhamento da vida na Terra, “seja por seu valor intrínseco, seja como símbolo do predomínio de valores humanos sobre outros interesses”³⁷⁸.

Foi, portanto, a partir destes debates que incluíam a saúde no conjunto de bens públicos imprescindíveis para a manutenção da vida, que a SG pôde também ser compreendida como (ii) *uma saúde pública para o mundo*, o que nos leva à segunda

³⁷³ Rose, N. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey: Princeton University Press, 2007.

³⁷⁴ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Idem*.

³⁷⁵ Ver BBC Brasil. *Entenda o que é o antraz*. 15 de outubro de 2001. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2001/011015_antrazfrio.shtml>; e *Bactéria do antraz é encontrada em agência postal da Casa Branca*. 24 de outubro de 2001. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2001/011024_antraz4.shtml>. Acessados em abril de 2020.

³⁷⁶ Ventura, D.; Yujra, V. Q. *Saúde de migrantes e refugiados*. Coleção Fazer Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2019.

³⁷⁷ Berlinguer, Giovanni. *Globalização e Saúde Global*. Estudos Avançados 13 (35), 1999, p. 23.

³⁷⁸ Berlinguer, Giovanni. *Idem*.

tentativa de definição do termo, cuja definição tem se mostrado popular entre os acadêmicos diretamente envolvidos com a SG.

Não obstante, esta concepção tem sido defendida pelo grupo de trabalho do Comitê de Saúde Global da Associação das Escolas de Saúde Pública dos Estados Unidos (*Association of Schools of Public Health Global Health Committee*)³⁷⁹. Em artigo escrito para a revista *The Lancet*, o grupo defende a crença de que a SG é a Saúde Pública (SP) em prol do bem público³⁸⁰. Este argumento compreende que a tentativa de encontrar diferenças entre SG e SP é conflitante com os princípios fundamentais de uma estratégia global de saúde pública. Nesse sentido, SG e SP seriam indistinguíveis, uma vez que ambas enfatizam políticas a nível populacional e abordagens individuais para a promoção da saúde. Tanto a SG quanto a SP partiriam de uma concepção da saúde “em termos de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”, abordando as causas determinantes da saúde “por meio de uma ampla gama de estratégias científicas, sociais, culturais e econômicas”³⁸¹. Tal concepção coloca no centro do debate as necessidades das populações mais vulneráveis, tornando a SG um compromisso básico com a saúde enquanto um direito humano, considerando também a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e colaborativa na análise dos problemas das populações. Assim, “preocupações globais, como mudanças climáticas e questões interdisciplinares, como doenças zoonóticas e saúde humana, envolvem colaborações estreitas entre medicina, saúde pública, medicina veterinária e muitas outras disciplinas”³⁸².

Esta também tem sido a concepção de alguns dos atores no campo da SP brasileira. Paulo Buss, diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS/Fiocruz) e Sebastián Tobar, assessor do CRIS/Fiocruz, por exemplo, têm afirmado que para além de acompanhar o aprofundamento do movimento da globalização, a SG inclui a SI, pois diz respeito “ao objeto da saúde

³⁷⁹ ASPPH. *Global Health Committee*. Disponível em <<https://www.aspph.org/committees/global-health-committee/>>. Acessado em abril de 2020.

³⁸⁰ Fried, L. P.; Bentley, M. E.; Buekens, P.; Burk, D. S.; Frenk, J.J.; and Klag, M.J. *Global Health is Public Health. The Lancet*, 375, 2010, p. 536.

³⁸¹ Fried, L. P. *et.al. Ibid.* 2010, p. 535. Tradução livre realizada pela autora.

³⁸² Fried, L. P. *et.al. Ibid.* 2010, p. 536. Tradução livre realizada pela autora.

tratado politicamente pelas nações, pelos Estados e pelos governos”³⁸³. Buss e Tobar acrescentam ainda que é daí que vem a opção de conectar

os termos saúde global, *que diria respeito à dimensão da saúde como produto social*, oriundo de conceitos e práticas de múltiplos atores envolvidos, em uma dimensão supranacional, com *diplomacia em saúde*, que é campo conceitual e de prática, de relações entre governos e nações (o que inclui a sociedade civil), *também socialmente construído*, tendo a saúde como seu objeto.

Ademais, outra tentativa de conceitualização foi expressa por um grupo de representantes de instituições acadêmicas de Genebra, na Suíça, por meio do qual se optou por definir a “Saúde Global Acadêmica” como um meio de se responder às necessidades da sociedade por meio de pesquisa, educação e prática, baseadas em seis princípios fundamentais: 1) abordagem transfronteiriça/multinível; 2) inter-/transdisciplinaridade; 3) pensamento sistêmico; 4) inovação; 5) sustentabilidade; e, 6) direitos humanos/equidade. Segundo o grupo, liderado por Wernli *et.al.*, esta definição visa reduzir “a divisão centenária entre medicina e saúde pública, ao mesmo tempo que estende nossa perspectiva a outros campos altamente relevantes”, fornecendo “uma estrutura intelectual para melhorar a saúde para todos em nosso mundo contemporâneo, com implicações para instituições acadêmicas e políticas científicas”³⁸⁴.

4.1.3 A Saúde Global como síntese da prevenção a nível populacional e do cuidado em nível individual

Reflexo da ausência de consenso na literatura especializada, a terceira linha tentativa de definição da SG tem defendido sua compreensão como (iii) *uma síntese da prevenção a nível populacional e do cuidado em nível individual*. Elaborada pelo Conselho Executivo do Consórcio de Universidades de Saúde Global (*Consortium of Universities for Global Health Executive Board*)³⁸⁵, representado no artigo escrito por Koplan *et.al.*, esta definição tem tentado reunir no conceito de SG o

³⁸³ Buss, P. M.; e Tobar, S. (org.) *Diplomacia da Saúde e Saúde Global. Perspectivas Latino-Americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. *Apresentação*. p. 24. Grifos meus.

³⁸⁴ Wernli, D.; Tanner, M.; Kickbusch, I.; Escher, G.; Paccaud, F.; Flahault, A. *Moving global health forward in academic institutions*. *J Glob Health*. 2016;6(1):010409.

³⁸⁵ CUGH. *The Consortium of Universities for Global Health*. Disponível em <<https://www.cugh.org/>>. Acessado em abril de 2020.

maior número de questões de saúde possíveis, inclusive seus determinantes e soluções transnacionais³⁸⁶.

Assim, o Conselho tem advogado pela apresentação do raciocínio por trás de cada definição de saúde global, de modo que se permita pensá-la a partir de diferentes dimensões: seja como (a) uma *noção*, dedicada ao estado atual da saúde global; (b) um *objetivo*, com metas concretas, como um mundo de pessoas saudáveis, ou o alcance de uma condição específica da saúde global; ou (c) *uma mistura de estudos, pesquisa e prática*, que suscitem diversas perguntas, questões, habilidades e competências³⁸⁷. Para o Conselho, sem uma definição estabelecida o termo corre o risco de se tornar uma mera abreviatura, ocultando importantes diferenças na filosofia, nas estratégias e nas prioridades de ação a serem articuladas entre médicos, pesquisadores, financiadores, a mídia e o público em geral. Nesta visão, o problema central no uso genérico do termo estaria diretamente relacionado aos recursos disponíveis e como eles deveriam ser empregados.

Na tentativa de estabelecer um mínimo comum pertinente à SG, o Conselho afirma que ela se refere “a qualquer problema de saúde que diga respeito a muitos países ou seja afetado por determinantes transnacionais, como mudanças climáticas ou urbanização, ou soluções, como erradicação da poliomielite”³⁸⁸. Por fim, defendem que a SG é “uma área de estudo, pesquisa e prática que prioriza a melhoria da saúde e a obtenção de equidade na saúde para todas as pessoas em todo o mundo”³⁸⁹. Assim, esta linha interpretativa defende que o termo “global” se refere ao escopo dos problemas, e não à sua localização. Por enfatizar questões, determinantes e soluções transnacionais de saúde, a SG envolveria muitas disciplinas dentro e fora das ciências da saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar. Em suma, a SG seria a síntese da prevenção a nível populacional, com atendimento clínico a nível individual³⁹⁰. Para Koplan *et.al.*,

a preferência pelo uso do termo saúde global, onde a saúde internacional poderia ter sido usada anteriormente, *é paralela a uma mudança de filosofia e atitude que enfatiza a mutualidade de uma parceria real*, um conjunto de experiências e conhecimentos e um fluxo bidirecional entre os países desenvolvidos e os países em

³⁸⁶ Koplan, J. P. *et al.* *Towards a common definition of global health. The Lancet*, 373 (9.679): 1.993-1995, 2009.

³⁸⁷ Koplan, J. P.; *et.al. Ibid.* 2009, p.1993.

³⁸⁸ Koplan, J. P.; *et.al. Idem. Tradução livre realizada pela autora.*

³⁸⁹ Koplan, J. P.; *et.al. Ibid.* 2009, p.1995. *Tradução livre realizada pela autora.*

³⁹⁰ Koplan, J. P.; *et.al. Idem.*

desenvolvimento. Assim, *a saúde global usa os recursos, o conhecimento e a experiência de diversas sociedades* para enfrentar os desafios da saúde em todo o mundo³⁹¹.

4.1.4 Que Saúde Global, afinal?

Se, de fato, a mudança na utilização do termo SI para SG é paralela a uma mudança de filosofia e atitude, é preciso deixar claro que mudanças o novo termo implica. Desde a década de 1990, a SG paulatinamente logrou substituir a ideia de SI, não apenas porque a saúde começou a ser percebida como um tema de maior prioridade na política externa dos países, mas sim porque “é a doença, e não a saúde, que se transforma em uma questão geopolítica”³⁹². É nesta direção que a ampliação da abordagem atribuída à SG permite a permanência restrita de um enfoque sobre doenças, sem que se questione as raízes profundas das desigualdades e inequidades estruturais que determinam a saúde e o seu alcance em uma sociedade.

Como afirma Marcos Cueto, a expressão SG emerge não apenas como um conceito, mas como parte de um processo histórico e político mais amplo, no contexto de uma ordem mundial neoliberal³⁹³. A ausência de um consenso em torno de sua definição nos indica que o termo pode significar tudo aquilo que envolva a saúde em seu aspecto transfronteiriço, ao mesmo tempo em que significa a ausência de uma mudança concreta e claramente estabelecida no tratamento da saúde das populações em seu aspecto mais estrutural. A generalidade intrínseca à SG parece desempenhar, portanto, a função de elo entre uma concepção fluida e adaptável à realidade de um novo padrão de relações, imposto ao final do século XX. É esta mesma generalidade que nos permite, portanto, conceber distintas agendas neoliberais de governança da saúde global, que carecem de recomendações que levem em conta as especificidades de cada população e seus desafios diante de uma divisão internacional do trabalho que permanece, por séculos, profundamente desigual.

³⁹¹ Koplan, J. P.; *et.al. Ibid.* 2009, p.1994-1995. Tradução livre e grifos realizada pela autora.

³⁹² Almeida, Célia. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: Buss, P. M.; e Tobar, S. (org.) *Diplomacia da Saúde e Saúde Global. Perspectivas Latino-Americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p.46.

³⁹³ Cueto, Marcos. *Ibid.*, 2015, p.7.

Partindo da concepção de Michael Foucault, Wendy Brown tem definido o neoliberalismo como “um modo específico de racionalidade, uma produção de sujeitos, uma ‘condução de condutas’ e um esquema valorativo”³⁹⁴. Além de se contrapor historicamente às experiências do keynesianismo e do socialismo democrático, o neoliberalismo também pode ser associado, a autora reitera, à prática generalizada de transformar em econômicas esferas e atividades que originalmente foram governadas por outras ordens de valor³⁹⁵. Nesse sentido, a ascensão do termo SG parece acompanhar a ascensão de uma razão normativa, cujas métricas e práticas de mercado são reproduzidas em todas as dimensões da vida humana. As mudanças trazidas pela forma de pensar do neoliberalismo, vem transformando radicalmente não apenas o papel do Estado, mas também a vida, e, portanto, não se resumem à sua privatização ou ao estabelecimento de um livre mercado competitivo.

Elas se traduzem também no esvaziamento de conceitos comprometidos com a garantia da vida, na generalização e ampliação sistemática que permitem transformar sujeitos em mero capital humano, definindo “todo tipo de atividade humana em termos de autoinvestimento racional e empreendedorismo”³⁹⁶. Assim, Brown afirma que, para além da relação entre público e privado, mercado e Estado, quando falamos de neoliberalismo falamos também de uma forma de pensar que invoca transformações profundas na concepção da vida humana, seu significado e sua governança nos níveis político, cultural, educacional, social etc.³⁹⁷. No campo da saúde, essa transformação tem sido tecida há décadas, fazendo com que *os neoliberalismos* permaneçam presentes em suas pautas de forma “globalmente onipresente, porém desunificado e desidêntico a si mesmo”³⁹⁸. Portanto, é compreendendo a SG a partir desse conflito de significados e tentativas de esvaziamentos, que a próxima seção analisará a consolidação de um novo modo de governança da saúde, uma arte de governo que não se restringe aos Estados, mas que também tem como lócus de disputa as organizações internacionais e suas agendas políticas.

³⁹⁴ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.13.

³⁹⁵ Brown, W. *Idem.*

³⁹⁶ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.15.

³⁹⁷ Brown, W. *Idem.*

³⁹⁸ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.14.

4.2

A ascensão de um novo *homo economicus* e a competição neoliberal pelos bens públicos globais

Primeiro, é um lugar-comum acadêmico afirmar que o neoliberalismo não é nem singular e nem constante em suas formulações discursivas, implicações políticas e práticas materiais. Escapa a esse lugar-comum o reconhecimento das múltiplas e diversas origens do neoliberalismo³⁹⁹

A ideia de uma saúde mundial indivisível foi aquilo que fundamentou e permitiu a criação da OMS, em 1948, como uma resposta ao rápido avanço da globalização e da emergência e reemergência de doenças, tornando-se o órgão de referência e líder no desenho de estratégias e perícias técnicas que melhor lidassem com os problemas de saúde que afligiam o mundo. Entretanto, foi na virada para o século XXI que tal pensamento passou a ser amplamente substituído pela convicção, sobretudo europeia e estadunidense, “de que os povos podem gozar o máximo de saúde *isolados dos sofrimentos de outros povos*”⁴⁰⁰. Ao menos desde 1980, a liderança e a capacidade de resposta da OMS passaram a ser desafiadas pela transnacionalização das finanças e pelo compartilhamento de sua autoridade com outros organismos internacionais que se aventuravam na área da saúde, em especial, o Banco Mundial. O alvorecer de uma nova ordem mundial neoliberal trazia mudanças também ao papel exercido pela OMS, que “passou a ser desafiado, e reposicionado no âmbito de um conjunto de alianças de poder em transformação”⁴⁰¹. Nesta seção, avançamos a ideia de que a consolidação de uma nova arte de governo neoliberal tem ligação direta com o processo de individualização que tomou conta das novas percepções da saúde e das políticas públicas em saúde, passando não só a reorientar o comportamento em sociedade, como também fundamentou suas bases em uma governança a nível global.

Como afirma Wendy Brown,

antes, o neoliberalismo enquanto política econômica, modalidade de governança e ordenamento racional é um fenômeno global e inconstante, diferenciado, não-sistemático e impuro. Ele se cruza na Suécia, por exemplo, com a legitimidade

³⁹⁹ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.12.

⁴⁰⁰ Berlinguer, Giovanni. *Ibid.* 1999, p. 27. *Grifos meus.*

⁴⁰¹ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.7.

continuada do bem-estar social; na África do Sul, com a expectativa pós-Apartheid de um Estado democratizante e redistributivo; na China, com o Confucionismo e o pós-Maoísmo; nos Estados Unidos, com a estranha aliança entre um antiestatismo há muito estabelecido e o novo gerencialismo. Se ele aportou no sul global com “ajustes estruturais” externamente impostos nos anos 1980 e agora sofre abertamente resistência de certos regimes onde antes parecia triunfante, também criou raiz no norte, através da lenta usurpação de um vocabulário e uma consciência democráticos e pela economicização de ambos⁴⁰².

Permanecendo vivo sob as formas dos “neoliberalismos” e dos fundamentalismos de mercado que dele se sucedem, o movimento do *laissez-faire* tem aprofundado a individualização e financeirização das sociedades, afetando a vida das famílias nas mais distintas formas de endividamento, tornando cada vez mais difícil imaginar a criação de capacidades para a ação coletiva⁴⁰³. A este respeito, a governança neoliberal tem administrado uma racionalidade capaz de atenuar o conflito normativo e desativar a cidadania⁴⁰⁴. Como afirma Brown, em suma, é ao mesmo tempo em que “se estreitam os laços entre Estado, finanças e capital corporativo”, que a solidariedade entre trabalhadores, consumidores e cidadãos é eliminada “tanto do discurso político, quanto da imaginação política popular e das elites”⁴⁰⁵, cuja finalidade é a substituição das identidades que nos atribuem características humanas por uma identidade outra, que financeiriza a vida, transformando sujeitos em empreendimentos.

A transformação dos cidadãos em mero capital tem agido, como visto nos capítulos anteriores, por meio de um enfraquecimento do papel coletivo da cidadania, que se consolida a partir: (i) da distribuição seletiva de direitos, condicionada pela racialização das sociedades coloniais; e (ii) pela negação das desigualdades estruturais que condicionam a vida em sociedade, naturalizando a responsabilidade dos indivíduos na administração da própria vida. Neste sentido, nos parece que é a generalização de uma condição sub-humana, que nos remete àquela aplicada no contexto colonial, que permitiu uma transformação subjetiva que já não é mais

⁴⁰² Brown, W. *Ibid.* 2018, p.12-13.

⁴⁰³ Levitt, K. P. *Kari Polanyi Levitt's address to the ASE World Congress*, Brock University, June 2015. Review of Social Economy, DOI: 10.1080/00346764.2016.1231929. Published online: 07 May 2017, p.11.

⁴⁰⁴ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.11-12.

⁴⁰⁵ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.29.

atribuída apenas aos sujeitos outrora colonizados, mas que também se aplica aqueles que vivem nas metrópoles mundiais. Brown afirma que

enquanto o ideal liberal clássico de autonomia e liberdade individual é explorado pelo processo neoliberal de delegação do poder decisório, operacionalidade e responsabilidade aos indivíduos, esse mesmo ideal é esvaziado à medida que a desregulamentação elimina os diversos bens públicos e benefícios de seguridade social, desata os poderes do capital corporativo e financeiro, e desmantela aquela clássica solidariedade, própria do século XX, entre trabalhadores, consumidores e eleitores. O efeito combinado é a geração de indivíduos extremamente isolados e desprotegidos, em risco permanente de desenraizamento e de privação dos meios vitais básicos, completamente vulneráveis às vicissitudes do capital⁴⁰⁶.

Ao emancipar os indivíduos da regulamentação estatal e da solidariedade que constitui a vida em sociedade, a arte de governo neoliberal garante a reprodução de uma classe de homens e mulheres considerados ‘supérfluos’ para serem integrados a um conjunto de arranjos político-econômicos, visto que é o seu sacrifício que garantirá a manutenção das desigualdades e da competição entre os indivíduos. Por sua vez, estes mecanismos de isolamento que mantêm a governança neoliberal parecem se aproximar, sobretudo, do isolamento social e da miséria humana experimentados nos contextos coloniais e no gerenciamento de suas populações escravizadas, consideradas subalternas. Neste sentido, é importante ressaltar que a arte de governo neoliberal promove na contemporaneidade uma delegação de autoridade a unidades sociais cada vez menores e mais fracas, que, quando combinadas com o aumento de competição entre elas – necessário para torná-las “empreendedoras” –, resulta em um modo de governança extremamente difuso em sua organização. Assim, “unidades fracas e minúsculas sustentam a escolha sem recursos, a responsabilidade impotente, o mandato de empreender, e uma ordem de poder que não se vê em parte alguma e que é impossível de tocar”⁴⁰⁷. Afinal, enquanto a cidadania sacrificial “deixa o indivíduo livre para cuidar de si mesmo”, ela também “o compromete, discursivamente, com o bem-estar geral – demandando sua fidelidade e potencial sacrifício em nome da saúde nacional ou do crescimento econômico”⁴⁰⁸.

Embora as especificidades econômica e competitiva, inerentes à racionalidade neoliberal, sejam fundamentais para o isolamento e o sacrifício dos cidadãos, elas

⁴⁰⁶ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.8.

⁴⁰⁷ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.37.

⁴⁰⁸ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.10.

não se traduzem em uma arte de governo homogênea. A governança neoliberal, bem como o conceito de “Saúde Global”, parece ganhar espaço justamente na abrangência e na generalidade que permitem tornar universais, ainda que difusas, as responsabilidades que deveriam ser assumidas pelo Estado, pelas empresas e pela sociedade como um todo. Dessa forma, a responsabilização passa a ser compreendida como um processo de moralização da ação econômica que acompanha o movimento de economicização da vida política. Para Brown, “a responsabilização é a sobrecarga moral”, que converte, “discursiva e eticamente, o trabalhador, o estudante, o pobre, os pais e o consumidor, naquele cujo dever moral é buscar o autoinvestimento perspicaz e estratégias empreendedoras de autocuidado”⁴⁰⁹. Partindo da concepção apresentada por Brown, considero que as irregularidades presentes nas diversas formas em que o neoliberalismo se manifesta (na ausência de uma identidade comum e nas suas variações espaço-temporais)⁴¹⁰, *são exatamente aquilo que nos permite observar a manifestação e a produção de uma necropolítica e de subjetividades particulares à experiência brasileira*. Assim, a competição internacional em torno dos bens públicos globais será abordada aqui a partir da encarnação dessa racionalidade neoliberal, o que nos ajudará na compreensão de seus efeitos.

4.2.1 Neoliberalismos em disputa: fragmentando a governança global em saúde

Quando consideramos o advento dos mercados globais e as reações que estes fazem emergir para o enfrentamento dos problemas sociais, é preciso ressaltar, tal como o faz Nitsan Chorev, que, embora às vezes seja útil rotular a disputa entre os interesses do mercado e os interesses sociais como uma disputa “neoliberal”, essa classificação reproduz uma imagem totalizante de uma lógica hegemônica, negligenciando importantes variações na sua implementação em diferentes configurações internacionais. Dessa forma, o reconhecimento da diversidade na implementação de políticas compatíveis com o neoliberalismo nos permitiria apreciar, “a cacofonia na qual qualquer regime hegemônico é inevitavelmente constituído”, proporcionando “uma oportunidade de identificar e analisar a

⁴⁰⁹ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.38.

⁴¹⁰ Brown, W. *Idem.*

capacidade das burocracias internacionais, como outros atores, de alterar os significados que lhes são impostos”⁴¹¹.

É sabido que, na década de 1970, os países latino-americanos experimentaram altas taxas de crescimento econômico devido ao elevado endividamento externo, garantido pelo farto crédito oferecido pelos bancos privados internacionais. Entretanto, com o aumento do preço do barril de petróleo e a consequente inflação dos produtos manufaturados exportados pelos países industrializados, provocou-se uma enorme crise no balanço de pagamentos dos países em desenvolvimento. Se, de uma hora para a outra, os países presenciavam o esgotamento dos empréstimos comerciais internacionais e a incapacidade de pagamento de suas dívidas externas; por outro lado, a eclosão da dívida em 1980 os levava a recorrer ainda mais aos governos ocidentais, organizações internacionais e credores comerciais em busca de ajuda adicional para o alívio da dívida⁴¹².

Crucial em diversos aspectos para o movimento pela reforma sanitária e pela criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, a década de 1980 também foi marcada por intensas mudanças nos padrões de relações e nas dinâmicas internacionais, especialmente no tocante às ferramentas disponíveis aos Estados para pensar e elaborar suas distintas estratégias de desenvolvimento. Como afirma Carol Lancaster, este foi o período em que foram experimentados em conjunto tendências e acontecimentos que elevaram o propósito de desenvolvimento da ajuda externa, como: (i) a diminuição na intensidade da competição da Guerra Fria com os movimentos em direção a détente entre Oriente e Ocidente; (ii) a quadruplicação dos preços do petróleo no início da década de 1970 e o crescente endividamento e crises econômicas em muitos países em desenvolvimento ao final da década; (iii) os dois surtos de fome severa, principalmente na África – um em meados da década de 1970 e outro em meados da década de 1980; e (iv) a crescente proeminência do papel das ONGs, que funcionavam cada vez mais não apenas como provedores de serviços, mas também como parte da *advocacy* da ajuda junto a seus próprios

⁴¹¹ Chorev, N. *Restructuring Neoliberalism at the World Health Organization*. Review of International Political Economy, 20:4, 2013, p.654.

⁴¹² Lancaster, C. *Foreign aid: diplomacy, development, domestic politics*. Chicago and London, The University of Chicago Press. 2007, p.36.

governos, tendência observada com maior força sobretudo nos países desenvolvidos⁴¹³.

Este cenário propiciou, naquela época, o fortalecimento dos instrumentos da ajuda em torno da suposta necessidade de se realizar um “ajuste estrutural”, que adaptasse os países em crise à economia política internacional vigente. Com a liderança do eixo anglo-americano sob as administrações Reagan e Thatcher, a liberalização das economias nacionais era combinada no plano internacional com a “diplomacia do dólar forte” e a ofensiva político-militar característica da Guerra Fria⁴¹⁴. Não obstante, em 1979 surgia um novo instrumento de auxílio aos países endividados: uma nova linha de empréstimos concedidos pelo Banco Mundial (BM), caracterizados pelo seu rápido desembolso desde que orientado, sobretudo, para o alinhamento das economias endividadas. Tais empréstimos seriam realizados mediante ajustes estruturais, que por sua vez estabeleceriam diversas reformas, incluindo a desvalorização da moeda, a liberalização do comércio, a redução do déficit público, a expansão das exportações agrícolas, a eliminação dos controles de preços, salários e taxas de juros, dentre uma série de outras mudanças, que ganhavam espaço sob o pretexto de revigorar o crescimento econômico nos países em desenvolvimento.

Durante toda a década de 1980, a elaboração e negociação de tais reformas econômicas nos países em desenvolvimento foram lideradas pelo BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI), sendo apoiados pelos Estados Unidos e boa parte dos países desenvolvidos reunidos no Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE (CAD/OCDE). Para a América Latina, isso implicava que, além de lidar com as mudanças econômicas que se desenhavam na política internacional com o fim da Guerra Fria, era preciso incorporar as reformas neoliberais ao mesmo tempo em que se experimentava a transição democrática após longas décadas de regimes ditatoriais. No Brasil, a década de 1980 também foi aquela em que se assistiu o surgimento dos primeiros casos de HIV/AIDS (1982) e a promulgação da Constituição Cidadã (1988); no resto do mundo, esta foi a década da criação do

⁴¹³ Lancaster, C. *Ibid.* 2007, p.34.

⁴¹⁴ Pereira, J. M. M. (org.) *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)* / Organização de João Márcio Mendes Pereira e Marcela Pronko. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014, p.24.

primeiro Programa Global da AIDS, ainda no interior da OMS (1987), da queda do muro de Berlim, que marcava o fim da URSS e do confronto bipolar da Guerra Fria (1989), e do estabelecimento do Consenso de Washington (1989). Por meio deste último, estabelecer-se-iam as faces mais institucionalizadas do ajuste econômico. Traduzido em um acordo entre BM, FMI, BID, agências de cooperação bilaterais e multilaterais, e o governo estadunidense, o Consenso de Washington determinava diretrizes para os países em desenvolvimento que experimentavam altas taxas de inflação e dívida externa, privilegiando o papel do mercado sobre o Estado, promovendo a privatização de empresas públicas, criando tarifas sobre serviços estatais no campo social, e ampliando sua base tributária⁴¹⁵.

João Márcio Mendes Pereira destaca que a autorização desse tipo de operação estava condicionada a acordo prévio dos mutuários com o FMI, que diagnosticara a crise como um problema de liquidez e não de solvência⁴¹⁶. Ou seja, o FMI via a crise como uma incapacidade dos países de converterem os seus ativos em dinheiro no curto prazo, e não como uma incapacidade dos países em cumprirem seus compromissos fiscais com os recursos que possuem a longo prazo. Assim, visando garantir a manutenção do pagamento do serviço da dívida, a solução para a crise baseava-se na restauração da solvência por meio da diminuição da diferença entre a dívida e o serviço. Segundo Pereira, os ajustes promovidos voltavam-se para a reorientação da produção nacional para bens exportáveis, por meio da redução e do redirecionamento do gasto público. A meta central do ajuste consistia, portanto, na redução do déficit público, especialmente por meio de medidas como a diminuição de gastos com pessoal e do custeio da máquina pública; a redução drástica ou mesmo a eliminação de subsídios ao consumo; a redução do custo per capita dos programas, visando a ampliação do grau de cobertura; e a reorientação de políticas sociais para a saúde e a educação primárias, com o foco do gasto redirecionado à população em condições de pobreza absoluta⁴¹⁷. Tais condições conformaram o que passou a se chamar de “*Condicionalidades de Primeira Geração*”, características da década de 1980, e que deveriam ser cumpridas para o alcance de novos

⁴¹⁵ Cueto, Marcos. *Ibid.*, 2015, p.76.

⁴¹⁶ Pereira, J. M. M. *Ibid.*, 2014, p.25.

⁴¹⁷ Pereira, J. M. M. *Idem*.

empréstimos que pudessem ajudar os países em desenvolvimento a saírem do cenário de crise. Como bem nos lembra Pereira,

o desenho dos programas de ajustamento estrutural não se deu de forma completa e acabada assim que a crise da dívida se instalou. Na verdade, o escopo e a abrangência das condicionalidades exigidas pelo BM e pelo FMI acompanharam decisões dos principais atores envolvidos na gestão da crise. Entre 1982 e 1986, o objetivo central dos programas de ajustamento consistiu na estabilização macroeconômica de curto prazo, deixando em segundo plano as reformas políticas de médio e longo prazo. Todos os programas se baseavam na contenção do consumo interno, no arrocho salarial, no corte de gastos sociais e na redução do investimento público – tudo para assegurar o pagamento do serviço da dívida. A partir de 1983, com a criação do empréstimo de ajustamento setorial, o BM ganhou maior poder de pressão. O novo instrumento logo passou a ser mais usado do que o seu antecessor, em parte porque as condicionalidades exigidas já eram tantas que havia a necessidade operacional de desagregar os empréstimos para ajustamento em operações menores e focalizadas. Também era uma forma de contornar as críticas crescentes acerca da violação da soberania nacional dos Estados devedores. Daí a estratégia de *fatiar o ajuste setor por setor*⁴¹⁸.

Figurando como a região que mais contraiu empréstimos para fins de ajustamento estrutural do que qualquer outra⁴¹⁹, a América Latina observava a ascensão, no início dos 1990, de uma nova plataforma política. Como afirma Pereira, após garantir a vitória de uma racionalidade neoliberal na maior parte dos embates eleitorais, novos espaços se abriam para alianças que ampliassem o acesso da América Latina à crescente liquidez fornecida por um capital financeiro cada vez mais globalizado⁴²⁰. Entretanto, com a redemocratização dos países latino-americanos, assistia-se também a uma crescente participação da sociedade civil, da opinião pública, e de ONGs nas políticas de Estado. Assim, o início da década já era marcado pelo ativismo ambiental, cujas pressões começaram a serem sentidas durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (doravante, Rio 92), realizada em junho de 1992, na cidade do Rio de Janeiro. O próprio BM sofria denúncias constantes acerca dos impactos socioambientais provocados por projetos financiados pela instituição na América Latina, na Ásia e na África. Junto ao descontentamento com tais políticas, tornaram-se crescentes também o descontentamento com os efeitos regressivos decorrentes

⁴¹⁸ Pereira, J. M. M. *Ibid.*, 2014, p.26. *Grifos meus*.

⁴¹⁹ Pereira, J. M. M. *Ibid.*, 2014, p.29.

⁴²⁰ Pereira, J. M. M. *Ibid.*, 2014, p.30.

ou agravados pelos programas de ajuste estrutural, intensificados na década anterior⁴²¹.

Em pouco tempo, somavam-se às campanhas ambientais, a percepção de que eram necessários novos acordos entre credores e devedores, culminando na campanha pelo cancelamento da dívida em países em desenvolvimento “superendividados”, conhecida como “Campanha do Jubileu dos anos 2000”⁴²². Como destacado por Pereira, apesar de negar seu papel na intensificação do endividamento internacional e no engessamento das estratégias de desenvolvimento nacionais na periferia mundial, o BM viu, no desenho das novas alianças características da década de 1990, a oportunidade de estender as condicionalidades econômicas, de modo a incluir também condicionalidades políticas. Acompanhando as intensas mudanças daquela década, as novas condicionalidades – conhecidas também como *condicionalidades de segunda geração* –, visavam frear o descontentamento da opinião pública com os investimentos do banco, e passavam a centrar-se nas bandeiras da boa governança, na promoção de direitos humanos e na garantia do Estado de direito. Como defende Pereira, a ampliação do escopo de ação do BM tornava, portanto, ainda mais inseparáveis as escolhas políticas das escolhas econômicas, fortalecendo a instituição não apenas como um provedor de recursos, mas um agente direto e ativo na formulação de ideias e prescrições de fórmulas de desenvolvimento nas mais diversas áreas da vida social⁴²³.

Ao reformular a percepção da necessidade de gastos em áreas sociais como educação, segurança e saúde a partir da lógica dos cortes e da retirada do Estado, o banco centrava a ação estatal apenas nas áreas que julgava primordial, tendo como alvo as populações em condições de “extrema pobreza”, sempre que a inserção destes na dinâmica de mercado capitalista fosse considerada precária⁴²⁴. Os ajustes

⁴²¹ Pereira, J. M. M. *Idem*.

⁴²² A campanha pedia o cancelamento do débito dos países em desenvolvimento, enfatizando os efeitos das altíssimas dívidas externas e seus impactos nos níveis de pobreza destes países. Dentre os argumentos defendidos, estava a percepção de que os países credores não seriam afetados com o não pagamento da dívida, devido à desigual divisão da riqueza mundial. O movimento pelo perdão das dívidas logrou formar uma coalizão internacional composta por diversos movimentos sociais em mais de quarenta países, além de contar com a participação da Igreja Católica. Ver <https://jubileedebt.org.uk/about-us>

⁴²³ Pereira, J. M. M. *O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate à pobreza”*. Topoi, v. 11, n. 21, jul.-dez. 2010, p. 260-282.

⁴²⁴ Vilas, C. M. *O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas*. In: Pereira, J. M. M. (org.) *Ibid*, 2014, p.70.

propostos pelo Banco respaldavam-se ainda no que Giovanella e Rígoli classificariam como uma espécie de cidadania invertida, “na qual o indivíduo só entra em relação com o Estado no momento em que seus direitos falham e ele passa a ser reconhecido como um não-cidadão”⁴²⁵. Assim, o cidadão passava a ser concebido apenas a partir de uma formulação técnica, como um problema de governança. Isto porque, como argumenta Brown, a governança neoliberal substitui questões liberais e democráticas acerca da justiça por formulações técnicas dos problemas que acometem a vida pública ⁴²⁶.

Dessa forma, com as mudanças provocadas pelas reformas neoliberais, os sistemas de saúde e agências de saúde internacionais precisaram encontrar novas formas de sobrevivência, já que passavam a contar com uma redução substantiva não apenas em seus orçamentos, mas também no capital humano disponível para suas ações. A nova gramática da arte de governo neoliberal implicava assim um “manejo gerencial dos serviços estatais”, que pressupunha uma espécie de neutralidade e naturalidade ao setor privado, como se este pudesse ser mais eficiente e menos corrupto que o público⁴²⁷. Além disso, essa nova abordagem permitia a privatização de burocracias estatais que controlavam serviços sanitários, cuja ideia “salientava a perspectiva tecnocrática e reducionista da saúde global”⁴²⁸, dando ênfase ao tratamento de doenças em detrimento da sua prevenção e do reconhecimento das determinações sociais que impactam a qualidade da saúde nas populações. Como afirma Cueto, estes novos sistemas de governança também inauguravam novas terminologias para se referirem a pacientes como clientes, cujos anseios precisavam ser satisfeitos com “*eficiência, eficácia, qualidade e produtividade*”⁴²⁹. Entretanto, como bem nos lembra Brown, a despolitização neoliberal do mercado não o extermina enquanto um fim político. A despeito das tentativas de “tecnicizar” seu vocabulário travestindo-o de uma neutralidade aparente, suas ambições visam alinhar o exercício da cidadania a uma reconfiguração da vida em sociedade como um modelo empresarial, baseado no crescimento econômico.

⁴²⁵ Giovanella, L.; e Rígoli, F. *apud* ISAGS. *Saúde ao Sul*. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. União das Nações Sul-Americanas, Unasul. Rio de Janeiro, n.13, dezembro. 2017b, p.3.

⁴²⁶ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.21.

⁴²⁷ Cueto, Marcos. *Ibid.*, 2015, p.77.

⁴²⁸ Cueto, Marcos. *Idem.*

⁴²⁹ Cueto, Marcos. *Idem.*

Uma cidadania virtuosa realiza esse alinhamento; uma má cidadania (funcionários públicos gananciosos, preguiçosos consumidores de benefícios, ou trabalhadores insuficientemente flexibilizados) o rejeita. Portanto, enquanto o neoliberalismo formalmente promete libertar a cidadania do Estado, da política, e mesmo das preocupações com o social, na prática ele integra tanto o Estado quanto a cidadania a um projeto comum de crescimento econômico, fundindo moralmente autoconfiança hiperbólica e disposição sacrificial⁴³⁰.

Em seu informe sobre o desenvolvimento social, publicado em 1993 sob o título “*Investir em Saúde*”, o BM passa a defender intervenções baseadas no custo-benefício, induzindo o abandono de programas mais abrangentes nos sistemas de saúde que priorizavam a equidade e a cobertura dos serviços oferecidos. Assim, as ações promovidas pelo banco encaravam a saúde pública como um mecanismo meramente assistencialista, retirando a sua importância na prevenção e na vigilância sanitária das populações⁴³¹, ao mesmo tempo em que incentivava a adoção de medidas que favorecessem subsídios a provedores privados e ONGs prestadoras de serviços de saúde às populações pobres⁴³². O relatório fazia menção à possibilidade de fornecer *vouchers* com os quais essas pessoas poderiam pagar aos prestadores que escolhessem, de modo a fornecer aos mais pobres serviços de saúde gratuitamente ou abaixo do seu custo de mercado⁴³³; e incentivava inclusive, a redução do gasto público em estabelecimentos de nível superior, no treinamento de especialistas e em intervenções que proporcionassem “pouca melhoria da saúde em relação aos fundos gastos”; recomendava o enfoque em ações que financiassem medidas de saúde no combate à doenças específicas, de caráter infeccioso, além de recomendar a concentração de esforços na prevenção da AIDS, no combate à contaminação do meio ambiente e à proliferação de comportamentos que colocassem outros indivíduos em perigo; o relatório também enfatizava o melhoramento da gestão pública da saúde por meio de medidas descentralizadoras de poderes administrativos, recomendando a subcontratação de serviços privados, dentre outros⁴³⁴.

⁴³⁰ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.43-44.

⁴³¹ Cueto, Marcos. *Ibid.*, 2015, p.79.

⁴³² Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud.* Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Julio de 1993, p. 5.

⁴³³ Banco Mundial. *Idem.*

⁴³⁴ Banco Mundial. *Ibid.* 1993, p. 7.

Não obstante, durante toda a década de 1990 os massivos investimentos do BM em áreas em que até então não se envolvia, provocaria múltiplas crises de legitimidade. Chorev ressalta que a primeira crise de autoridade no interior da OMS se dá justamente quando o BM passa a se envolver ativamente em programas de saúde pública. A nova orientação do banco, cada vez mais interessada na reorganização dos setores públicos, aumentou acentuadamente seus empréstimos para a reestruturação da saúde, cuja soma total em 1990 já era maior do que o orçamento total da OMS⁴³⁵.

O aumento do orçamento do BM para saúde significava, em outras palavras, uma queda substantiva na contribuição dos Estados, sobretudo os EUA, para o orçamento da OMS. Isto provocaria assim, uma inflexão na concepção da saúde como um bem prioritário na condução da vida humana, cedendo cada vez mais espaço a concepções que encaram seus desafios por lentes estritamente econômicas. Desde a década anterior, as mudanças nas contribuições obrigatórias para contribuições voluntárias (fornecidas por nações ricas, fundações privadas ou outras organizações internacionais) teriam aumentado significativamente a dependência da OMS por recursos provenientes de um número pequeno de ricos membros e instituições filantrópicas, levantando questionamentos sobre a agenda defendida pela organização. A este respeito, Chorev tem destacado como o deslocamento de autoridade para fora da Assembleia Mundial da Saúde da OMS – devido ao aumento da dependência de fundos voluntários e não-obrigatórios –, traduziu-se na possível perda, pelos países em desenvolvimento, de sua fonte de influência mais valiosa nas Nações Unidas: a regra de que um país também valeria um voto. Quanto a isso, Deisy Ventura e Fernanda A. Perez ressaltam que, embora a atuação da organização tenha se ampliado nos últimos anos, “há evidente decréscimo das contribuições dos Estados para a Organização”, as quais, em 2014, constituíam “apenas cerca de 20% das receitas fixas, quando representavam, em 1998-1999, cerca de 50% delas”⁴³⁶.

O processo de abertura da OMS às contribuições voluntárias teria assim, distorcido as prioridades da agenda em Saúde definida pelos Estados-membros, em favor de

⁴³⁵ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 639.

⁴³⁶ Ventura, D.; Perez, F. A. *A Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde*. Lua Nova, São Paulo, 92: 45-77, 2014, p.53.

uma nova agenda que contemplasse os desejos dos novos doadores – em sua maioria, instituições filantrópicas e braços das indústrias farmacêuticas, cujas doações são direcionadas a projetos e causas específicas, que não necessariamente contemplam as preocupações gerais da organização. A ‘globalização’ do conceito da saúde passava assim, por uma necessidade de justificar uma agenda cada vez mais múltipla, e que partia de atores distintos.

Vale também ressaltar que, entre as décadas de 1980 e 1990, o desenvolvimento humano surgia em uma nova concepção intelectual, dando sequência aos trabalhos de Amartya Sen e Martha Nussbaum sobre as capacidades e os direitos, permitindo considerar o desenvolvimento uma “ferramenta capacitadora”, que promoveria “o alargamento das escolhas pessoais”. Para Sen, a concepção de desenvolvimento como liberdade envolvia tanto processos que permitem a liberdade de ações e decisões, quanto oportunidades que os indivíduos possuem, dadas suas circunstâncias pessoais e sociais⁴³⁷. Apresentando uma interdependência holística ente indivíduo e sociedade, Sen argumentou que, ao mesmo tempo em que as capacidades humanas devem ser estimuladas pelas políticas públicas, estas são influenciadas pelo uso eficaz de capacidades participatórias, que tornam os arranjos sociais mais eficientes⁴³⁸. Aqui, a relação entre desenvolvimento e política passaram a ficar ainda mais evidente. O consequencialismo deontológico desta teoria viu no direito à liberdade a oportunidade de eliminar as restrições ao acesso ao desenvolvimento humano. A interrelação entre as liberdades políticas, econômicas e sociais tornavam, portanto, necessária a pluralidade da agenda e de atores que se apresentavam até então, uma vez que o processo do desenvolvimento, “Quando julgado pelo aprimoramento da liberdade humana, deve incluir a remoção da privação dessa pessoa”⁴³⁹.

Contudo, apesar de fundamental para o estabelecimento de políticas preocupadas com o alcance de metas para o desenvolvimento junto às agências das Nações Unidas, a abordagem do desenvolvimento humano apresentou limitações no que se refere à ausência de uma maior dimensão moral. Pieterse ressaltava que, ao adquirir uma face mais ‘humanizada’, o desenvolvimento humano não desafiou a

⁴³⁷ Sen, Amartya. *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf. 1999, p. 16.

⁴³⁸ Sen, Amartya. *Ibid.* 1999, p. 18.

⁴³⁹ Sen, Amartya. *Ibid.* 1999, p. 37.

racionalidade neoliberal e o princípio da competitividade, mas o respaldou, permitindo que o comércio continuasse a se desenvolver de maneira ainda mais competitiva. Segundo Pieterse, ao partir do paradigma da economia neoclássica, o argumento do capital humano assumiu o indivíduo como unidade de desenvolvimento e não abordou de maneira fundamental o problema do mercado não regulamentado. Assim, com o Estado atuando como fornecedor de habilidades humanas para o mercado, estimulando programas de concorrência global efetiva, o desenvolvimento humano enquanto capital pode se tornar institucional e ideologicamente aceitável por todos⁴⁴⁰.

Em suma, essa redução da cidadania a um investimento, e da humanidade a uma expressão do capital investido, tem alcançado enfraquecer o engajamento político na base social. O único comprometimento permitido é aquele que atrela as pessoas ao crescimento econômico, tornando, portanto, aceitável o seu sacrifício em prol das “necessidades, vicissitudes e desigualdades do capital” e da manutenção da nação como um empreendimento empresarial⁴⁴¹. Como nos lembra Brown, o *homo economicus* neoliberal é consagrado como aquele que detém uma “cidadania sacrificial”, pois é incluído como parte fundamental de um “sacrifício compartilhado”, ainda que desprovido de qualquer garantia legal de um Estado de Direitos e tendo acesso apenas ao compartilhamento do ônus da produção. Dessa forma, nos tornamos mero

capital humano, somos autoinvestidores – responsáveis por nosso sucesso ou fracasso, condenados à dependência e à expectativa de benefícios –, e também um recurso nacional. Enquanto cidadãos, devemos maximizar nossa própria saúde econômica assim como a da nação (ou constelação pós-nacional) através de gastos, poupança, empréstimos, trabalhar ou não trabalhar, dependendo das necessidades imediatas do capital. Para os trabalhadores, isso significa que a solidariedade e o sacrifício, antes direcionados aos sindicatos (nas greves, paralizações etc.), são agora redirecionados para o capital (*downsizing*, licenças, horas e benefícios reduzidos)⁴⁴².

Neste contexto, a crise fiscal e gerencial sofrida pela OMS atrelou a recuperação de seu papel decisivo na política mundial ao papel que a organização desempenharia em temas compatíveis com a arte de governo neoliberal dominante,

⁴⁴⁰ Pieterse, J. N. *Development Theory. Deconstructions/Reconstructions*. London: SAGE Publications, 2010, p. 134.

⁴⁴¹ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.35.

⁴⁴² Brown, W. *Ibid.* 2018, p.42.

particularmente, em relação à noção de crescimento econômico. Para Cueto, a própria criação do Unids, em 1996, seria percebida como uma ação de enfraquecimento da OMS no desenho de uma resposta global. Percebida como um golpe político contra o então diretor da OMS, Hiroshi Nakajima, a criação da Unids trouxe consigo diversas críticas acerca da “falta de objetivos claros, lentidão, ineficiência e o excesso de burocracia”⁴⁴³ da organização, o que teria levado outras instituições filantrópicas e demais pastas da ONU a compor o Unids fora do domínio e da autoridade da OMS⁴⁴⁴. Como afirma Cueto, apesar de ser membro do Unids, a OMS não obteve o controle exclusivo da luta contra a doença. A nova agência surgia assim, a partir da reivindicação de que todas as pessoas vivendo com HIV possuem o direito de conhecer sua condição, bem como de receber o tratamento antirretroviral, utilizado nos países desenvolvidos desde o início da década de 1990⁴⁴⁵. Para Célia Almeida, os questionamentos da capacidade de liderança setorial da OMS e o protagonismo de novos atores no campo da Saúde, como o BM, impulsionariam o debate sobre a reforma da organização, seguindo os princípios de um novo gerencialismo público, que centrava no papel das parcerias público-privadas (PPP) a construção de uma nova governança global da saúde⁴⁴⁶.

Seria apenas sob a administração de Gro Brundtland (1998-2003), com a reestruturação de temas neoliberais em políticas e programas liminarmente diferentes do que o governo dos Estados Unidos ou o BM teriam apoiado, que a OMS conseguiria preservar sua principal agenda organizacional – criando o que Nitsan Chorev identifica como “uma pluralidade de versões neoliberais a nível internacional”⁴⁴⁷. Segundo Chorev, a escolha em aproximar os objetivos da OMS aos objetivos do BM representou também uma alteração nos princípios centrais à organização. Seguindo o BM, a OMS optou por priorizar os cálculos de custo-efetividade, oferecendo programas de intervenções econômicas para os mais necessitados. Embora esta mudança significasse um afastamento da busca por equidade, a burocracia da OMS dela se utilizava para proteger outro princípio: o do acesso universal. Chorev afirma que, ao rejeitar a abordagem que dominara os

⁴⁴³ Cueto, Marcos. *Ibid*, 2015, p.82.

⁴⁴⁴ Cueto, Marcos. *Idem*.

⁴⁴⁵ Cueto, Marcos. *Idem*.

⁴⁴⁶ Almeida, C. *Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais*. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 2:e00197316. 2017, p.3.1

⁴⁴⁷ Chorev, N. *Ibid*. 2013, p. 642.

programas da OMS nas décadas anteriores, enfatizando os cuidados de saúde primários, o relatório da saúde mundial dos anos 2000 oferecia um algoritmo, uma lista de perguntas que deveriam orientar os governos em suas tomadas de decisão, recomendando apenas aquelas intervenções que fossem ‘rentáveis’. O relatório clamava ainda por um “novo universalismo”, que prometia intervenções econômicas para todos, utilizando uma lógica econômica de custo-benefício que prometia soluções médicas para uma população maior, incluindo, mas não exclusivamente, os pobres.⁴⁴⁸

Tal mudança teria acarretado o abandono, pela OMS, da concepção de que a saúde é um aspecto do desenvolvimento social que deve ser perseguido independentemente das preocupações econômicas, implicando no aceite da redução do desenvolvimento social ao desenvolvimento econômico⁴⁴⁹. Adotava-se, então, a premissa de que a saúde era boa (e fundamental) para o crescimento econômico. Ao apresentar a saúde como um aspecto importante do desenvolvimento econômico em vez de um objetivo em si mesmo, pactuou-se, para citar Chorev, com o risco de atrair investimentos apenas quando estes apresentarem o benefício adicional de melhorar o crescimento econômico e, possivelmente, apenas se esta for uma escolha mais eficaz do que o investimento em outros setores⁴⁵⁰.

Sob a gestão de Brundtland, a justificativa da liderança da OMS na intervenção e investimento no setor saúde consagrou-se por meio do relatório da Comissão de Macroeconomia e Saúde, cuja equipe era financiada pela Fundação Bill & Melinda Gates e liderada pelo economista da Universidade de Harvard, Jeffrey Sachs. Sachs era o então responsável pela implementação das ‘terapias de choque’ neoliberais nos países em desenvolvimento. Por meio da promessa de crescimento econômico, a OMS passava a aceitar a reduzida visão econômica do desenvolvimento, concentrando-se na questão do crescimento global a nível nacional, e não mais na necessidade da distribuição equitativa dentro de um país⁴⁵¹. A estratégia de Brundtland visava superar as críticas às lentas respostas dos sistemas de saúde nacionais no combate a doenças individuais específicas (como a tuberculose, a

⁴⁴⁸ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 647.

⁴⁴⁹ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 643.

⁴⁵⁰ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 655.

⁴⁵¹ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 645.

malária e o HIV/AIDS), localizando nas PPP e nos fundos globais os meios para reunir investimentos e parceiros com características diversas, congregando desde agências bilaterais e multilaterais, à empresas farmacêuticas e governos nacionais⁴⁵². O relatório final da Comissão, lançado em dezembro de 2001, reorientava os trabalhos da OMS. Nele exaltavam-se os benefícios dos novos mecanismos de financiamento, como o modelo de PPP das Iniciativas Globais em Saúde; encorajava-se a participação de atores privados no processo de decisão nas questões de saúde, principalmente a indústria farmacêutica; e explicitava-se a preocupação com conflitos de interesses que pudessem constranger (e não salvaguardar) a implementação da nova forma de trabalho⁴⁵³.

Neste sentido, a virada neoliberal na OMS adquiriu claras implicações políticas: a justificativa por novas fontes de financiamento se corroborou na busca pelo crescimento econômico, que agora significaria uma injeção massiva de recursos voltados à execução de serviços em saúde fornecidos pela iniciativa privada⁴⁵⁴. O alcance global da saúde viria agora, por meio de uma nova lógica, que se estabelecia a partir da necessidade de diferenciação em relação ao BM. Segundo Chorev, diferentemente do que argumentava o Banco, que focava *no investimento econômico para o trato da pobreza e da doença*, relegando a administração dos bens públicos à boa vontade do setor privado; a OMS passava a argumentar que *a doença levaria ao subdesenvolvimento*, impedindo terminantemente o crescimento econômico dos países. A saúde deveria ser colocada, portanto, no centro das políticas para o desenvolvimento que eram contempladas pelas parcerias público-privadas. Assim,

a burocracia da OMS conseguiu aderir a essas prescrições neoliberais ao submetê-las, pelo menos em parte, às suas próprias prioridades. Em um contexto em que se espera que os países fiscalmente responsáveis minimizem suas intervenções em saúde, a burocracia da OMS foi capaz, por meio de conformidade estratégica, de usar uma lógica econômica para legitimar o princípio de fornecer serviços de saúde a todos e mobilizar apoio para intervenções que afetam pobres, ampliando assim o escopo de intervenção considerada legítima sob o neoliberalismo⁴⁵⁵.

(...) a OMS confiou na mesma lógica que justificava seu envolvimento com o setor privado, a saber, que as empresas poderiam ser e eram socialmente responsáveis e, portanto, potencialmente “parte da solução”. De acordo com argumentos neoliberais,

⁴⁵² Cueto, Marcos. *Ibid.*, 2015, p.81.

⁴⁵³ Almeida, C. *Ibid.* 2017, p.6.

⁴⁵⁴ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 645.

⁴⁵⁵ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 648. *Tradução livre realizada pela autora.*

as corporações não apenas foram capazes de se governar de maneira mais eficiente com menos regulamentação governamental, mas também de se autogovernar com responsabilidade. A OMS conseguiu fazer uso dessas reivindicações contra o setor do tabaco. Stella Bialous, da Iniciativa Livre de Tabaco da OMS, relatou: ‘O recurso exclusivo dos produtos de tabaco - que matam seus consumidores quando usados conforme as instruções do fabricante - torna as operações em andamento das empresas de tabaco incompatíveis com a própria noção de responsabilidade social corporativa’⁴⁵⁶.

Isto posto, deve-se evidenciar o caráter duplo da dinâmica engendrada pelos arranjos institucionais que as PPP da OMS incentivaram: ao mesmo tempo em que se procurou ativamente incrementar as relações com o setor privado, a burocracia da OMS também fez objeções, em 1995, às regras de propriedade intelectual expressas no Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (em inglês, *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* – doravante TRIPS), bem como apoiou fortemente, em 2003, a regulamentação do setor de tabaco. Como afirma Chorev, para proteger os interesses defendidos nos foros internacionais, as ‘estratégias adaptativas’ levadas a cabo pelas burocracias internacionais também disputam o lugar da saúde no mercado global, refletindo na consolidação de novas formas híbridas de lidar com a saúde. Afinal, a posição da OMS não pode ser reduzida à necessidade de satisfazer as demandas dos Estados-membros, já que as preferências ideacionais de sua burocracia eram frequentemente informadas pelos princípios da Carta Constitutiva da organização, que estabelece dois compromissos centrais como sua missão: (i) o acesso universal aos serviços de saúde; e (ii) a qualidade dos serviços de saúde prestados. Nesse sentido, Chorev ressalta que o alcance de tal compromisso e a compreensão da melhor forma de o perseguir dependeram sempre do ‘ethos’ e da experiência profissional em saúde pública da equipe de trabalho no interior da organização⁴⁵⁷.

O crescimento contínuo dos fundos globais de saúde, que desde os anos 1990 provocaram um aumento extraordinário nos fundos extraorçamentários da OMS, fez com que a capacidade da organização de gerenciar a agenda global de saúde se dirimisse e se dividisse entre diversas instituições ao longo das décadas seguintes. Não obstante a erosão de seu protagonismo, dentre as numerosas dificuldades

⁴⁵⁶ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 653. Tradução livre realizada pela autora.

⁴⁵⁷ Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 638.

enfrentadas pela OMS na realização de suas funções, Ventura e Perez também apontam para: a escassez e a natureza do seu financiamento; os conflitos de interesse dos especialistas e dos países-membros (que vieram à tona durante a gestão da pandemia de gripe A (H1N1), e que também se verificaram durante a pandemia de Covid-19); as dificuldades de comunicação e os problemas de governança interna⁴⁵⁸. As autoras ressaltam que, apesar da crise de legitimidade da OMS datar de muito antes, a pandemia de gripe A (H1N1) de 2009-2010 representou um marco na exposição pública de suas disfunções. Sob a administração de Margaret Chan (2006-2017), a organização também teve de lidar com as denúncias de que teria mudado propositalmente sua definição de pandemia para compreender um evento de menor porte⁴⁵⁹, servindo aos interesses da indústria farmacêutica, com o estabelecimento de contratos milionários de compras de vacinas⁴⁶⁰. Em 2020, a OMS passará ainda por um processo de reavaliação e reforma de seu sistema de declaração de emergência global, após acusações dos Estados Unidos de que a organização havia demorado em notificar sobre a Covid-19, cedendo a pressões da China⁴⁶¹.

Em suma, a arte de governo neoliberal que circunda as aspirações de uma agenda de Saúde Global não pode ser considerada monolítica ou coerente, mas sim, como afirma Chorev, um conjunto de distintas expressões de '*estratégias adaptativas*'. Em geral, as estratégias empreendidas pela OMS e pelas organizações internacionais resultam em uma tentativa de criar sua própria versão do universo hegemônico, a partir de uma "colagem de neoliberalismos realmente existentes" no nível global⁴⁶². Nos parece que o mesmo se passa com o conceito de Saúde Global: uma colagem de definições pré-existentes, cada qual em disputa por seus próprios ideais institucionais e diante de uma sobrevivência que é atravessada e ameaçada pela difusa governança neoliberal.

⁴⁵⁸ Ventura, D.; Perez, F. *A Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde*. Lua Nova, São Paulo, 92, 2014, p.52.

⁴⁵⁹ Ventura e Perez ressaltam que, "mesmo nas piores estimativas, a pandemia [de H1N1] teria causado um número de mortes inferior ao das gripes sazonais – segundo a OMS, de 250 mil a 500 mil casos" (2014:58).

⁴⁶⁰ Ventura, D.; Perez, F. *Ibid.* Lua Nova, São Paulo, 92, 2014, p.59.

⁴⁶¹ Chade, Jamil. *Brasil fica de fora de comitês para reformar a OMS*. UOL. 08/09/2020. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/09/08/sem-prestigio-brasil-fica-de-fora-de-reforma-da-oms.htm?cmpid=copiaecola>>. Acessado em outubro de 2020.

⁴⁶² Chorev, N. *Ibid.* 2013, p. 656.

4.3

Entre Fundos Globais e Filantropocapitalismo: a Governança Global da Saúde no século XXI

A consagração da arte de governo neoliberal e o seu enquadramento no conceito de Saúde Global sugere também uma mudança na interpretação dos bens públicos que permeiam as políticas globais. Tal enquadramento, permite que estes sejam interpretados a partir de sua capacidade produtiva, orientando, assim, as ações em saúde a partir da perspectiva de como este setor pode contribuir para o crescimento econômico mundial. A partir desta percepção, novas tentativas de centralizar a noção de saúde em torno de concepções estritamente biomédicas e tecnicistas são colocadas em prática, de modo a compreendê-la de maneira limitada, isolando-a como uma medida terapêutica no trato das doenças e na preservação do corpo físico.

Isto não se passa, no entanto, sem que ocorram choques diretos com outras concepções da saúde, que a compreendem como uma manifestação do bem-estar humano, e que, portanto, dependem da interação de diversas determinações sociais para o seu alcance. Neste sentido, o lócus central dessa disputa de distintas percepções da saúde tem se dado no seio da OMS, colocando em questão concepções outrora definidoras de sua carta constitutiva, como é o caso da noção de saúde universal e do direito à saúde. Assim, além de contar com um decréscimo das contribuições de Estados nas últimas décadas, a OMS se viu enfrentando, na alvorada do novo século, a ingerência privada em sua agenda política e em seus recursos, agora também delimitados pela agenda de doadores privados em detrimento das agendas decididas em votação por Estados e seus representantes democraticamente eleitos.

Isto posto, o início do século XXI configura um marco na ascensão do neoliberalismo e de uma nova arte de governo. Ao longo de sua primeira década, a governança da Saúde Global pôde se fragmentar para dar conta do aumento substancial nos números de atores e dos fluxos de investimentos que estes mobilizam nessa área. Assim, a filantropia pode encontrar, na emergência da nova arte de governo neoliberal, a possibilidade de sua própria ascensão no campo da saúde. Com isso em mente, veremos nesta seção como tais mudanças nos indicam,

ainda, que o sequestro das agendas políticas globais tem sido definido a partir do surgimento de uma nova expressão do capitalismo em sua fase financeira: o filantropocapitalismo.

Parte fundamental nessa mudança de abordagem e governança, as dinâmicas que permitiram a emergência e o fortalecimento das PPP a partir de 1990, são fruto da diversificação de atores no campo da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), mas não apenas. Célia Almeida tem apontado três motivos fundamentais para o crescimento dessas parcerias desde então, sendo eles: (i) *a construção político-ideológica da pobreza como objeto das políticas internacionais*, impulsionada a partir da ação do BM após a constatação de que o crescimento econômico não teria logrado, sozinho, alavancar a diminuição da pobreza nos países em desenvolvimento; (ii) *o descrédito nas agências da ONU*, que passaram a serem consideradas inefetivas e custosas, a partir da reivindicação de uma agenda política de “boa governança” formalizada em 1992 pelo DAC/OECD; e (iii) *a ascensão de uma abordagem de múltiplas parcerias*, calcada na difusão da ideia de que a complexidade dos problemas globais exigia a participação de atores diversos, tanto públicos quanto privados, e “a globalização econômica exigiria um Estado diferente daquele estruturado no pós-guerra”⁴⁶³. Assim, desde o final da década de 1990 surgiriam parcerias focadas no combate de doenças infecciosas específicas, como o HIV/Aids, a malária e a tuberculose. Se em 1996 a criação da Unaid dava sinais desse novo estilo de parceria, em 1998 a aliança público-privada se fortaleceria na reunião da OMS, BM, Unicef, Pnud e Usaid em torno da iniciativa “*Roll Back Malaria*” – conhecida também como *RBM Partnership to End Malaria* (em português, “Parceria RBM para Acabar com a Malária”) – cuja ambição era erradicar a doença globalmente⁴⁶⁴, melhorando as atividades de controle e enfatizando o uso de métodos educativos de saúde pública⁴⁶⁵.

Em setembro de 2000, 189 países aprovariam o estabelecimento de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com o compromisso de trabalharem juntos em um novo cenário internacional, que valorizasse os arranjos multilaterais no

⁴⁶³ Almeida, C. *Ibid.* 2017, p.3.

⁴⁶⁴ Ver <https://endmalaria.org/about-us/overview>

⁴⁶⁵ Cueto, M. *Ibid.* 2015, p. 83.

mundo pós-Guerra Fria. Os ODMs se vinculariam às metas globais de saúde, enfatizando: a redução da mortalidade infantil (ODM3), a promoção da saúde materna (ODM5), e o combate à AIDS, à malária e outras doenças (ODM6) até o ano de 2015. Além disso, a agenda lançava o desafio de se estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento (ODM8), que visasse não apenas atender às necessidades de países menos desenvolvidos, mas também fortalecer a abertura do sistema financeiro e comercial, além de contar com amplas parcerias com a indústria farmacêutica na promoção do acesso a medicamentos essenciais. Para Cueto, a agenda dos ODM depositava esperanças de que uma parceria com o setor privado pudesse tornar disponível a todos os países os benefícios de novas tecnologias, em especial tecnologias de informação e comunicação⁴⁶⁶. Os ODM conformavam assim, uma agenda global que transcendia o campo da saúde e o conectava, definitivamente, com os auspícios de uma governança global neoliberal. Contudo, uma reformulação da agenda aconteceria na década seguinte, uma vez que a própria definição dos ODM, liderada principalmente por agências bilaterais e entes privados, contou com pouca participação de países pobres, resultando, segundo Cueto: (i) na falta de clareza sobre os meios para se alcançar os objetivos, (ii) na ênfase exagerada em indicadores nacionais que mascaravam desigualdades internas e (iii) na pouca capacidade de os atingir no prazo⁴⁶⁷.

Com o alvorecer do novo século, as iniciativas globais de PPP em saúde se multiplicariam, tendo à frente da maior parte delas a Fundação Bill e Melinda Gates (em inglês, *Bill and Melinda Gates Foundation* – BMGF), criada em janeiro de 2000. A fundação nascia junto de diversas outras iniciativas globais, das quais não apenas fazia parte, como também lideraria. Dentre as iniciativas de maior destaque estiveram a *GAVI Alliance (Global Alliance for Vaccine Immunization*, em português, “Aliança Global para Vacinas e Imunização”), cujo objetivo é incentivar os fabricantes a baixarem os preços das vacinas para os países mais pobres em troca da garantia de uma demanda previsível, a longo prazo, e em alto volume⁴⁶⁸. Ou seja, seus esforços se baseiam em promover o encontro de grandes farmacêuticas com grandes reservas de mercado nos países em desenvolvimento. O sucesso da

⁴⁶⁶ Ver <https://nacoesunidas.org/os-oito-odms/>

⁴⁶⁷ Cueto, M. *Ibid.* 2015, p. 86-87.

⁴⁶⁸ Ver <https://www.gavi.org/our-alliance/about>

iniciativa consagrava a nova fase da OMS e a recuperação de seu prestígio nos termos da agenda global do neoliberalismo. Não obstante, Gro Brundtland, então diretora da OMS, celebrou a criação da GAVI como “uma fusão de nossas vantagens comparativas, que visa oferecer mais do que cada um de nós pode fazer se seguirmos sozinhos”⁴⁶⁹. As críticas em torno da Aliança ressaltam a ênfase dada pela parceria na aquisição de novas e inovadoras vacinas, em detrimento da garantia de uma vacinação básica universal⁴⁷⁰. Apesar da OMS, do Unicef, do Banco Mundial e da Fundação Bill & Melinda Gates possuírem cadeiras permanentes⁴⁷¹, a GAVI Alliance também é criticada pela forte representação da indústria em seu conselho e por subsidiar diretamente os lucros da já altamente lucrativa indústria farmacêutica⁴⁷².

Outra parceria, a “Stop TB” (Pare a Tuberculose)⁴⁷³, criada em 2001, lançou uma campanha que defendia a garantia de diagnósticos, tratamentos e cuidados a todos que necessitam para o combate à doença. Sua estratégia seria conhecida como *Dots* (sigla em inglês para *directly-observed treatment, short-course* – tratamento diretamente observado de curto curso), e foi considerada bem sucedida por combinar o tratamento supervisionado com drogas de qualidade e uma boa vigilância sanitária⁴⁷⁴. Assim, a iniciativa abriu o caminho para um empreendimento ainda mais ambicioso, expresso no Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária (em inglês, *Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria* – GFATM), lançado em 2002. Criado com o objetivo de controlar e distribuir os recursos para prevenir e tratar o HIV/Aids, a Tuberculose e a Malária, o Fundo Global consagrou estas doenças como doenças prioritárias na agenda da saúde global, mobilizando e investindo mais de US\$ 4 bilhões/ano para apoiar programas em mais de 100 países⁴⁷⁵. Atualmente, o GFATM é o maior financiador mundial de programas cujo foco é centrado na distribuição de soluções pontuais, como os mosquiteiros para combater a malária, a oferta de tratamento

⁴⁶⁹ Ver <https://www.gavi.org/our-alliance/operating-model>

⁴⁷⁰ Birn, Anne-Emanuelle. *Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda*. *Hypothesis*, 12(1): e8, doi:10.5779/hypothesis.v12i1.229. 2014, p.24.

⁴⁷¹ Ver <https://www.gavi.org/governance/gavi-board/composition>

⁴⁷² Birn, Anne-Emanuelle. *Idem*.

⁴⁷³ Ver <http://www.stoptb.org/>

⁴⁷⁴ Cueto, M. *Ibid.* 2015, p.

⁴⁷⁵ Ver <https://www.theglobalfund.org/en/overview/>

antituberculose e a distribuição gratuita de antirretrovirais para HIV/Aids⁴⁷⁶. Divulgado como um investimento “inteligente”, o GFATM seguiu à risca as recomendações do BM, se consagrando como “um órgão regulador que estabelece padrões e aconselha boas práticas, e não propriamente sua organização operacional”⁴⁷⁷. Apesar de fazerem parte do Fundo Global, BM, OMS e Unaid não possuem direito a voto em seu conselho, ainda que o setor privado, representado pela farmacêutica Merck & Co, e as fundações privadas, representadas pela Fundação Gates, o tenham⁴⁷⁸.

De acordo com o consultor independente da BMGF⁴⁷⁹ entrevistado para esta pesquisa, é importante ressaltar que a GAVI e o GFATM são considerados mecanismos de acesso a produtos *quase* multilaterais: “eles não são agências da ONU, mas eles trabalham muito próximos de agências da ONU, com um nível de prestação de contas que também é talvez maior do que de algumas agências da ONU”. Ainda de acordo com o consultor, mesmo que para a América Latina a GAVI não tenha sido tão importante, por não ser o único mecanismo disponível para o acesso a vacinas (o Fundo Rotatório da OPAS já garante às populações dos países das Américas o rápido acesso a vacinas e insumos estratégicos por meio de cooperação internacional⁴⁸⁰), ele acaba complementando a distribuição para países mais pobres, significando uma revolução no acesso a tratamentos para o resto do mundo:

Então o GAVI não é tão importante na América Latina, porque não precisou. Ele acaba complementando para os países mais pobres. Mas para o resto do mundo foi uma revolução no acesso ao tratamento. Assim como o Fundo Global também o é. Você ter um mecanismo como o Fundo Global que basicamente amealha recursos de múltiplas fontes, e com critérios objetivos e técnicos, aplica esses recursos onde eles são mais necessários com base em propostas dos próprios países, é uma coisa muito diferente de uma Fundação Gates que investe em uma pesquisa aqui e outra ali. E fez uma diferença. O impacto do Fundo Global no tratamento de HIV, TB e Malária, é brutal. É brutal. (...) A discussão do Fundo Global ela veio a partir de uma sessão especial das Nações Unidas para a Aids. A pergunta na época era como é que a gente vai fazer para garantir acesso a tratamento ao redor do mundo para pessoas com Aids nos países pobres. A gente precisa de um mecanismo internacional. Mas

⁴⁷⁶ Cueto, M. *Ibid.* 2015, p.85.

⁴⁷⁷ Cueto, M. *Idem.*

⁴⁷⁸ Ver <https://www.theglobalfund.org/en/board/constituencies/>

⁴⁷⁹ Atendendo à solicitação do entrevistado para que sua identidade fosse preservada, suas contribuições para este trabalho serão relatadas daqui em diante como “consultor independente da BMGF”, sem que façamos alusão ao seu nome verdadeiro. Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁴⁸⁰ Ver <https://www.paho.org/pt/topicos/fundo-rotatorio-da-opas>

só para Aids? Bom só para a Aids não, vamos olhar para outras questões que matam também... E aí se incluiu TB [tuberculose] e malária, que também são causas de mortalidade importante nos mesmos contextos. Então sem o Fundo Global a gente não teria controlado praticamente como controlou a epidemia de Aids, com redução maciça de mortes, com redução basicamente universal de transmissão materna e infantil. E seria totalmente impossível. E isso é apoiado por fundações, governos etc. Então quando a gente fala dessas Fundações, elas atuam muito para sustentar esses mecanismos. A OMS, com os ataques do governo Trump, hoje, sem o apoio da Fundação Gates estaria ferrada. Estaria numa situação muito pior⁴⁸¹.

Por outro lado, Anne-Emmanuelle Birn ressalta que a criação do GFATM também ocasionou o enfraquecimento do movimento social transnacional pela reforma da propriedade intelectual, no final dos anos 90 – que visava facilitar o acesso aos medicamentos para HIV/AIDS em países de baixa e média renda por meio de ações judiciais⁴⁸². A estratégia, que começava a encontrar respaldo legal na sua luta contra os preços excessivos praticados pelas indústrias farmacêuticas, teve como caso emblemático a ação ganha pelo “*AIDS Law Project*”⁴⁸³ na África do Sul em 2002, que determinava a emissão de licenças genéricas voluntárias para a produção de medicamentos contra a Aids. Assim, por meio da alocação dos recursos bilionários movimentados pelo fundo, os medicamentos se tornaram mais acessíveis graças ao fluxo de doações filantrópicas e bilaterais, atenuando as reivindicações sociais por uma reforma dos acordos de propriedade intelectual⁴⁸⁴. A solução residiu, portanto, não em uma discussão acerca das regras impostas por grandes indústrias à países pobres, mas sim por um modelo de PPP que garantisse o retorno do investimento às maiores empresas farmacêuticas mundiais.

Birn destaca que embora a Fundação Gates tenha retirado muitas de suas participações farmacêuticas diretas em 2009, seu interesse na indústria farmacêutica permanece através das participações da Berkshire Hathaway, pertencente a um de seus mais importantes doadores, Warren Buffett. Cerca de 50% do fundo da BMGF está investido na Berkshire Hathaway, que reúne participações em empresas como Johnson & Johnson, Sanofi-Aventis, Coca-Cola, McDonald's, Monsanto, Nestlé, Procter & Gamble, entre outras⁴⁸⁵. Além disso, a Fundação Gates

⁴⁸¹ Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁴⁸² Birn, Anne-Emanuelle. *Ibid.* 2014, p.23.

⁴⁸³ Human Rights Watch. *AIDS Law Project of South Africa Honored*. September 11, 2003. Disponível em <<https://www.hrw.org/news/2003/09/11/aids-law-project-south-africa-honored>>. Acessado em maio de 2020.

⁴⁸⁴ Birn, Anne-Emanuelle. *Idem.*

⁴⁸⁵ Birn, Anne-Emanuelle. *Ibid.* 2014, p.26.

teve em seu corpo administrativo executivos seniores cujas carreiras incluem passagens por diversas gigantes farmacêuticas, como a GlaxoSmithKline, a Novartis AG e a Merck. Como afirma Birn, as iniciativas da Fundação Gates em diversas áreas como saúde e agricultura podem muito bem beneficiar essas e outras empresas “nas quais a Fundação Gates, a Berkshire Hathaway e os membros da família Gates são os principais acionistas”⁴⁸⁶.

Em 2003, surgia também o Pefpar (*President's Emergency Plan for AIDS Relief* – em português, Plano de Emergência do Presidente para o Alívio da Aids), uma iniciativa governamental lançada pelos Estados Unidos para lidar com a epidemia global de HIV/Aids durante a presidência de George W. Bush, em 2003. Desde o início do plano, estima-se que o governo dos EUA já investiu mais de US\$ 85 bilhões na resposta global ao HIV/Aids, em mais de 50 países ao redor do mundo. Apesar dos robustos investimentos, o programa se concentra sobretudo, na oferta de medicamentos e diagnósticos, negligenciando “o apoio à infraestrutura, à provisão de serviços e ao fortalecimento dos sistemas de saúde como um determinante da saúde”, e reforçando “a perspectiva conservadora também na cooperação internacional e na ajuda externa para o desenvolvimento em saúde”⁴⁸⁷. Três são os objetivos elencados pelo Pefpar: (i) assegurar a oferta e distribuição de testes e medicamentos associados ao tratamento de indivíduos infectados; (ii) priorizar o fornecimento de serviços para órfãos e crianças vulneráveis, afetados quando um dos pais ou responsável é perdido em decorrência da doença; e (iii) acelerar o progresso do controle da pandemia em treze países que representam as comunidades mais vulneráveis ao HIV/Aids até 2020. O programa, que é um dos maiores do mundo no combate ao HIV/Aids, tem marcado a proeminência dos Estados Unidos como o principal investidor governamental na agenda de Saúde Global, e é liderado e gerenciado pelo Escritório do Coordenador Global de AIDS e Diplomacia de Saúde do Departamento de Estado dos EUA, envolvendo sete departamentos e agências governamentais estadunidenses em sua implementação⁴⁸⁸.

⁴⁸⁶ Birn, Anne-Emanuelle. *Idem*.

⁴⁸⁷ Almeida, C. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: Buss, P. M.; e Tobar, S. (org.) *Diplomacia da Saúde e Saúde Global. Perspectivas Latino-Americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. Apresentação. p. 49.

⁴⁸⁸ Ver <https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-global-aids/pepfar>

Por sua vez, o programa “Grandes desafios em Saúde Global” (em inglês, *Grand Challenges in Global Health – GCGH*)⁴⁸⁹ – lançado pela Fundação Gates com apoio da Usaid e do governo canadense em 2003, e aprimorado em 2008 – financiou cientistas de dezenas de países para realizar projetos de pesquisa em termos tecnológicos e circunscritos, que não priorizavam entendimentos integrados com perspectivas sócio-políticas⁴⁹⁰. Birn também destaca que, embora tenha gastado aproximadamente um bilhão de dólares em sua primeira década, o GCGH ofereceu um meio valioso para divulgar e validar a abordagem ‘tecnicista’ da Fundação na comunidade científica, trazendo sérias consequências para a abordagem da saúde. Segundo Birn, mesmo o 16º desafio do programa que era inerentemente ligado a uma série de fatores sociais, sobre “Descobrir novas maneiras de alcançar um nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis”, identificou “‘caminhos moleculares’ como o principal obstáculo para entender o que está subjacente à má saúde infantil, sem referência às condições de vida dos recém-nascidos e de suas famílias”⁴⁹¹. Assim, a desconexão entre as condições de saúde e seus determinantes sociais, incentivada por uma abordagem da saúde com foco na doença e na produção de tecnologia, tem produzido um círculo vicioso entre a diminuição da atenção sobre problemas sociais estruturantes, a promoção de soluções estritamente técnicas e gerenciais para problemas de saúde, e a sua oferta por entes privados mediante o patrocínio público.

Como destacado por Birn, quando e se abordadas, as iniciativas que visam não apenas fornecer soluções tecno-biomédicas e que fornecem apoio a sistemas nacionais de saúde, são executadas em níveis significativamente mais baixos – à margem dos esforços tanto em termos monetários quanto publicitários, de forma que não representem por si só uma alternativa ao *modus operandi* dos fundos e filantropias globais⁴⁹². Ainda segundo Birn, esse modelo prevalece, pois é favorecido pelo domínio principal da Fundação Gates nos órgãos formais de tomada

⁴⁸⁹ Ver <https://grandchallenges.org/>

⁴⁹⁰ Birn, Anne-Emanuelle. *Ibid.* 2014, p.20.

⁴⁹¹ Birn, Anne-Emanuelle. *Ibid.* 2014, p.21.

⁴⁹² Birn ressalta que, em 2006, a BMGF concedeu uma doação inicial de US\$ 20 milhões para o lançamento da Associação Internacional dos Institutos Nacionais de Saúde Pública, visando apoiar inúmeros institutos em países de baixa e média renda, incluindo Cuba. Em 2007, a BMGF forneceu US\$ 5 milhões à Aliança Global da Força de Trabalho em Saúde da OMS, que busca solucionar a escassez de pessoal de saúde em regiões de baixa renda. Contudo, tais doações são expressivamente menores quando comparadas a outras prioridades da Fundação. Birn, Anne-Emanuelle. *Ibid.* 2014, p.22.

de decisão em saúde global. Criado em 2007 sob o pressuposto de estimular o alcance aos ODMs relacionados à saúde, *Health 8* (H8) incorporou as principais instituições mundiais de saúde em um grupo onde são realizadas reuniões a portas fechadas, para decidir a agenda global da saúde⁴⁹³. Fazem parte do H8: OMS, Unicef, UNFPA, Unaid, Banco Mundial, Aliança GAVI, GFATM, e, obviamente, a BMGF⁴⁹⁴.

4.3.1 Os fluxos financeiros da Saúde Global

A despeito da crise financeira mundial, entre 2007-2008, o fortalecimento das alianças globais em saúde se apresentaria, também, como uma enorme oportunidade para a política externa de países desenvolvidos. Em 2009, o governo Obama lançaria sua “Iniciativa Global de Saúde” com um orçamento de US\$ 63 bilhões para 6 anos, reforçando seu apoio aos cuidados de saúde, especialmente no contexto da crise financeira internacional que afetava duramente os países mais pobres⁴⁹⁵. A Iniciativa visava melhor coordenar e integrar a estrutura da ajuda internacional estadunidense, além de centrar sua abordagem em políticas focadas na produção de resultados, aumentando o apoio do país a alianças globais como a GAVI e a GFATM⁴⁹⁶. A saúde global era então percebida como elemento de interesse nacional, seja com o objetivo de proteger os cidadãos estadunidenses de ameaças externas à saúde, seja a partir da preocupação com populações vulneráveis ao redor do mundo. Suas ações centravam-se em políticas de saúde que atacassem a desigualdade de gênero; incentivassem a maior cooperação entre receptores e doadores na criação de sistemas de saúde e no fortalecimento de sistemas de saúde; na promoção de parcerias globais; na integração do setor saúde com atividades de outros setores observados como relevantes para sua determinação social – como água e saneamento, educação, segurança, desenvolvimento econômico, etc.; na pesquisa e inovação que favoreçam a mensuração de resultados a nível populacional; e na melhoria de métodos de monitoramento e avaliação de

⁴⁹³ Birn, Anne-Emanuelle. *Idem*.

⁴⁹⁴ Ver http://origin.searo.who.int/entity/partnerships/topics/donors_ghp_h8/en/

⁴⁹⁵ Bendavid, Eran; and Miller, Grant. “*The US Global Health Initiative: informing policy with evidence.*” *JAMA* vol. 304,7 (2010): 791-2. doi:10.1001/jama.2010.1189

⁴⁹⁶ Bendavid, Eran; and Miller, Grant. *Ibid.* 2010, p.1.

programas, permitindo o diagnóstico de necessidades e um planejamento mais consistente da implementação de uma agenda de avaliação⁴⁹⁷.

Dados do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (em inglês, *Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME*) da Universidade de Washington, mostram que entre 2009 e 2019, os fluxos de financiamento dos EUA em saúde global representariam um total de US\$ 139 bilhões. Apenas em 2019, o financiamento estadunidense para a SG representaria um volume de acordo com a média do país nos últimos 10 anos: US\$ 12 bilhões⁴⁹⁸. O valor é equivalente a aproximadamente 30% do volume total dos fluxos globais para o financiamento da saúde, que em 2019 totalizavam cerca de US\$41 bilhões. Deste total, 9,5% dos fluxos foram financiados pela BMGF totalizando US\$ 3,9 bilhões – dos quais US\$ 2,5 bilhões foram gastos em atividades e projetos internos da fundação, e outros US\$ 1,4 bilhões divididos em doações para fundos globais (Gavi com US\$ 410 milhões e GFATM com US\$ 260 milhões), ONGs e outras fundações (US\$ 460 milhões), e agências do sistema ONU (US\$270 milhões). Outros tipos de filantropia privada, como as doações corporativas, de ONGs e de outras fundações (exceto a BMGF), totalizaram 11%, atingindo a marca de US\$ 4, 6 bilhões em 2019⁴⁹⁹. Ainda segundo o IHME, a participação substantiva de países desenvolvidos se distribuiu entre: Reino Unido, com aproximadamente 8,5% (US\$ 3,5 bilhões); Alemanha, com 5,1% (US\$ 2,1 bilhões); Canadá, com 2,6% (US\$ 1,1 bilhão); França, com 1,8% (US\$ 760 milhões); e Austrália, com 0,85% (US\$ 350 milhões). Países não participantes do CAD/OCDE somam, juntos, cerca de 1,9% (US\$ 790 milhões) em fluxos de financiamento para a SG⁵⁰⁰ (*ver gráfico 1*).

⁴⁹⁷ Ribeiro, H. *Ibid.* 2016, p. 25-26.

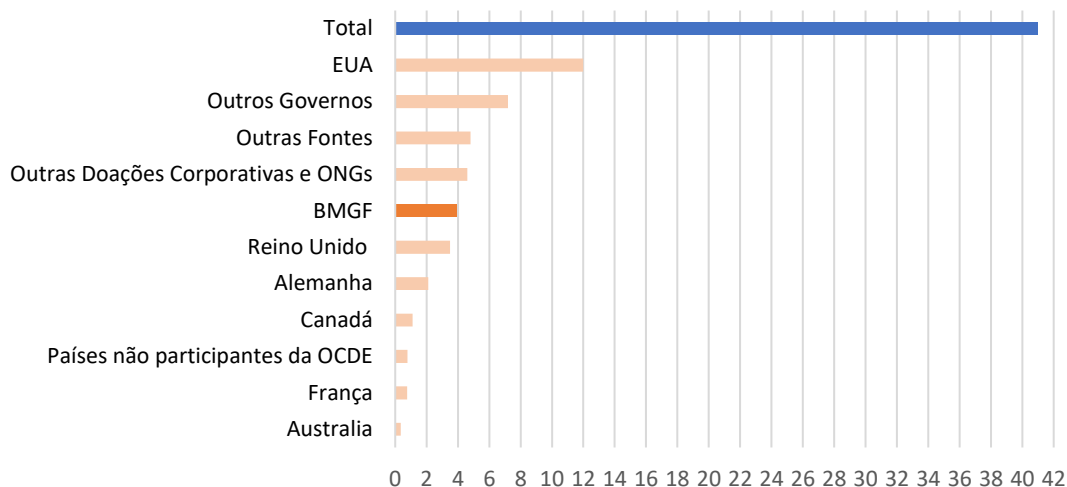
⁴⁹⁸ Dados retirados dos fluxos de financiamento global da saúde em 2019, publicados pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Financing Global Health Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Disponível em <<https://vizhub.healthdata.org/fgh/>>. Acessado em maio de 2020.

⁴⁹⁹ IHME. *Ibid.* 2020.

⁵⁰⁰ IHME. *Ibid.* 2020.

Gráfico 1 – Fluxos Financeiros da Saúde, em 2019

(em bilhões de dólares)



Fonte: gráfico elaborado pela autora, a partir de dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, 2020*.

Se as agências de cooperação bilaterais e organizações internacionais puderam encorajar e sustentar reformas estruturais, proporcionando assessoria técnica e assistência financeira, as PPP por sua vez, foram encorajadas como aquelas que supostamente promoveriam a ação conjunta necessária para recuperar a “boa governança” dos Estados⁵⁰¹. Como afirma Almeida, os avanços tecnológicos creditados ao estabelecimento dessas parcerias consolidariam a mudança de percepção da saúde em nível internacional, especialmente no que se referiria à área farmacêutica e de vacinas⁵⁰². Para Brown, tal movimento pode ser lido ainda a partir do estabelecimento de uma governança que busca a contenção da cidadania e da justiça democrática em propósitos econômicos. Analisando um discurso de Obama após sua reeleição em 2013, Brown afirma:

Numa mensagem repleta de clamores por justiça social e recuperação ambiental, cada item visto por especialistas como o reavivar de uma agenda progressista era expressamente legitimado via sua contribuição ao crescimento econômico. Assim, quando Obama argumentou a favor do Medicare,²⁹ de uma reforma tributária, de uma reforma na imigração, pelo fim das intrigas e malabarismos de Washington, pelo aumento do salário mínimo, pela luta contra a discriminação sexual e a violência doméstica, e pelo aumento do investimento governamental em pesquisa científica e tecnológica, energia limpa, moradia e educação, *cada uma dessas causas foi defendida em termos da sua contribuição para o crescimento econômico e competitividade norte-americana*. “Uma economia que cresce e cria bons empregos

⁵⁰¹ Almeida, C. *Ibid.* 2017, p.3.

⁵⁰² Almeida, C. *Idem.*

para a classe média – esta deve ser a Estrela do Norte que guia nossos esforços”, declarou Obama⁵⁰³.

Isto posto, o enquadramento da saúde global no século XXI pode ser percebido como um enquadramento que transforma “todos os objetos e políticas públicas, incluindo justiça e sobrevivência planetária”⁵⁰⁴ em um cálculo de sua capacidade produtiva em gerar PIB, em um cálculo orientado a produzir crescimento econômico. Assim, se a racionalidade política neoliberal se diferencia por sua capacidade de administrar a vida em diferentes níveis de governança, como afirma Brown, isso se dá porque ela logra integrar a todos a um projeto superior, que “elimina os últimos traços da formulação republicana clássica de cidadania como engajamento público” ao mesmo tempo em que retém, “transformada, a ideia de sacrifício cidadão”⁵⁰⁵. Tal “virtude” permite, portanto, que a cidadania ativa seja diminuída para dar lugar a ideia de capital humano responsabilizado. Quando a cidadania sacrificial se expande, qualquer coisa relacionada à saúde de uma nação pode ser encarada como um empreendimento empresarial⁵⁰⁶. A substituição neoliberal dos discursos e valores políticos democráticos pela ideia de governança é o que permite a “redução dos propósitos políticos nacionais à sobrevivência e crescimento econômicos” que justificam, por exemplo, que contribuintes nacionais se tornem “uma fonte de recursos aceitável para socorrer bancos de investimentos administrados por bilionários”⁵⁰⁷. Afinal,

os Estados não estão mais simplesmente “do lado das empresas”, mas envolvidos tão completamente nos mercados de ações e títulos (inclusive por dívida), que os próprios Estados enfraquecem quando esses mercados enfraquecem, correndo o risco de falir quando os últimos quebram. Ao mesmo tempo, o capital financeiro depende do aparato legal, assim como da geração de receita e capacidade redistributiva dos Estados – socorros financeiros são apenas a expressão mais óbvia disso. O tão celebrado mundo das “parcerias público-privadas” (grassando tanto nas universidades quanto nas prisões, e nos serviços básicos de cidades inteiras) expressa uma fusão mais profunda entre Estados e iniciativa privada. Diferentemente de uma mera terceirização, tais parcerias privatizam os ganhos enquanto socializam os riscos e, na medida em que precisam ser lucrativas para os investidores, sujeitam os cidadãos a mais apertos⁵⁰⁸.

⁵⁰³ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.31-32.

⁵⁰⁴ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.33.

⁵⁰⁵ Brown, W. *Idem.*

⁵⁰⁶ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.34.

⁵⁰⁷ Brown, W. *Idem.*

⁵⁰⁸ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.22.

A primeira década do século XXI consagraria um novo modo de governança que minaria a autonomia da OMS e fragmentaria seu poder de decisão sobre a agenda global da saúde. Cueto estima que, em pouco tempo, mais de setenta parcerias foram criadas. Afinal, “a OMS não inventou a *saúde global* nos anos 1980 ou 1990. Outras forças maiores como o Banco Mundial e a Usaid, foram responsáveis por isso”⁵⁰⁹. Todavia, a busca pela transparência e “*accountability*” dos Estados, travestida na lógica da boa governança, foi reservada apenas à esfera pública, sem que o mesmo se verificasse no trato com as iniciativas privadas. Assim, pode se estabelecer como regra o comportamento protecionista na indústria, sobretudo a farmacêutica, que como nos lembra Giffoni, não revela aos seus compradores – os Estados – seus verdadeiros custos de produção e distribuição, e por vezes não registra o status das patentes de seus medicamentos⁵¹⁰. Ao mesmo tempo, a competição entre os Estados na aquisição de bens públicos, essenciais para a sobrevivência de suas populações, foi garantida sem que também se tornasse necessária a regulamentação dos preços e do patenteamento excessivo desses produtos – práticas essas que dificultam o sustento dos sistemas de saúde, impossibilitados pelos altos custos de oferecer melhores tratamentos, ou oferecendo-os pelo “desastroso custo de seus serviços”⁵¹¹.

Parte fundamental nessa governança neoliberal da saúde global, as instituições filantrópicas têm colocado sob risco ainda maior o exercício do Estado democrático de direito e de sua cidadania em termos ativos, que implicam participação e engajamento civil. Neste sentido, Birn afirma que, da mesma forma que as iniciativas da Fundação Rockefeller no início do século XX tiveram maior influência na saúde internacional, aproveitando-se de uma ordem mundial caracterizada pelo imperialismo europeu e o imperialismo em ascensão dos Estados Unidos, os atuais esforços globais de saúde empreendidos pela Fundação Gates na era da globalização neoliberal trazem grandes preocupações e obstáculos às perspectivas mais democráticas da saúde global e que defendem a independência científica no campo⁵¹². Esta parece ser uma tendência que se espalha de dentro para fora, já que, segundo Birn, desde o século passado os setores privado e filantrópico

⁵⁰⁹ Cueto, M. *Ibid.* 2015, p. 91.

⁵¹⁰ Giffoni, M. *A Sombra do Monopólio na Indústria Farmacêutica. In: ISAGS. Ibid.* 2017b, p.6.

⁵¹¹ Giffoni, M. *Idem.*

⁵¹² Birn, Anne-Emanuelle. *Ibid.* 2014, p.3.

dos Estados Unidos têm desempenhado um papel importante na prestação de serviços sociais, atribuindo a competência do alcance do estado de bem-estar social nos EUA a interesses privados não democráticos⁵¹³. Embora os Estados Unidos seja líder em pesquisas médicas e forneça terapias e medicamentos altamente tecnológicos, quando comparado com outros países ricos da OCDE o país tem ocupado a última posição em ganhos de saúde substantivos para sua população. E apesar de seus gastos em saúde significarem um investimento equivalente a 16,9% do PIB, caracterizado por gastos de US\$ 10.586/*per capita*, contra a média de US\$ 4.000/*per capita* da OCDE⁵¹⁴, os Estados Unidos é o único país da organização com o maior nível de gastos e o menor nível de população coberta por serviços de saúde⁵¹⁵. Além disso, enquanto a média da expectativa de vida ao nascer nos países da OCDE pode chegar a 81 anos, nos EUA esse número é de 78⁵¹⁶, e no Brasil, 76 anos⁵¹⁷.

A coincidente ascensão da arte de governo neoliberal e a intensificação no protagonismo da filantropia internacional nos anos 2000, permitiram, plenamente, a operação de um contexto de enfraquecimento do papel do Estado como ente responsável pela seguridade social, favorecendo diretamente ações com fins lucrativos para o setor privado. Ainda que as fundações filantrópicas sempre tivessem parte e papel nas ações internacionais em saúde, foi neste cenário do início do século XXI, que fundações como a BMGF puderam ganhar força seguindo uma abordagem tecnicamente orientada, projetando seus programas para obter avaliações positivas por meio de objetivos estritamente definidos. Simbolicamente, é neste momento que a iniciativa estatal passa a aderir massivamente aos modelos de negócios proposto pela iniciativa privada. Tais modelos, enfatizam as realizações de curto prazo, ou seja, ações que permitem investimentos pontuais e

⁵¹³ Birn, Anne-Emanuelle. *Ibid.* 2014, p.4.

⁵¹⁴ OECD. *Health spending. Total / Government/compulsory / Voluntary, US dollars/capita, 2018 or latest available*. Source: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators. Disponível em <<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>>. Acessado em maio de 2020.

⁵¹⁵ Nos Estados Unidos, 8% da população possui algum tipo de seguro de saúde privado complementar, e 55% da população possui um seguro de saúde privado primário. Ver OECD. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. 2019, p. 35 e 103.

⁵¹⁶ OECD. *Ibid.* 2019, p. 25.

⁵¹⁷ World Bank. *Country Profile. Brazil*. Disponível em <https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n>. Acessado em maio de 2020.

direcionados, garantindo o acesso, ainda que muito limitado, ao tratamento de problemas específicos de saúde – fazendo-o, por vezes, sob uma suposta maior eficiência do que aquela executada pelos Estados e pela própria OMS. Portanto, a governança neoliberal que se estabelece a partir de então, não ocasiona, como se costuma pensar, um retraimento do investimento público, especialmente quando tratamos do investimento de países desenvolvidos, ou, de renda alta. Na verdade, o que observamos é um redirecionamento de sua aplicação, orientada cada vez mais pela agenda de interesses privados. Nesse sentido, o consultor independente da BMGF entrevistado para esta pesquisa, afirma que

no campo das doenças transmissíveis, que é o campo que eu acompanho, isso gerou, ao contrário, um investimento maior [do Estado] e não um investimento menor. Porque criou um maior escrutínio, uma maior mobilização. Então na Cooperação Internacional especificamente dos atores estatais, há um investimento, especialmente, dos doadores internacionais, expressivo e em parte alavancado por esse ecossistema das Fundações (...). Eu não vejo, embora a Fundação Gates seja um ator super importante, eu não vejo a entrada e o protagonismo da Fundação Gates (...) impactar para reduzir investimento estatal. Muito pelo contrário (...). Não é o que eu vejo acontecer. Não é mesmo⁵¹⁸.

Conduzido pela *Policy Cures Research* e financiado pela BMGF, o relatório G-finder tem rastreado desde 2007, o investimento anual em Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) de novos produtos e tecnologias, como a pesquisa básica e o desenvolvimento de novos medicamentos, vacinas, diagnósticos e outras ferramentas para as prioridades globais de saúde que afetam pessoas em países de baixa e média renda, incluindo doenças negligenciadas (DNs), doenças infecciosas emergentes (DIE) e questões de saúde reprodutiva (QSR)⁵¹⁹.

De acordo com o relatório, a P&D em doenças negligenciadas no ano de 2018 totalizou investimentos de USD 4.055 milhões, dentre os quais a participação do setor público totalizou 64%. O setor filantrópico forneceu o equivalente a 19%, sua maior contribuição desde 2008. O financiamento da indústria atingiu 17% do financiamento total de DNs, dos quais empresas farmacêuticas multinacionais forneceram a grande maioria. O governo dos EUA foi o maior financiador público,

⁵¹⁸ Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁵¹⁹ Ver <http://gfinder.policycuresresearch.org/>

fornecendo 71% de todo o financiamento público em P&D em DN's no ano de 2018⁵²⁰.

Quanto às doenças infecciosas emergentes, o financiamento global para P&D (USD 982 milhões) tem se focado em surtos recentes de grande escala, além de ter o governo dos Estados Unidos como seu grande financiador, totalizando mais de 80% da pesquisa básica e quase 96% de todo o financiamento público para P&D em medicamentos de DIE em 2018. Cabe ressaltar ainda, que a P&D das DIE tem sido direcionada em maior parte para o tratamento do Ebola⁵²¹. O cenário de financiamento em DIE também tem apresentando um domínio do setor público de países de renda alta, apesar de ter alcançado um nível significativo e sem precedentes de investimento da indústria durante a epidemia de Ebola da África Ocidental entre 2014-2016. O financiamento da indústria para DIE teve seu pico em 2015, chegando a significar 40% do financiamento global. No entanto, suas contribuições diminuiriam em até dois terços nos anos seguintes, após a conclusão da epidemia em meados de 2016⁵²².

Quando o tópico é a saúde sexual reprodutiva, os três principais financiadores de P&D são o *National Health Institute*, dos EUA (USD 994 milhões), a indústria (USD 273 milhões) e a Fundação Gates (USD 185 milhões). A BMGF foi a principal financiadora em diversas questões de saúde sexual reprodutiva, incluindo contracepção, HIV/AIDS, HPV e câncer cervical relacionado ao HPV, pré-eclâmpsia e tecnologias de plataforma⁵²³.

Em termos comparativos, as contribuições dos Estados Unidos para a OMS totalizaram US\$ 360 milhões em 2019, enquanto as doações provenientes apenas da BMGF chegaram à ordem de US\$ 260 milhões – uma contribuição maior do que aquela desembolsada por outros países desenvolvidos no mesmo ano, como o Reino Unido (US\$ 220 milhões), Alemanha (US\$ 120 milhões), Canadá (US\$ 50 milhões), Austrália e França (cada uma com US\$ 45 milhões). Assim, a BMGF

⁵²⁰ Policy Cures Research. *Neglected Disease Research and Development: Uneven Progress*. Funders. 2019.

⁵²¹ Policy Cures Research. *Landscape of Emerging Infectious Disease Research and Development: Preventing the Next Pandemic*. Executive Summary. 2020.

⁵²² Policy Cures Research. *Landscape of Emerging Infectious Disease...Idem*.

⁵²³ Policy Cures Research. *Sexual and Reproductive Health Research and Development: Understanding the Spectrum*. Executive Summary. 2020.

sozinha tem doado o equivalente ao desembolso de Alemanha, Canadá, Austrália e França juntos. Para além da OMS, Unitaids e Unaidis também receberam doações da BMGF, dessa vez mais modestas, sendo, respectivamente, da ordem de US\$ 8,1 e US\$ 1,4 milhões⁵²⁴. Tais doações podem ser lidas como um demonstrativo da preferência temática da Fundação Gates, cujos financiamentos se dividem entre agendas para o combate de doenças infecciosas, HIV/Aids, malária, tuberculose, saúde da criança e materna, e transferências SWAP⁵²⁵ para saúde e serviços sociais (em inglês, *Health and Social Services – HSS*) via OMS (ver gráfico 2). Isto nos indica que, além de contar com um decréscimo das contribuições de Estados nas últimas décadas, a OMS tem enfrentado a ingerência privada em sua agenda política e no direcionamento de seus recursos, agora também delimitados pela agenda de doadores privados e não mais decididos em votação por Estados e seus representantes democraticamente eleitos.

No biênio 2018-2019, o orçamento total da OMS alcançou a marca de US\$ 6,2 bilhões, apresentando um leve aumento de aproximadamente US\$ 358 milhões em relação ao biênio anterior (2016-2017). Os Estados Unidos seguem na liderança como o país que mais contribuiu com a OMS, financiando 15,18% de seu orçamento. Atrás do EUA está a BMGF, financiando 12,12%. Entre os países de renda média, a contribuição indiana soma 0,42%, a chinesa 0,21%, e a brasileira 0,01%⁵²⁶. Aproximadamente 77% do financiamento do órgão em 2018-2019, foi proveniente de contribuições voluntárias (que incluem as doações de iniciativas privadas), enquanto apenas 23% foi garantido por contribuições vinculantes (oriundas de países-membros). Para o biênio 2020-2021, a proporção das contribuições de países-membros provavelmente será menor, especialmente após o governo de Donald Trump anunciar a retirada dos Estados Unidos da organização

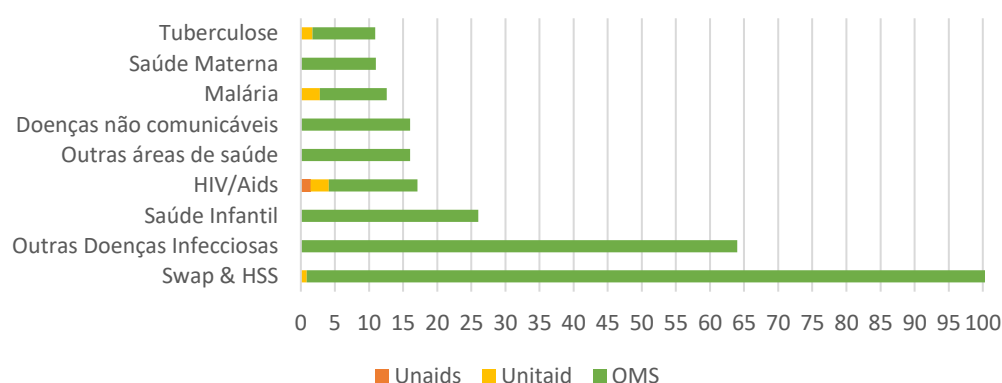
⁵²⁴ Dados retirados dos fluxos de financiamento global da saúde em 2019, publicados pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Financing Global Health Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Disponível em <<https://vizhub.healthdata.org/fgh/>>. Acessado em maio de 2020.

⁵²⁵ Transferências de tipo SWAP são contratos de derivativo financeiro, na qual duas contrapartes concordam em trocar fluxos de caixa determinados com referência a preços de moedas ou taxas de juros de acordo com regras predeterminadas, geralmente delimitadas por uma abordagem setorial com recursos destinados ao desenvolvimento de setores específicos. Ver OECD. *Glossary of Statistical Terms*. Disponível em <<https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2631>>. Acessado em maio de 2020.

⁵²⁶ WHO. *Contributors Overview*. 2018-2019. Dados disponíveis em <<http://open.who.int/2018-19/contributors/contributor>>. Acessado em maio de 2020.

e a subsequente suspensão de seu financiamento, no ápice da sindemia do novo coronavírus (SARSCov2) em 2020. Apesar de grande parte da verba ameaçada pelos EUA estar incluída nos outros 23%, referente às contribuições de países-membros⁵²⁷, a ação despertou dúvidas sobre o futuro da organização. A OMS enfrenta ainda a condução de uma avaliação independente, que deve acessar a performance da organização diante do despontar da Covid-19. A auditoria fora requisitada pelos 194 países-membros, após o governo dos EUA ter questionado a capacidade global da organização no oferecimento de uma rápida prevenção, preparação e resposta à doença quando os primeiros casos foram notificados⁵²⁸.

Gráfico 2 – Gastos da Fundação Gates para Nações Unidas, em 2019
(por área, em milhões de dólares)



Fonte: elaborado por mim, com dados do IHME, University of Washington, 2020.

4.3.2 O filantropocapitalismo e o encolhimento da capacidade democrática

O fenômeno da filantropia no sequestro das agendas políticas globais tem sido definido a partir de uma nova expressão do capitalismo em sua fase financeira: o filantropocapitalismo. O termo, cunhado pela primeira vez pelo jornalista do *The Economist*, Matthew Bishop, procura traduzir a necessidade que doadores privados encontram de transformar a filantropia em uma atividade mais próxima dos

⁵²⁷ WHO. *Contributors Overview*. 2020-2021. Dados disponíveis em <<http://open.who.int/2020-21/contributors/contributor>>. Acessado em maio de 2020.

⁵²⁸ G1. *Países membros apoiam investigação independente da resposta da OMS à pandemia*. 19 de maio de 2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2020/05/19/paises-membros-apoiam-investigacao-independente-da-resposta-da-oms-a-pandemia.ghtml>>. Acessado em maio de 2020.

mercados de capitais pró-lucro, deixando de significar apenas uma mera doação⁵²⁹. Segundo Bishop, o imaginário do empreendimento filantropocapitalista tem sido permeado pela ideia de que “há algo para se investir”, algo que idealmente será criado por “empreendedores sociais”, o que acaba por incentivar que os próprios filantropos se comportem como investidores. A cultura do empreendedorismo se traduz, aqui, na ideia de que é possível alocar dinheiro para alcançar resultados em grandes dimensões, reforçando a ideia de que é preciso “maximizar” o “retorno social” do investimento filantrópico⁵³⁰. O que anteriormente era visto como doação, agora se aplica a uma filosofia que reforça o comportamento competitivo do mercado neoliberal. Há, portanto, uma mudança substantiva no caráter das contribuições realizadas pelas instituições filantrópicas: o que antes se entendia por doações a fundo perdido, agora transmutam em uma reprodução da infraestrutura de mercado, gerando um arcabouço institucional complexo e bem acabado, que constrói sua própria versão de bancos e fundos de investimento, centros e bolsas de pesquisa, gestores e consultores administrativos.

Essas organizações têm trabalhando menos com o perfil de que é importante estar em tudo que é lugar, mas elas estão cada vez mais olhando para o impacto. Então tem uma coisa de trabalhar onde o dinheiro vai fazer diferença. E, tendo que demonstrar para os seus *trustees*, seja Bill Gates, Warren Buffet e Melinda, ou seja para um grupo grande de pessoas que administram um fundo, como é o caso da Rockefeller, que aquilo tem impacto. Então é muito difícil você justificar um investimento mais intuitivo que rolava um tempo atrás. Eu acho que hoje em dia a gente está vendo que esse investimento precisa ser não só bastante planejado, baseado em evidências, mas voltado para a geração de impactos. Seja lá o impacto que for, no sentido pré-determinado daqueles programas. Então, acho que isso é uma das coisas. Eu acho que houve uma sofisticação dentro de cada uma dessas fundações. No início dos anos 2000, eu trabalhava em uma organização internacional que era *rentee* da Fundação Gates. Eu lembro que naquele período a Fundação não tinha estrutura profissional para gerir o *grant*. Então ela dava o *grant* para questões que eles achavam importantes e era por aí. Hoje em dia o trabalho, o escrutínio de cada proposta, o planejamento, a coerência interna, a metodologia, é extremamente rigoroso, é muito diferente. (...) *Cada vez mais você tem um olhar que é muito estratégico, eu invisto aqui para chegar ali*. Isso vale para a Gates e vale, por exemplo, para Open Society Foundation também. Eles vão olhar para quais são os investimentos que eles podem fazer que podem ter um papel, um impacto transformador. Embora eles trabalhem com questões sociais, culturais, que são mais complexas de você medir, mas enfim, tem uma teoria de qual é a mudança que eles querem ver e que contribui para isso⁵³¹.

⁵²⁹ The Economist. “The birth of philanthrocapitalism. The leading new philanthropists see themselves as social investors”, in: *The business of giving: a survey of wealth and philanthropy*. The Economist Survey, Matthew Bishop. 25 Feb 2006.

⁵³⁰ The Economist. *Ibid.* 2006, p.6.

⁵³¹ Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

Indiscutivelmente, o maior problema torna-se a maneira como as fundações fazem suas doações⁵³². Para Bishop, as medidas empreendidas no filantropocapitalismo envolvem a produção de resultados cuja meta final pode ser dupla (com desempenho financeiro e social) ou tripla (financeiro, social e ambiental), mas que permanecem prontamente suscetíveis à manipulação estatística e ao esvaziamento de conceitos populares, como o de “mudança de vida” – que geralmente é relatado a partir de uma combinação do número de pessoas afetadas por uma iniciativa, e até que ponto ela melhora suas vidas⁵³³. Assim, o autor identifica a nova abordagem como uma atualização da “filantropia de risco”, que leva os filantropos a performarem uma espécie de “capitalista de risco”, com a finalidade de ajudar organizações sem fins lucrativos a desenvolver um plano próprio de negócios, visando o crescimento e o recrutamento de gerentes e membros do conselho⁵³⁴. Em outras palavras, incentiva-se que essas organizações abandonem sua essência, ou seja: se transformem em investimentos lucrativos ao inseri-las na dinâmica financeira da governança neoliberal.

Dessa forma, o termo “filantropocapitalismo” tem evocado mais do que uma simples mudança nas formas nas quais as filantropias atuam e se relacionam. Dado o seu volume em alcance e recursos, o filantropocapitalismo tem logrado, nas palavras de Carol Thompson, gerar “*uma mudança sistêmica*”, em que problemas sociais só podem ser lidos a partir de métodos empregados para lidar com grande negócios⁵³⁵. Certamente, nem toda iniciativa filantrópica está envolvida com tais práticas, mas seu impacto reside justamente nas grandes fundações que logram reproduzi-las e com isso, alargam ainda mais sua esfera de influência. O perigo mora, justamente, na percepção do lucro e do crescimento econômico como um instrumento comprovado de mudança social. Para Renato Tasca, ex-coordenador da Unidade de Sistemas e Serviços de Saúde do escritório de representação da OPAS/OMS,

Aquela história de perseguir uma doença de cada vez, para mim é dramática. Porque o mundo é feito das pessoas, não das doenças. A atenção é às pessoas, e não às doenças. Aquilo ali foi totalmente equivocado para mim, desde o começo. E é o mais contrário à universalidade e à integralidade. É completamente desintegrado se você pensar, porque você vê o mundo com antolhos, só vejo o que está na minha frente, o

⁵³² The Economist. *Ibid.* 2006, p.8.

⁵³³ The Economist. *Ibid.* 2006, p.9.

⁵³⁴ The Economist. *Idem.*

⁵³⁵ Thompson, C. *Philanthrocapitalism: rendering the public domain obsolete?* Third World Quarterly, DOI: 10.1080/01436597.2017.1357112. 2017, p.13.

que está do lado não. Hoje não é mais assim, agora eles [Fundação Gates] estão mais voltados para a produção de vacinas. Eu acho que eles são muito bons de qualquer jeito, tem equipes técnicas muito boas. Agora, é óbvio que ali eu não sei qual é a vulnerabilidade, *quem decide o destino dos recursos*.⁵³⁶

Thompson também nos alerta para o fato de que as questões que envolvam a justiça e os direitos humanos não são passíveis de resoluções estritamente eficientes em termos monetários. Ainda assim, o filantropocapitalismo tem “reduzido a transparência, a participação e a deliberação dentro do domínio público, indo além da requisição de práticas de negócios eficientes”⁵³⁷, baseando-se na ideia de que os problemas sociais só são relevantes quando se tornam sinônimos de investimentos. Nesse sentido, o que o filantropocapitalismo tem logrado alcançar é uma espécie de insulamento das relações econômica e políticas entre governos e suas sociedades civis, tornando o processo de tomada de decisões um processo distante dos debates públicos e um assunto restrito às elites globais, em todos os seus níveis⁵³⁸. Essa também é a percepção de Jorge Bermudez, ex-diretor executivo da Unitaid entre 2007-2011:

O que eu vejo é que em face do desfinanciamento dos organismo internacionais, das próprias Nações Unidas e da OMS, surgiram a Fundação Gates e outros, com um poder muito maior. A Fundação Gates tem puxado agenda, e muitas vezes a OMS vai a reboque. A Gates já fez isso pelo menos em três oportunidades muito claras. Primeiro falou que a prioridade seria diagnóstico, depois falou que hoje a prioridade seria vacina, depois disse que investiria em doenças negligenciadas. É bom, são coisas que são importantes. Mas aí a OMS acaba indo de reboque disso, porque quem pauta é quem tem recursos para bancar. Quando o Fundo Global colocou como eixo o fortalecimento dos sistemas de saúde, foi muito bom. Mas tirou o protagonismo da OMS. Porque o Fundo Global financiava os países para fortalecer o seu sistema, enquanto a OMS apenas dava a consultoria de seus experts, de seus consultores, para ajudar. Então eu acho que uma grave crise que nós estamos tendo é o esvaziamento dessas instituições multilaterais. E isso leva ao crescimento das Fundações. *Agora, as Fundações, do mesmo jeito que hoje coloca como prioridade doenças negligenciáveis, amanhã pode colocar outra [doença] como prioridade*. E aí a gente não sabe. A Fundação não tem o corpo diretor que a OMS tem, que são os Estados-membros. São 194 países membros da OMS, que são os países que mandam na OMS. Na Assembleia Mundial da Saúde são os países que definem o que aceitam, o que não aceitam. Mesmo que haja disputa, mas normalmente quase tudo é decidido com consenso. Então essa força dos países mandando em organismos multilaterais das Nações Unidas, se perde com as fundações entrando com o poder econômico e dirigindo a sua própria agenda, *que hoje pode ser interessante, mas amanhã ninguém sabe*. Ou pode ser que não seja isso o mais importante para os países, pode haver uma contradição entre os interesses da Fundação Gates, da Fundação Rockefeller,

⁵³⁶ Entrevista 10, concedida à autora. Rio de Janeiro, 29 set. 2020.

⁵³⁷ Thompson, C. *Idem*.

⁵³⁸ Thompson, C. *Idem*.

ou qualquer outra fundação [e os interesses dos países]. Você vê agora, a Fundação Slim no México, do bilionário Carlos Slim, é quem está bancando essa cooperação entre a Argentina e o México com a Astrazeneca. Que bom que está bancando, mas poderia estar bancando outra coisa, como já bancou o Malboro, a indústria do tabaco, né. Nessas fundações não há um conselho de países, *é um conselho claro, de acionistas*. Então eu vejo mais riscos que benefícios nessa filantropia⁵³⁹.

Impulsionado pela desnacionalização das finanças e do comércio, promovidas pela arte de governo neoliberal, o filantropocapitalismo tem facilitado uma espécie de transferência de poder para as grandes corporações. Ao participar e fomentar as PPP, as fundações filantrópicas também se aproveitam do uso de fundos governamentais para seus projetos, redirecionando o dinheiro público para metas particulares em setores restritos, escolhidos a dedo, e de acordo com uma agenda de trabalho muito específica, votada a portas fechadas pela gestão do conselho diretivo dessas fundações. Assim, tais ações reduzem a capacidade democrática dos países, agindo por meio da perda de fundos públicos, de deliberação pública na determinação da agenda, e da capacidade de fomentar tomadas de decisão coletivas para lidar com problemas sociais⁵⁴⁰.

A mudança crucial que se alcança a partir dos anos 2000, é que o filantropocapitalismo deixa de ser uma mera tendência para ganhar ares de regra. Assim, Thompson elenca três aspectos centrais nessa mudança: (i) a ideia de que *a riqueza financeira equivale à expertise*, transformando o sucesso de um único indivíduo no acúmulo de riqueza a justificativa automática para sua atuação em áreas das quais desconhece – o que, conseqüentemente acaba por impactar a definição de agendas de pesquisa a partir do direcionamento preferencial de um indivíduo, restando pouco espaço para o interesse nacional, confundindo os limites entre o papel da *expertise* e da autoridade pública⁵⁴¹; (ii) a ideia de que *o interesse privado equivale ao interesse público*, permitindo que o interesse individual de bilionários se confunda e passe a assumir um valor coletivo, a ser capitalizado dentro dos programas promovidos pelas fundações como “O” interesse que orientará a forma como se administram os bens públicos⁵⁴²; e (iii) a compreensão de que *a expertise ultrapassa a democracia*. Em nome da eficácia ou da eficiência, o conhecimento

⁵³⁹ Entrevista 8, concedida à autora. Rio de Janeiro, 25 set. 2020.

⁵⁴⁰ Thompson, C. *Ibid.* 2017, p.3.

⁵⁴¹ Thompson, C. *Ibid.* 2017, p.4.

⁵⁴² Thompson, C. *Ibid.* 2017, p.5.

técnico passa a ser priorizado nas tomadas de decisão que evitam o debate público – refletindo, portanto, a forma como as fundações conduzem seus assuntos internos⁵⁴³. Tais aspectos ficam claros também na fala de um profissional do campo:

Eu acho que o debate sobre a cooperação internacional, ele frequentemente é um pouco maniqueísta. É óbvio que o Bill Gates acredita na propriedade intelectual e no poder da tecnologia revolucionar a maneira como a gente vive. Esse é o *core*, o recorte dele. Mas a entrada do Bill Gates nesse campo contribuiu tremendamente para fortalecer os outros atores, muito mais do que o oposto. Embora todo mundo fale “ah, mas ele enfraqueceu a OMS, porque a OMS agora está refém da Fundação Gates para financiamento”. Sim. *Mas se não fosse a Fundação Gates, seria refém de quem? Do governo da China, do governo Trump...* então são situações complexas... e se a gente não olhar para isso de um jeito complexo, a gente acaba maniqueizando (*sic.*) um pouco, e aí vira um desafio. Porque, eu acho que tecnologia não resolve tudo. Embora eu trabalhe há dez anos com a Fundação Gates, que investe maciçamente em tecnologia. Mas sem tecnologia também... seria muito difícil resolver. Se você não tem ninguém pesquisando tratamento de Aids, como é que vai resolver? *As pessoas vivem porque tem tecnologia para isso*⁵⁴⁴.

Isto posto, os papéis atribuídos a atores de naturezas distintas, como são os governos e as fundações, trazem consigo uma percepção cada vez mais difusa, cujos contornos são confusos e pouco claros. Na medida em que o filantropocapitalismo emerge como um modelo de deliberação privada dos bens públicos globais, ele também não prevê a participação das populações que vivem fora de seu domínio empresarial. Conseqüentemente, a forma privada como tais fundações escolhem seus conselhos e representantes, refletem uma diminuição na tomada de decisões democráticas e éticas sobre a aplicação da ciência e a participação de cientistas nos processos de deliberação. Thompson relembra que os conselhos de administração dessas fundações filantrópicas podem gozar de existência perpétua, nunca votada ou demitida por alguém fora de seu privilégio. Assim, o fato “de esta regra ser apresentada hoje como uma prática comercial normal para instituições que lidam com mais dinheiro do que muitos governos, sinaliza seu poder iminente contra os governos eleitos”⁵⁴⁵.

A regulamentação das atividades filantrópicas varia substancialmente de país a país. Segundo Thompson, nos Estados Unidos, 6% da dotação dessas fundações deve ser dispensada todos os anos, mas esta porcentagem permite a inclusão de gastos

⁵⁴³ Thompson, C. *Idem*.

⁵⁴⁴ Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁵⁴⁵ Thompson, C. *Idem*.

administrativos, como os salários de seus funcionários, e viagens “de luxo” à negócios. Quanto aos investimentos em outras corporações, uma fundação filantrópica pode deter até 20% das ações de uma corporação privada, mas não pode realizar transações que envolvam seus próprios membros do conselho. Estes termos são o que permitem, por exemplo, que a Fundação Gates invista em pesquisas sobre organismos geneticamente modificados da Monsanto⁵⁴⁶. Além disso, apenas 2% de imposto é retido sobre o rendimento líquido dos investimentos, quando a dedução dos impostos sobre cada dólar doado pode alcançar até 39,6%. Isso significaria, portanto, que cerca de 40% do que essas fundações alocam vem do que pertenceria, originalmente, aos cofres públicos estadunidenses – uma quantia substantiva cujo direcionamento e prioridades poderiam ser debatidos pública e democraticamente, envolvendo os cidadãos⁵⁴⁷.

Diante disto, é possível dizer que as regras estabelecidas pelo filantropocapitalismo funcionam como verdadeiros instrumentos de governança. Como afirma Thompson, a atuação filantropocapitalista tem se centrado na redução da participação, no controle dos setores e no aproveitamento dos recursos públicos nas áreas em que atua. Assim, o filantropocapitalismo se diferencia ao estabelecer um modelo de governança que não só delimita a vocalização de divergências e diferenças em relação às políticas fomentadas por suas fundações e conselhos administrativos⁵⁴⁸, como também se apropria e impede a sua produção de vozes dissonantes nas esferas públicas disponíveis, concentrando também os recursos destas.

Neste sentido, o poder do filantropocapitalismo residiria na ampla determinação de onde, e sob quais condições, haverá recursos disponíveis para conduzir agendas que não serão decididas por um grupo de bilionários à portas-fechadas em suas instituições. O controle se dá, portanto, não apenas na oferta de recursos em segmentos específicos, mas também na consolidação de metas que corroborem a ação conjunta, em parcerias público-privadas de larga escala, de modo a “harmonizar” e pautar a produção de conhecimento e tecnologia nas áreas em que se instala. Para Thompson, o cerne desta atuação estaria, justamente, no discurso que visa “alavancar” sociedades por meio de um “investimento inteligente”, uma

⁵⁴⁶ Thompson, C. *Idem*.

⁵⁴⁷ Thompson, C. *Idem*.

⁵⁴⁸ Thompson, C. *Ibid.* 2017, p. 7-8.

espécie de ‘concessão vinculada’ que impulsiona os projetos em direção à agenda previamente definida pela fundação⁵⁴⁹. Assim, as fundações autofinanciariam seus próprios instrumentos filantrópicos, impondo regras comerciais autocráticas no setor público, com o objetivo de capturar não apenas os recursos privados, mas também aqueles produzidos e compartilhados publicamente pelas populações locais⁵⁵⁰.

Para Luiz Augusto Galvão, ex-diretor do Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde da OPAS/Washington, este cenário evidencia a crise sistêmica pela qual a saúde global tem passado. Assim, é preciso considerar que o investimento filantrópico não é gratuito, mas possui uma resposta residual positiva, que garante a sua manutenção.

Um outro exemplo, foi em uma grande conferência sobre os sistemas de saúde. Tinham vários ministros lá dizendo “*eu não aguento mais ter que receber duas, três fundações por dia, oferecendo dinheiro. Isso toma meu tempo. Por que vocês não fazem aí um grupo de fundações, definem um projeto e vem um falar conosco? Porque eu tenho muitas fundações trabalhando no país e eu não tenho como governar essas fundações, e é muito difícil governar um sistema que está fragmentado por essas fundações*”. Então você tem esse efeito negativo, mas também tem um efeito positivo. Em muitos lugares se não fossem essas fundações, não teria nada. E se não tivesse nada, a situação seria terrível (...) é uma realidade do dia de hoje, é uma crise também do sistema, é também uma crise sistêmica. Ela não é uma crise isolada, não é um problema de uma fundação ou de uma companhia, ou de um indivíduo. É do sistema e vai ter que ser olhado, porque é o limite do sistema. Chegamos no limite do sistema⁵⁵¹.

A necessidade premente de se regular as competências da OMS nas relações com atores não-estatais levou a organização a adotar, durante a 69ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016, a resolução WHA69.10 sobre “Estrutura de Engajamento com Atores Não-Estatais” (em inglês, *Framework of Engagement with Non-State Actors – FENSA*)⁵⁵². A nova resolução solicitava do Diretor-Geral a tomada de medidas necessárias para facilitar e fortalecer o engajamento de atores não-estatais, ajudando “a equilibrar os riscos com os benefícios esperados,

⁵⁴⁹ Thompson, C. *Ibid.* 2017, p. 9.

⁵⁵⁰ Thompson, C. *Ibid.* 2017, p. 10.

⁵⁵¹ Entrevista 7, concedida à autora. Rio de Janeiro, 14 set. 2020.

⁵⁵² WHO. *Framework of engagement with non-State actors*. World Health Organization; Report by the Director-General. Sixty-Ninth World Health Assembly A69/6. Provisional agenda item 11.3 18 May 2016.

protegendo e preservando a integridade, a reputação e o mandato de saúde pública da OMS”⁵⁵³.

Diante da frequente inserção de especialista antes alocados em fundações filantrópicas e privadas no corpo técnico da OMS, com o FENSA foi possível avançar em uma regulamentação oficial dos destacamentos temporários de organizações não-governamentais, entidades do setor privado, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas na OMS⁵⁵⁴; bem como formalizar a interação entre esses atores e a OMS; além de determinar sanções em caso de descumprimento dos termos por parte dos atores não-estatais – que podem ser automaticamente excluídos de outros compromissos com a organização, ter sua participação suspensa/interrompida, ou ter sua contribuição financeira devolvida caso posteriormente seja descoberta a não conformidade com os termos de contrato. Contudo, não há a previsão de sanções para agentes da OMS em casos de cumplicidade com o não cumprimento ou violação das regras do FENSA⁵⁵⁵. Como apontam Rached e Ventura, o FENSA estabelece ainda dois princípios importantes, que visam delimitar o espaço permitido aos atores não-estatais, especialmente as fundações filantrópicas: primeiro, o FENSA determina que a colaboração entre a OMS e os atores não-estatais deve estar em conformidade com a Constituição da organização, seu mandato e seu programa geral de trabalho (art. 5b); em seguida, estabelece que deve haver respeito pela natureza intergovernamental da OMS, reafirmando a autoridade legal dos Estados-membros na tomada de decisões (art. 5c)⁵⁵⁶. Embora o novo enquadramento não conceda nenhum direito de participação ou prescreva competências institucionais aos atores não-estatais, Rached e Ventura ressaltam que o FENSA tem o potencial de aumentar a capacidade dos atores da Governança de Saúde Global em controlar os processos de tomada de decisão da OMS⁵⁵⁷. Isto porque, na prática, a exclusividade formal do direito à voto é relativizada pela influência da agenda dos financiadores privados na definição das

⁵⁵³ WHO. *Engagement with non-State actors: Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors*. World Health Organization; Report by the Director-General. Executive Board EB146/34. 146th session. Provisional agenda item 22.2. 11 December 2019.

⁵⁵⁴ WHO. *Handbook for Non-State Actors on Engagement with the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization; 2018.

⁵⁵⁵ Rached, Danielle H.; Ventura, Deisy de F. L. *World Health Organization and the search for accountability: a critical analysis of the new framework of engagement with non-state actors*. *Cad. Saúde Pública*; 33(6):e00100716. 2017, p. 2-6.

⁵⁵⁶ Rached, Danielle H.; Ventura, Deisy de F. L. *World Health Organization... Ibid*, 2017, p. 5.

⁵⁵⁷ Rached, Danielle H.; Ventura, Deisy de F. L. *World Health Organization... Ibid*, 2017, p. 6.

prioridades da OMS; bem como pelo papel assumido pelos especialistas da organização, que substanciam as decisões das autoridades políticas a partir da formação de comitês de estudos específicos⁵⁵⁸. Não obstante, Rached e Venturam reiteram que mesmo que o aceite dos entes não-estatais esteja submetido agora à avaliação de risco e à diligência formal da OMS, o FENSA estabelece diretrizes técnicas que legitimam a relação com esses atores, mas não problematiza os riscos que eles oferecem, nem ao menos protegem as populações de suas práticas corporativas⁵⁵⁹.

Neste espírito, o último relatório sobre a implementação do FENSA, de dezembro de 2019⁵⁶⁰, revela já estar em teste sessões de treinamento de oficiais técnicos para atores não-estatais, designados pela OMS para a manutenção das relações oficiais. Com isso, para além da proposição inicial de uma ferramenta regulamentadora, o FENSA parece agir também como um mecanismo facilitador da aproximação entre o setor privado e os Estados-membros, oferecendo uma extensão formal para a ocupação desses atores no espaço diplomático. O relatório também afirma que o Secretariado está discutindo com atores não-estatais diferentes métodos e estratégias pelos quais o conhecimento técnico desses atores pode ser aproveitado, possibilitando a sua ação não apenas no apoio às normas da OMS, mas também na definição de padrões para a saúde pública. Outras discussões que têm sido levantadas também dizem respeito ao acesso a medicamentos essenciais e tecnologias de saúde. Segundo o relatório, o Secretariado tem considerado as implicações práticas do FENSA em compromissos com atores não-estatais nesta área, o que “revelou desafios potenciais que poderiam ser enfrentados, especialmente quando atores não estatais têm estruturas financeiras ou organizacionais complicadas”. O relatório sinaliza ainda que os desafios encontrados “estão sendo considerados com *o objetivo de reforçar uma abordagem corporativa da OMS para a implementação da Estrutura*”⁵⁶¹. Isto posto, fica claro

⁵⁵⁸ Rached, Danielle H.; Ventura, Deisy de F. L. *World Health Organization... Idem.*

⁵⁵⁹ Rached, Danielle H.; Ventura, Deisy de F. L. *World Health Organization... Ibid*, 2017, p. 7.

⁵⁶⁰ WHO. *Engagement with non-State actors. Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors*. Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; Executive Board, EB146/34. 146th session, 11 December 2019, Provisional agenda item 22.2.

⁵⁶¹ WHO. *Engagement with non-State actors. Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors. Idem.*

que a adaptação não será dos atores privados à nova estrutura da OMS, mas sim da OMS à *abordagem corporativa* desses atores.

Dito isto, nos parece que a definição de Saúde Global que mais se aproxima da dinâmica enfrentada no início do século XXI, é aquela cunhada por Birn *et. al.* Para os autores, a Saúde Global implica uma *suscetibilidade global compartilhada*, uma *experiência e responsabilidade* pela saúde que engloba os problemas de países ricos e pobres⁵⁶². Segundo Birn *et. al.*, “em seu disfarce mais coletivo, a saúde global se refere aos padrões de saúde e doença em termos da *interação de forças, processos e condições globais, nacionais e locais, nos domínios político, econômico, social e epidemiológico*”⁵⁶³. Assim, após analisar as transformações recentes na governança global da saúde, parece certo dizer que a SG é de fato, a expressão simultânea de uma força e de uma vulnerabilidade. É a sua magnitude atual – expandida por um capital financeiro em um volume nunca observado até então – que permite associar as populações, seus anseios e inseguranças, a indicadores econômicos, sem que estes necessariamente reflitam suas necessidades sociopolíticas. É também, a ideia de que a saúde é uma responsabilidade de todos, que permite que o ônus de seu empreendimento globalizante seja distribuído entre os indivíduos que atinge. Afinal, o cidadão global torna-se “o ponto final de toda responsabilidade”⁵⁶⁴ cujo sacrifício precisa ser compartilhado no aceite de políticas que reforçam a austeridade, reduzindo sua cidadania e existência a números (de doentes curados, de terapias e medicamentos produzidos e distribuídos etc.) e não às condições de vida que os cerca. Nesse sentido, a SG nasce com a proposta de uma governança que se sustenta na ausência – seja a ausência de responsabilidades bem definidas, de transparência e regulamentações adequadas da iniciativa privada e/ou de vontade política. Tal característica tem impedido um compromisso duradouro com a diminuição das desigualdades estruturantes que dividem as sociedades. Contudo, a SG continua a se afirmar nas disputas que trava, nos jogos conceituais teórico e prático que determinam sobre quais vidas, ou melhor, quais condições de saúde e doença, merecem investimento e atenção. Criam-se assim, novas hierarquias orientadas pela rentabilidade que a condição insalubre da vida humana pode gerar.

⁵⁶² Birn, Anne-Emanuelle; Pillay, Yogan; Holtz, Timothy H. (org.). *Textbook of international health: global health in a dynamic world*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2009, p.6.

⁵⁶³ Birn, Anne-Emanuelle; Pillay, Yogan; Holtz, Timothy H. (org.). *Idem*.

⁵⁶⁴ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.47.

4.4

Considerações finais

Em suma, vimos neste capítulo como a consagração do Estado como fornecedor de habilidades humanas para o mercado permitiu que a provisão dos bens públicos, dentre os quais a saúde faz parte, se transformasse em provisão de serviços, garantindo o financiamento de um nicho altamente rentável para o mercado. No contexto do neoliberalismo, o *homo oeconomicus* parece assim (re)produzir uma condição precária e colonizadora da vida humana; condição esta, que agora não está restrita apenas ao território outrora colonizado, mas que também habita a conformação social de países considerados desenvolvidos – marcando, portanto, o abandono total da *promessa* de um Estado de Direitos no seu lócus de origem.

Diante deste cenário, vimos também que as PPP que se traduzem nas iniciativas globais de saúde passaram a dominar a implementação das políticas sociais – afetando o processo decisório de formulação e implementação de políticas públicas, de modo que prevalecessem os desejos e interesses dos agentes privados financiadores. Suas estratégias constituíram, portanto, a proliferação global de distintos ‘neoliberalismos’, com a manifestação de novas formas de privatização e gerenciamento dos bens públicos, disputando conceitos e a sua aplicação nos terrenos mais diversos. Isto não se deu, no entanto, sem que a implementação de agendas distintas da governança neoliberal experimentasse o surgimento de diversos conflitos e resistências. A este respeito, podemos destacar, por exemplo, a Declaração de Istambul, lançada em maio de 2009 com a assinatura da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (em inglês, *World Federation of Public Health Associations – WFPHA*), então sob a presidência do acadêmico brasileiro, Paulo M. Buss (2008-2010). O documento revelava as limitações pelas quais a agenda da Saúde Global passava naquele momento. Seu objetivo central era o de “estabelecer uma nova plataforma global sublinhando a missão e a prática da saúde pública”⁵⁶⁵. O quadro apontado na declaração ressaltava: a falência estrutural das políticas e dos sistemas globais; o aumento de doenças e deterioração das condições de saúde causados pelos determinantes sociais; a eclosão do H1N1; a definição da

⁵⁶⁵ Buss, P. M.; Matida, A. Informe. *Declaração de Istambul sobre Saúde Global*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9), set, 2009, p. 2083.

saúde e do bem-estar como condições cruciais para os desenvolvimentos social, econômico e cultural nos contextos pessoal, familiar, comunitário, nacional e global; a proteção dos bens públicos e da saúde pública como tarefa e responsabilidade central dos governos em seus mais distintos níveis; a noção de que o acesso equitativo a sistemas de saúde abrangentes deverá compreender a atenção básica à saúde e a serviços de saúde pública, consistindo assim, um direito humano⁵⁶⁶.

Tal perspectiva, parecia visar estabelecer uma tentativa de capturar o conceito de SG, centrando-o nos debates como uma extensão da saúde pública à esfera global. Este movimento, nos indica que não foram apenas as PPP que se intensificaram nos anos 2000. O início do novo século trazia consigo também, o fortalecimento de iniciativas de cooperação Sul-Sul e de blocos regionais impulsionados pelo crescimento econômico de países de renda média, resultando em iniciativas como os BRICS e a Unasul. As mudanças no protagonismo desses países, sobretudo o Brasil, serviriam para colocar em perspectiva outras vozes e iniciativas que permitiam a disputa da SG a partir de um outro terreno, o terreno das determinações sociais da saúde – tema que será tratado nos próximos capítulos.

⁵⁶⁶ Buss, P. M.; Matida, A. *Ibid.* 2009, p. 2084.

5.

De alvo à partícipe? O direito à saúde no Brasil e o acesso ao terreno político internacional

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. O gozo do mais alto padrão de saúde possível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é fundamental para alcançar a paz e a segurança e depende da cooperação mais ampla de indivíduos e Estados. A conquista de qualquer Estado na promoção e proteção da saúde é de valor para todos. O desenvolvimento desigual em diferentes países na promoção da saúde e controle de doenças, especialmente doenças transmissíveis, é um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância básica; a capacidade de viver harmoniosamente em um ambiente total em mudança é essencial para esse desenvolvimento. A extensão a todos os povos dos benefícios do conhecimento médico, psicológico e afins é essencial para a obtenção mais completa da saúde. A opinião informada e a cooperação ativa por parte do público são da maior importância para a melhoria da saúde das pessoas. Os governos têm uma responsabilidade pela saúde de seus povos, que só pode ser cumprida com o fornecimento de medidas sociais e de saúde adequadas⁵⁶⁷.

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 recuperação⁵⁶⁸.

O começo do século XX trouxe consigo a emergência de novas perspectivas médicas baseadas na “medicina social” que surgia na Europa dos anos 1920, e que que passavam a considerar os problemas relacionados a doenças a partir do estudo das condições de vida das pessoas⁵⁶⁹. Pode-se inferir que o reconhecimento da saúde como um direito cidadão teve influência desta nova forma de se conceber a

⁵⁶⁷ Preâmbulo Constitucional da OMS. A Constituição foi adotada pela Conferência Internacional de Saúde realizada em Nova York, de 19 de junho a 22 de julho de 1946, por representantes de 61 Estados. Alterações adotadas pelas Vigésima Sexta, Vigésima Nona, Trigésima Nona e Quinquagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde (resoluções WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 e WHA51. 23) entraram em vigor em 3 de fevereiro de 1977, 20 de janeiro de 1984, 11 de julho de 1994 e 15 de setembro de 2005, respectivamente, e estão incorporadas no presente texto. Ver <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acessado em maio de 2020.

⁵⁶⁸ Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. *Seção II – Da Saúde. Artigo 196*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011, p. 131.

⁵⁶⁹ Cueto, Marcos. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p.30.

medicina. O primeiro registro formal da saúde como um direito está no Código Sanitário Pan-americano (1924), publicado pela então Repartição Sanitária Pan-Americana, uma agência intergovernamental financiada pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Anos mais tarde, em 1958, esta mesma Repartição Sanitária seria incorporada como escritório regional da OMS para as Américas, tendo seu nome alterado para “Organização Pan-Americana de Saúde” (OPAS/OMS)⁵⁷⁰.

Entre os anos 1950 e 1960, novas abordagens foram incorporadas ao ensino da medicina preventiva e social nos departamentos de medicina das universidades brasileiras, contando com o substantivo apoio internacional da OPAS⁵⁷¹. Naquela época, a OPAS começava a articular as relações entre saúde, economia e desenvolvimento em seus planos de ação, incluindo temas como saúde e educação na agenda do desenvolvimento⁵⁷². De acordo com Pires-Alves e Maio, o contexto da Guerra Fria marcava o forte desempenho da organização na América Latina, o que influenciou profundamente a revisão da educação médica e o desenvolvimento da Medicina Social no Brasil. Nos diagnósticos de escala continental financiados pela OPAS na década de 1960, uma fraca cobertura de saúde e a disseminação de vermes e doenças transmitidas pela água caracterizavam a intensificação do quadro de pobreza brasileiro, levando à prescrição de novas metodologias para o planejamento abrangente do desenvolvimento econômico e do bem-estar⁵⁷³. O

⁵⁷⁰ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.25.

⁵⁷¹ Escorel, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p.27.

⁵⁷² De acordo com Fernando Pires-Alves e Marcos Chor Maio, no período entre 1949 e 1979, o desenvolvimento consagrou-se como a filosofia pública da saúde internacional no contexto interamericano. Tal filosofia estaria inscrita em um quadro geral do desenvolvimento, marcado pelas disputas e tensões entre projetos distintos. Para os autores, as ideias sobre as relações entre saúde, economia e desenvolvimento, foram articuladas entre a passagem das décadas de 1950 e 1960, pelo então diretor da OPAS, Abraham Horwitz, quem teria estabelecido uma gama de argumentos favoráveis à importância das políticas sociais na área da saúde, ampliando adesões e afirmando conexões entre saúde, adoecimento e produtividade do trabalho. O sentido humanístico presente nas suas afirmações, teria então conformado e possibilitado discussões mais amplas sobre o desenvolvimento humano na tradição sanitária. Entretanto, tal inclusão também pode ser lida aliada à tentativa estadunidense de controlar o avanço do socialismo no campo das políticas sociais, o que ameaçava atrair os países latino-americanos para a esfera de influência soviética. Não obstante, repercutiram no continente a ‘ofensiva econômica soviética’ (1956), o lançamento da Operação Pan-americana (1958), a Revolução Cubana (1959), a celebração da Ata de Bogotá (1960), e o lançamento da Aliança para o Progresso (1961). Ver Pires-Alves, Fernando A.; Maio, Marcos Chor. *A saúde na alvorada do desenvolvimento: o pensamento de Abraham Horwitz*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.75.

⁵⁷³ *Idem*.

momento demandava que o conhecimento articulado nos departamentos médicos brasileiros promovesse e divulgasse debates sob uma nova abordagem, que teria lugar “a partir do reconhecimento da fragilidade, incorreção e fragmentação com que vinham sendo analisadas as relações [entre] saúde e sociedade”⁵⁷⁴.

Anos mais tarde, aliado ao processo de luta contra a ditadura civil-militar brasileira (1964-1985) e a favor da reabertura democrática do país, um segundo movimento sanitarista tomaria lugar nas décadas finais do século XX e protagonizaria a criação de uma concepção da saúde como direito fundamental dos cidadãos e ferramenta crucial para o desenvolvimento do Brasil. Diferentemente da primeira reforma sanitária que culminou na Revolta da Vacina em 1904, o movimento sanitarista que se inicia nos anos 1970 buscou reconfigurar as relações entre saúde e sociedade, transformando a saúde em elemento fundamental para as iniciativas de democratização do Estado e de suas instâncias decisórias. Para Telma Menicucci, àquela época a própria ideia de cidadania se expandia, considerando não apenas o ponto de vista de direitos formais, de direitos políticos, “mas principalmente a ideia de uma democracia substancial, de direitos substantivos, que envolviam certa igualdade de bem-estar”⁵⁷⁵. Assim, a tentativa de incluir a participação social via direitos visava conectar o exercício de direitos políticos com a promoção de componentes de bem-estar social. Essa nova visão acerca das políticas de saúde foi o que possibilitou compreendê-la holisticamente, combinando a noção individual de direito à saúde com a percepção coletiva de que a saúde faz parte de, e é afetada por, um conjunto de determinações sociais, políticas e econômicas que requerem uma resposta efetiva do Estado.

A transformação na forma de se compreender a saúde sinalizava, portanto, uma tentativa de reformulação das regras do jogo por meio do estabelecimento do direito à saúde na nova Constituição Brasileira de 1988, e da posterior criação do SUS, determinando que o atendimento médico e sanitário fosse universal e gratuito para toda a população brasileira. Dessa forma, a manutenção da divisão racial na população e a insistência na adoção de políticas liberais cuja aderência era sentida

⁵⁷⁴ Escorel, S. *Ibid.* 1999, p.26.

⁵⁷⁵ Menicucci, T. *História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.78.

violentamente neste terreno pós-colonial, tiveram suas contradições no campo da saúde mobilizadas, de modo que, pela primeira vez, o Estado de Direitos pudesse ser articulado a partir da constituição de novas subjetividades. Tal exercício parecia implicar, *ao menos constitucionalmente*, no rompimento com a relação de exterioridade doméstica que percebia parte da população como um inimigo, para que essa mesma população pudesse ser identificada como partícipe das políticas de saúde.

Concomitante à luta pela reforma sanitária, a epidemia de HIV/Aids cresceu no Brasil da década de 1980, tornando crescente também a mobilização social em torno do controle e tratamento da doença, bem como da defesa dos direitos dos portadores do vírus. Em meio à transição democrática pela qual o país passava, somava-se à luta da reforma diversas movimentações sociais e campanhas lideradas por médicos e ativistas, que percebiam a epidemia de aids como parte de uma violência estrutural; uma questão de direitos humanos cuja resposta deveria vir associada à noção de solidariedade como ação política. Apesar de não conseguir desdobrar a fundo a participação de todos os atores sociais envolvidos na redemocratização e no processo constituinte de 1988, esta tese reconhece suas iniciativas como cruciais para o alargamento da participação social em instâncias nacionais e internacionais. Percebe-se assim, que a intensa mobilização social no período de redemocratização facilitou a compreensão de que saúde e democracia deveriam caminhar juntas na busca de uma saída política à ditadura civil-militar, localizando o direito à saúde num espectro mais amplo de direitos humanos, como um importante catalisador do desenvolvimento social.

Isto posto, o presente capítulo pretende refletir sobre o surgimento e fortalecimento, entre as décadas de 1980 e 2000, de uma nova construção subjetiva da biopolítica na pós-colonialidade brasileira, que pela primeira vez visou reconhecer o indivíduo como partícipe das políticas de saúde no país. No entanto, ainda que esse reconhecimento viesse de forma normativa, promulgado na Constituição, sua completa efetividade se conformaria em um estágio ainda não atingido na luta política. Portanto, a primeira parte deste capítulo trata de recuperar parte da trajetória da criação do SUS, atendo-se a fragmentos de sua história que permitiram

a defesa de um direito à vida e à saúde como um elemento central para o desenvolvimento do Estado.

Na segunda parte deste capítulo, veremos como as tentativas de reconstituir a figura do sujeito liberal dotado de direitos têm se dado na prática. No início do século XX, vimos que a Revolta da Vacina trazia à tona a insatisfação popular diante da violenta interferência do Estado na organização da vida em sociedade, e se expressava na repulsa pela aplicação autoritária de fármacos e de novas profilaxias. Já no final do mesmo século, presenciamos a mudança na abordagem com o surgimento do clamor pela responsabilização do Estado acerca das vidas que controla. Agora, a resistência social reivindica junto ao Estado a partilha dos bens produzidos pela sociedade – refletida na ideia de saúde como direito cidadão, que inclui a garantia do acesso universal a medicamentos e vacinas. Se, novamente, o Estado brasileiro se depara com o dilema e a tarefa de encarar a população, outrora tida como ‘bárbara’, como cidadã; por outro lado, a sociedade civil nos mostra que a cidadania já era exercida como parte de sua rotina e de sua organização popular, e, portanto, deveria ser não só reconhecida como efetivamente garantida por direito.

Por fim, este capítulo discute o descompasso temporal que marca essas políticas, uma vez que o estabelecimento do sujeito liberal na pós-colonialidade chega tardiamente e precisa lidar simultaneamente com a manifestação de uma nova arte de governar a vida: a ascensão do neoliberalismo no mundo, e sobretudo, nas políticas de Saúde Global. Novamente constrangida em sua busca por espaço no terreno político internacional, a subjetividade pós-colonial brasileira é desafiada a enfrentar o arrefecimento de políticas de proteção social por todo o globo, o que reforça seu distanciamento de uma ação mais igualitária no trato da saúde da população.

5.1

Renegociando a biopolítica à brasileira: a universalização do sistema de saúde

Durante a longa ditadura civil-militar (1964-1985), o Brasil viveu sob a duplicidade de um sistema de saúde dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública.

Enquanto o primeiro setor se dirigia a ações que contemplassem a saúde individual dos trabalhadores formais, voltando-se prioritariamente para zonas urbanas sob o comando dos institutos de pensão, o segundo centrava-se em ações de caráter preventivo organizadas pelo Ministério da Saúde (MS), direcionadas principalmente às zonas mais pobres e rurais. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, o governo civil-militar priorizou a contratação de serviços privados para o atendimento dos beneficiários, remunerando seus fornecedores por unidade de serviços. Tal preocupação surgia a partir da reivindicação dos setores industrial e empresarial, que buscavam otimizar o trabalho de seus funcionários, evitando a perda de dias de trabalho e favorecendo um retorno mais rápido ao trabalho em caso de doenças⁵⁷⁶. Em 1974, era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que fornecia os serviços de saúde, restringindo-os aos trabalhadores formais que contribuía com a previdência social.

Dessa forma, os serviços de saúde não eram acessados pelos setores da população que sobreviviam de ocupações informais ou rurais, e que não contribuía para a previdência. Como afirma Hêider Pinto, tal política refletia o entendimento da saúde como um problema individual e econômico, e não como uma questão de bem-estar do cidadão⁵⁷⁷. Além disso, o parco acesso à saúde configurava o que Wanderley Guilherme dos Santos chamaria de “*cidadania regulada*”⁵⁷⁸, uma cidadania que não se baseava em um código de valores políticos acordados em sociedade, mas sim em um sistema de estratificação ocupacional, previamente definido por norma legal. Em outras palavras, constituía-se cidadãos detentores de direitos apenas aqueles que possuíssem a carteira de trabalho assinada, localizados em uma ocupação formalmente reconhecida e definida por lei. Os direitos equivaleriam, Santos afirma, ao lugar em que os indivíduos ocupassem no processo produtivo. Aos trabalhadores informais restava assim a condição de “pré-cidadãos”: fariam parte do processo produtivo, mas não da partilha de direitos⁵⁷⁹.

⁵⁷⁶ Machado, Rafael. *Antes do SUS*. Saúde Pública. Portal Drauzio Varella. Disponível em <<https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/>>. Acessado em março de 2020.

⁵⁷⁷ Hêider Aurélio Pinto *apud* Machado, Rafael. *Ibid.*

⁵⁷⁸ Santos, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*. *Ibid.* 1979, p. 75.

⁵⁷⁹ Santos, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*. *Idem.*

Para Paiva e Teixeira, o INAMPS inaugurava ainda um modelo de remuneração dos serviços privados de saúde por unidade de serviços, que mostrar-se-ia “altamente danoso por incentivar a corrupção, ampliar de forma desmesurada procedimentos médicos desnecessários, e impedir qualquer planejamento dos serviços a serem priorizados”⁵⁸⁰. O período foi marcado ainda pela instauração da crise de recursos e pelo enfraquecimento da capacidade de ação do MS, registrando queda de 2,21% para 1,40%, entre 1968 e 1972, no orçamento total da União para o setor saúde⁵⁸¹. Em meio ao agravamento da pobreza e ao escasso acesso às políticas de saúde, nas décadas seguintes a concepção da realidade sanitária mover-se-ia por meio da crítica à neutralidade científica no planejamento da saúde e do combate às doenças, passando a considerar a saúde cada vez mais um objeto de estudo e intervenção política⁵⁸². Assim, é na segunda metade dos anos 1970 que o movimento pela reforma sanitária ganharia força, destacando-se a partir de uma abordagem que passava a considerar a saúde como um bem comum, construído coletiva e socialmente.

A despeito da repressão enfrentada pela restrição das liberdades políticas durante o período ditatorial, o contexto político brasileiro nos anos 1970 também originou iniciativas de distensão que marcaram os primeiros passos para a abertura democrática. Como ressaltam Paiva e Teixeira, as eleições para o Senado (1974, 1976 e 1978), o abrandamento da censura (1975 e 1979), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5 (1979) configurariam as principais transformações para uma reabertura democrática lenta e gradual, sinalizando ainda, a pretensão militar em restaurar as desgastadas bases de legitimidade social do regime⁵⁸³. Neste contexto, a disseminação e organização das principais ideias do movimento pela reforma sanitária foi tomando forma por meio da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976; e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. Ao final da década, o movimento sanitário brasileiro promoveria diversas conferências históricas, que contaram com a ampla participação de associações e representações da sociedade

⁵⁸⁰ Paiva, Carlos Henrique Assunção; Teixeira, Luiz Antonio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.18.

⁵⁸¹ Paiva, C. H. A.; Teixeira, L. A. *Idem*.

⁵⁸² Escorel, S. *Ibid.* 1999, p.27.

⁵⁸³ Paiva, C. H. A.; Teixeira, L. A. *Ibid.* 2014, p. 16-20.

civil, incluindo trabalhadores e setores populares. O primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, organizado em 1979 pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em esforços conjuntos com a Cebes e a Abrasco, estabeleceria princípios centrais que seriam adotados pela reforma sanitária. O documento final apresentado intitulava-se “*A Questão Democrática na Área da Saúde*”⁵⁸⁴, e estabelecia princípios como: o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública⁵⁸⁵.

5.1.1 O papel da Atenção Primária da Saúde na luta sanitarista

Os impulsos que levaram à reforma sanitária brasileira no final do século XX, podem ser percebidos também como parte de um fenômeno associado ao estímulo das agências internacionais de desenvolvimento, que valorizavam a participação das comunidades nos desenhos das políticas de saúde⁵⁸⁶. Segundo Soraya Côrtes, a “Declaração dos Cuidados Primários de Saúde”, elaborada pelo Unicef e pela OMS em 1978, “pode ser considerada como a contribuição mais significativa para a consolidação de políticas que promoviam a participação comunitária ou popular”⁵⁸⁷. Isto porque a Declaração recomendava o autocuidado e a autonomia das comunidades, favorecendo a sua participação em diferentes estágios do planejamento e implementação das políticas, “mobilizando-as para que assumissem a responsabilidade por sua saúde”, além de vislumbrar um atendimento que atingiria toda a população, sobretudo, as mais pobres⁵⁸⁸. Esse novo modo de pensar a saúde se inspirava nas experiências (i) de ONGs e médicos missionários em territórios vulneráveis em África, Ásia e América Latina; e (ii) na experiência dos médicos “*de pés descalços*” chineses, cujos relatos de sua vivência em territórios rurais indicavam uma transformação profunda das condições de saúde das

⁵⁸⁴ Figueira, Carlos Augusto Ferreira. *O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*. Disponível em <<http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/desdobramentos/cebes.htm>>. Acessado em março de 2020.

⁵⁸⁵ Escorel, S. *Ibid.* 1999, p.87.

⁵⁸⁶ Côrtes, Soraya V. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.13.

⁵⁸⁷ Côrtes, Soraya V. *Ibid.* 2009, p.14.

⁵⁸⁸ Côrtes, Soraya V. *Idem*.

populações. Ambas as iniciativas relatavam a inserção e o treinamento de agentes comunitários para a resolução de problemas básicos ambientais e econômicos, ressaltando o valor e a necessidade da presença médica na prevenção de doenças em espaços vulneráveis⁵⁸⁹.

A declaração vinculava assim, a saúde ao desenvolvimento social, considerando o trabalho de saúde não apenas uma intervenção isolada, mas sim um importante passo na melhoria das condições de vida. Marcos Cueto ressalta que essa nova abordagem implicava um enfoque intersetorial, admitindo o trabalho conjunto de várias instituições em temas como educação sanitária e saneamento básico. Isto viria da percepção do presidente da OMS à época, o dinamarquês Halfdan T. Mahler, de que “a saúde deveria ser uma ferramenta para o desenvolvimento e não simplesmente um subproduto do progresso econômico”⁵⁹⁰.

Finalmente, a declaração ousava apostar numa abordagem universal, um papel até então considerado incomum para uma agência de saúde. Como destaca Cueto, a abordagem proposta pela OMS tinha como slogan “Saúde para Todos até o ano 2000”, uma visão prospectiva que desenhava o futuro do planejamento em saúde a partir de três ideias-chave: *o uso de “tecnologias apropriadas”*, que fossem relevante para as necessidades das pessoas, cientificamente sólidas e financeiramente viáveis; *a oposição ao elitismo médico*, que enfatizava a construção de postos de saúde em áreas rurais e favelas, bem como valorizava o treinamento do pessoal de saúde leigo e a participação da comunidade, reconhecendo o papel de curandeiros tradicionais, xamãs e parteiras; *e o conceito de saúde como ferramenta para o desenvolvimento socioeconômico*, que compreendia a saúde como parte de um processo de melhoria das condições de vida, exigindo uma abordagem intersetorial⁵⁹¹. Assim, a celebração da Conferência Internacional de Atenção Primária de Saúde (APS) pela OMS, na cidade soviética de Alma-Ata, em 1978, teria servido como norte para o desenvolvimento de soluções baseadas nos problemas nacionais. Para citar Pires-Alves e Cueto, ainda

⁵⁸⁹ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. “A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, jul.-set. 2006, p. 632.

⁵⁹⁰ Cueto, Marcos. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p.55.

⁵⁹¹ Cueto, M. ‘The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care’. *In: Public Health Then and Now. American Journal of Public Health*. November 2004, Vol 94, No. 11, p. 1867-1868.

que as reformas nos sistemas de saúde originadas a partir da Alma-Ata variassem em foco e profundidade, elas partilhavam um apreço à soberania, que se verificava no

sentido generalizado de necessidade da reforma da ordem vigente; [n]o papel dos Estados Nacionais como instâncias fundamentais na direção do processo de mudança; [n]o planejamento integrado das ações de desenvolvimento econômico e social; [n]a crença numa racionalidade civilizatória e na possibilidade de um arranjo solidário entre os Estados e entre as classes sociais⁵⁹².

Contudo, os processos vividos nos anos seguintes enfraqueceram substancialmente os esforços holísticos empreendidos pela Alma Alta no cenário internacional. A APS teve suas intervenções reduzidas em torno de um novo conceito: Atenção Primária à Saúde Seletiva (APSS), ou apenas “Atenção Primária Seletiva”. As ações da APSS passavam a ser centradas, portanto, no (i) monitoramento do crescimento infantil; nas (ii) técnicas de reidratação oral para controle de doenças diarreicas infantis; na (iii) amamentação como meio de prolongar intervalos de nascimento enfatizando o valor protetor, psicológico e nutricional do leite materno nos primeiros 6 meses de vida dos bebês; e na (iv) importância da imunização, especialmente a vacinação na primeira infância⁵⁹³. Esse novo direcionamento na abordagem desenhada em Alma-Ata visava facilitar o monitoramento e a avaliação de iniciativas cujos objetivos pareciam mais claros e mensuráveis, atendendo assim, às críticas endereçadas à ajuda internacional, que vivia um momento de saturação após décadas de intervenções sem resultados concretos em termos de desenvolvimento. Para Cueto, essa abordagem mais *seletiva* da APS atrairia o apoio de doadores, acadêmicos e agências internacionais, como o Banco Mundial, o Unicef e a Fundação Rockefeller, que atrelavam as abordagens em saúde a objetivos gerais e ações específicas com prazo determinado⁵⁹⁴. No contexto da Guerra Fria, as abordagens dividiam-se entre uma versão mais radical, na qual a atenção primária à saúde era um complemento da revolução social; e uma versão mais branda, que retirava o componente político do centro do debate, focando em ações específicas e orientadas por resultados. Para Brown *et. al.*, o processo de “redução do idealismo da Alma-Ata” traduzir-se-ia em uma forte influência exercida pelos

⁵⁹² Pires-Alves, F. A.; Cueto, M. *A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional*. Ciência & Saúde Coletiva, 22(7). 2017, p. 2142.

⁵⁹³ Cueto, M. *Ibid.* 2004, p. 1869.

⁵⁹⁴ Cueto, M. *Ibid.* 2004, p. 1871.

Estados Unidos, que através das suas instituições lograria uma aplicação mais técnica e mensurável das intervenções em saúde⁵⁹⁵.

Além disso, como nos lembram Pires-Alves e Cueto, somavam-se ao cenário a intensificação da crise mundial na década de 1980 e a ênfase concedida ao desequilíbrio fiscal dos Estados, o que minaria a possibilidade de prosseguir com uma “*racionalidade solidária*” entre os Estados e suas classes, sendo radicalmente substituída pela lógica da competição de mercado. Assim, “nesse novo ambiente, a atenção primária de saúde, como originalmente concebida, em sua vertente mais generosa e radical, *seria bandeira e trincheira de resistência*”⁵⁹⁶.

O que se esperava nos debates da época, para citar Ana Maria Costa, era que, por meio “da estimulação da participação dos usuários do sistema de saúde, houvesse uma crescente influência destes nos processos decisórios, resultando na ampliação da oferta e da qualidade dos serviços para a população”⁵⁹⁷. Neste sentido, a responsabilização dos usuários passava pela sua percepção como um detentor de direitos, que, no exercício individual de sua cidadania, garantiria por meio da participação a preservação dos interesses coletivos⁵⁹⁸. O crescente nível de politização da sociedade naquele momento permitiu que este movimento, até então inédito nas políticas de saúde brasileira, rompesse com a forma tradicional na qual a população era compreendida, pois seu sucesso dependia, primordialmente, da aderência e da regulação de cada indivíduo. Isto incluía não apenas a população branca, cujo acesso ao mercado de trabalho era favorecido, mas também as parcelas periféricas urbanas e rurais, que em sua maioria não alcançavam o escasso serviço de saúde oferecido.

Dessa forma, em meados da década de 1980, associações como o Cebes e a Abrasco tornar-se-iam a vanguarda política do movimento, como frente de mobilização e pressão nas arenas políticas, consolidando uma atuação que extrapolava o campo acadêmico e o conectava à sociedade civil⁵⁹⁹. Assim, consolidando uma atuação

⁵⁹⁵ Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. *Ibid.* 2006, p. 633.

⁵⁹⁶ Pires-Alves, F. A.; Cueto, M. *Idem. Grifos meus.*

⁵⁹⁷ Costa, Ana Maria. *Prefácio. In: Côrtes, Soraya V. Participação e Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.9.

⁵⁹⁸ Costa, Ana Maria. *Ibid.* 2009, p.10.

⁵⁹⁹ Como ressalta Monika Silva, a fundação do Cebes permitiu a criação e edição de uma revista que veiculasse as principais ideias do movimento (o periódico Saúde em Debate), enquanto a

que reunia academia, ciência e ativismo, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) discutiria as diretrizes políticas do setor, bem como a aprovação de uma agenda de propostas que incluíam o conceito ampliado de saúde, a defesa do direito à cidadania, e o dever do Estado com o financiamento do sistema de saúde⁶⁰⁰. Neste momento emblemático, a VIII Conferência teria como uma de suas grandes bandeiras a idealização de um sistema único, universal e democrático de saúde, o SUS, logrando organizar a Comunidade Brasileira de Especialistas em Saúde⁶⁰¹ em torno do conceito de ‘Determinantes Sociais da Saúde’ (DSS) – que considera os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais como fatores influentes na ocorrência de problemas de saúde e no aumento do seu risco para a população⁶⁰². O novo paradigma fornecia assim, as bases para se pensar a saúde de maneira ampliada. Segundo Costa, foi com a concepção da determinação social da saúde que se tornou possível justificar o texto constitucional que instituiu a saúde como direito universal e dever do Estado, como “um dos pilares do sistema de seguridade social”⁶⁰³.

Como afirmam Esteves e Assunção, essa combinação entre saúde e determinantes sociais situava o objeto da saúde, suas políticas e até mesmo os especialistas em saúde, nas interseções do campo de desenvolvimento⁶⁰⁴. O processo de formação de atores e de instituições simpáticas à reforma sanitária é compreendido por Paiva e Teixeira como parte de um conjunto de aspectos, que vão desde o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950, até o fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário. Somado a isso, o progressivo desenvolvimento de ações no campo da saúde tendia a demandar quadros técnico-científicos nem sempre disponíveis nas agências estatais brasileiras. Tal escassez teria propiciado aos profissionais médicos de posições

constituição da Abrasco surge posteriormente por iniciativa de docentes dos cursos de medicina preventiva e seus programas de residência, com o objetivo de politizar a formação de recursos humanos. Ver Silva, Monika Weronika Dowbor da. *A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)*. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012, p.98.

⁶⁰⁰ Escorel, S. *Ibid.* 1999, p.193.

⁶⁰¹ A nomenclatura aqui adotada foi concebida por Esteves e Assunção, 2017. Para os autores, a gênese da CBES engloba a compreensão da saúde como um amplo conjunto de determinantes sociais, na qual narrativas e discursos específicos sobre saúde e sistemas de saúde são endossados.

⁶⁰² Buss, P.M.; Filho, A.P. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1). 2007, p.78.

⁶⁰³ Costa, Ana Maria. *Ibid.* 2009, p.10.

⁶⁰⁴ Esteves, P.; Assunção, M. C. *Ibid.* 2017, p. 111.

progressistas a oportunidade de acesso aos postos da burocracia técnica estatal⁶⁰⁵. Assim, os especialistas em saúde se formavam na junção de duas configurações, identificadas por Esteves e Assunção como: (i) um *aparelho de produção de conhecimento*; e (ii) um *regime de treinamento e socialização*, que englobou uma vasta gama de técnicas, reproduzindo um corpo específico de conhecimento⁶⁰⁶. Entrevistada para esta pesquisa, a atual presidente da Abrasco, Gulnar Azevedo e Silva, afirma que

a gente pode se orgulhar de ser o país que tem o maior sistema universal, público, de saúde do mundo. É um sistema que cobre todos os brasileiros, e isso não aconteceu por acaso, isso aconteceu porque muitas pessoas se empenharam e foi possível na constituição garantir esse acesso universal à saúde (...). Muito antes de 1988 essa situação já vinha sendo discutida, já vinha sendo falada em nossos cursos de pós-graduação em saúde, que naquele momento nem chamavam saúde coletiva ainda. E aí foi possível esse trabalho. A Abrasco está fazendo 41 anos agora. Foi possível que antes mesmo da criação do SUS, que está fazendo 32 anos, o trabalho fosse muito forte no sentido de regulamentar e estabelecer o que seria a unificação de tudo que havia em termos de serviços de saúde para se tornar um sistema. *Não é uma organização de serviços, é um sistema*. Esse sistema foi muito bem trabalhado. Você perguntou o que que significa isso. Ele não é um sistema que dá conta só do atendimento, ele é muito mais do que só atendimento, ele tem a ver com a promoção com a prevenção, ele tem a ver com toda a vigilância sanitária que cuida do que a gente recebe, da validade dos medicamentos, do transporte de órgãos inclusive para hospitais privados. Então o SUS é muito mais do que isso⁶⁰⁷.

5.1.2 Lutas que se somam: a pandemia de HIV/Aids e a redemocratização no Brasil

Paralelamente aos avanços do movimento sanitário brasileiro, o início da pandemia de HIV/Aids na década de 1980 também pressionaria o Estado brasileiro e sua sociedade por uma nova percepção do Estado de Direitos. Os primeiros casos da doença a ganhar notoriedade na imprensa mundial ocorreram em Los Angeles, em 1981, e atingiram jovens homossexuais que apresentavam um sistema imunológico debilitando, manifestando uma imunodeficiência por meio de doenças como sarcoma de Kaposi e a pneumonia pelo fungo *Pneumocystis carinii*⁶⁰⁸. A origem da doença, no entanto, era praticamente centenária. Segundo Eduardo Jardim, uma versão “ancestral” da doença foi identificada entre chimpanzés que

⁶⁰⁵ Paiva, C.; Teixeira, L. *Ibid*, 2014, p. 21.

⁶⁰⁶ Esteves, P.; Assunção, M. C. *Idem*.

⁶⁰⁷ Entrevista 1, concedida à autora. Rio de Janeiro, 31 ago. 2020.

⁶⁰⁸ Cueto, Marcos. *Ibid*. 2015, p.66.

viviam na atual região da República Democrática do Congo (RDC), tendo sido transmitido aos seres humanos em algum momento no fim do século XIX e início do século XX⁶⁰⁹. O agravamento do quadro da doença e a intensificação na sua transmissão seriam frutos, portanto, da colonização. Segundo Jardim “a aids não teria se espalhado como uma epidemia, não fossem as condições em que viviam os habitantes das colônias africanas”⁶¹⁰. A doença só atravessaria até as Américas entre 1960 e 1970, sendo o Haiti o primeiro país a receber casos de aids no continente, em decorrência da participação dos haitianos em missões de cooperação da ONU na RDC⁶¹¹. Nos EUA, especula-se que a doença tenha chegado por meio da compra de sangue e plasma contaminados, supostamente fornecidas por organizações haitianas a bancos de sangue estadunidenses⁶¹². Assim, inicialmente foram atribuídos à doença nomes estigmatizantes, como “doença dos 4 agás” (pois se acreditava que ela afetaria especialmente haitianos, homossexuais, hemofílicos e usuários de heroína) e “Grid” (uma sigla para *gay-related immune deficiency*, em português, “deficiência imunológica relacionada a gays”). Apenas em 1982, quando casos não restritos à comunidade homossexual foram descobertos, é que a doença passaria a ser conhecida pela sigla aids (*acquired immunodeficiency syndrome*, em português, síndrome da imunodeficiência adquirida)⁶¹³.

Atingindo países desenvolvidos e em desenvolvimento simultaneamente, a aids pôde então ser percebida a partir de um quadro epidemiológico global. As doenças infecciosas, antes atribuídas em grande maioria aos países tropicais, já não poderiam mais ser consideradas exclusividade daqueles que se encontravam em piores condições de desenvolvimento⁶¹⁴. O rápido avanço do contágio e da evolução da doença mobilizou diversos grupos sociais na luta pelo direito dos portadores do vírus, tendo uma de suas primeiras manifestações no interior do movimento gay estadunidense – como quando da formação do grupo *Act up*, que oferecia suporte material e psicológico para a população afetada pela aids⁶¹⁵. Segundo Jardim, a percepção do aumento da incidência da doença na população

⁶⁰⁹ Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p. 15.

⁶¹⁰ Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. *Ibid.* 2019, p. 15.

⁶¹¹ Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. *Ibid.* 2019, p. 19.

⁶¹² Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. *Ibid.* 2019, p. 22.

⁶¹³ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.67.

⁶¹⁴ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.66.

⁶¹⁵ Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. *Ibid.* 2019, p. 24.

gay permitiu que o movimento de liberação gay, existente desde a década de 1970, se somasse ao esforço de enfrentar a doença e a estigmatização que ela trazia. O combate à aids se consolidava a partir de uma via política radical para a época, e que aproximava os grupos gays de outros movimentos sociais já atuantes nos Estados Unidos, “como o movimento negro, as grandes marchas contra a guerra do Vietnã e os grupos feministas”⁶¹⁶. Assim, o alto número de vítimas fatais e a rapidez com que a doença fragilizava a saúde dos imunodeprimidos, aliados ao estigma e a discriminação relacionados à população homossexual, teria proporcionado o entendimento de que a luta contra o vírus era uma luta comum a todos, favorecendo o crescimento global do movimento pela saúde e pelos direitos humanos dos portadores do vírus. Como afirma Richard Parker, isto permitiu a criação de um espaço político e institucional que, no final do século, articularia os vínculos entre saúde e direitos humanos em todos os níveis da saúde pública global, incluindo ações de ativistas de base, movimentos sociais transnacionais de saúde e praticamente todas as principais agências de desenvolvimento voltadas para o fornecimento de ajuda internacional em saúde⁶¹⁷.

As respostas oficiais aos casos de HIV/Aids no Brasil tiveram início em 1983⁶¹⁸, com a criação do primeiro programa de combate à aids no Brasil, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Durante o início da década, a ação governamental se deu por meio de campanhas que pouco dialogavam com a sociedade, reproduzindo estigmas e preconceitos, além de estimularem o medo, transformando a relação entre os indivíduos e a doença sexualmente transmissível em um tabu ainda maior. Além disso, a associação da doença como um mal predominantemente direcionado aos homens gays, fazia com que se perdesse de vista o impacto da mesma na vida das mulheres, que inicialmente contraíam a doença de seus próprios parceiros e em decorrência de abusos sexuais, e que mesmo após o diagnóstico ainda teriam de lidar com a violência física, a discriminação social e econômica. Como afirma Jardim, no início da pandemia 95% dos casos da

⁶¹⁶ Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós. Idem.*

⁶¹⁷ Parker, Richard. *Stigma, prejudice and discrimination in global public health.* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(1), jan, 2012, p. 167.

⁶¹⁸ Em 1982, o Boletim Epidemiológico brasileiro reportou, pela primeira, vez dez casos de aids e dez óbitos, todos entre homens. Entretanto, os números de casos de aids foram revistos anos depois, identificando um primeiro caso em 1980, notificado a posteriori. Ver Galvão, Jane. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo.* Rio de Janeiro: ABIA, 2002, p. 9.

doença ocorriam entre homens; mas em 1998, 51% dos casos de aids atingiriam as mulheres⁶¹⁹.

Diante deste contexto, diversas organizações sociais surgiam em busca de informações ainda escassas sobre a doença, visando melhor prevenir e informar sobre seu contágio. Em 1985, médicos e ativistas unir-se-iam para criar, em São Paulo, o primeiro Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), tendo como alcance prioritário as pessoas vivendo com HIV/Aids e seus familiares. Atuante até os dias de hoje, o GAPA foi fundamental na promoção de direitos e na prevenção e promoção da saúde por meio de orientações, disponibilização de preservativos, palestras, capacitações em saúde, entre outras atividades⁶²⁰. No ano seguinte, em 1986, surgia no Rio de Janeiro a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), primeira organização da sociedade civil a ser presidida por uma pessoa soropositiva, o sociólogo Herbert de Souza, conhecido como “Betinho”⁶²¹. A atuação de Betinho somar-se-ia aos esforços de mudança da abordagem da doença, ao considerar a epidemia não apenas um problema de natureza médica, mas também um problema de cunho moral. Naquele mesmo ano, seria criado também o Programa Brasileiro de Combate à Aids⁶²². Assim, o crescimento da pandemia e do número de vítimas fatais por aids – que em 1987 alcançaria 2.832 casos e 2.223 óbitos⁶²³ –, e a iminência da abertura democrática, aproximariam o movimento sanitário e o movimento pelos direitos dos portadores do vírus, contribuindo para o desenho de ações biomédicas com novas estratégias, que fortaleciam a diversidade e a luta contra a desigualdade⁶²⁴.

A “convergência virtuosa”⁶²⁵ na reconstrução e na reformulação das políticas sociais do Brasil pôde então promover uma resposta ao HIV que se baseasse na não

⁶¹⁹ Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. *Ibid.* 2019, p. 31.

⁶²⁰ Ver <<http://www.aids.gov.br/pt-br/grupo-de-apoio-prevencao-da-aids-gapasp>>. Acessado em abril de 2020.

⁶²¹ Galvão, Jane. *Ibid.* 2002, p. 10.

⁶²² Jardim, Eduardo. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. *Ibid.* 2019, p. 32.

⁶²³ Galvão, Jane. *Ibid.* 2002, p. 11.

⁶²⁴ Seffner, Fernando; and Parker, Richard. ‘The neoliberalization of HIV prevention in Brazil’. In: Basthi, Angelica; Parker, Richard; and Terto Jr., Veriano (eds). *Myth vs. Reality: Evaluating the Brazilian Response to HIV in 2016*. ABIA and Global AIDS Policy Watch, July 2016, p. 24.

⁶²⁵ A expressão é cunhada por Sonia Corrêa, para tratar do momento de ascensão dos movimentos sanitário e pelos direitos dos portadores de HIV/Aids. Ver Corrêa, Sonia. ‘The Brazilian response to HIV and AIDS in troubled and uncertain times’. In: Basthi, Angelica; Parker, Richard; and Terto Jr., Veriano (eds). *Myth vs. Reality: Evaluating the Brazilian Response to HIV in 2016*. ABIA and Global AIDS Policy Watch, July 2016, p. 8.

discriminação e no direito à saúde como um direito universal, contando com a intensa participação de movimentos sociais e ativistas. A este respeito, é preciso ressaltar que a participação das fundações filantrópicas no tema da saúde não é um fenômeno recente, mas uma manifestação que tem também sua importância histórica. Um dos informantes desta pesquisa afirma que, no Brasil da redemocratização,

a Fundação Ford, a Fundação MacArthur e as agências de cooperação tanto governamentais como religiosas, em alguns casos fundações como Misereor, a Cooperação das Igrejas da Noruega, a Norwegian Church Aid, elas financiaram o estabelecimento das primeiras ONGs no Brasil depois da ditadura. Então Ibase, Idac, e todas as Ongs Aids elas tinham recursos dessas fundações, e isso fez com que fosse possível a gente estabelecer ganhos que hoje a gente toma, digamos... da sociedade civil. Foram ganhos da sociedade civil organizada? Foi. Mas foi a sociedade civil organizada apoiada pela cooperação internacional, porque não tinha dinheiro no Brasil. Se você olhar o movimento de Aids no Brasil, ele teve um elemento espontâneo, oriundo da nascente comunidade gay organizada, mas ele foi todo financiado por instituições internacionais. O governo brasileiro só começou a financiar mais expressivamente, de meados da década de 1990 para a frente. O início... no final da década de 1980, época da fundação das principais ongs que de fato fizeram alguma coisa, foi todo financiado por instituições internacionais⁶²⁶.

A década de 1980 também foi palco de manifestações históricas pela anistia, pelas eleições diretas e por reivindicações estudantis e populares, dentre as quais, foi substantiva a participação do movimento negro e do movimento feminista brasileiro. Novos movimentos de cultura negra surgiam no país desde a década anterior, marcando, em 1978, a criação do Movimento Negro Unificado contra a Discriminação Racial (MNU)⁶²⁷. A importante ação do MNU denunciava as interseções do racismo brasileiro na tentativa de combatê-lo em suas manifestações de raça, classe e gênero. Nesse sentido, o MNU lograria problematizar e inserir discussões importantíssimas ao longo do processo da constituinte. Para Lélia González, esta atuação provocaria um pioneirismo, “uma anterioridade do movimento negro na colocação de uma série de questões para o movimento feminista, que, por sua vez, passou para o movimento homossexual e, de repente, você constata isso a partir de uma experiência concreta”⁶²⁸. Assim, puderam ser abordados temas como: a penalização de crime inafiançável como forma de

⁶²⁶ Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁶²⁷ González, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Org. Flávia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020, p.115.

⁶²⁸ González, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano... Ibid.*, 2020, p.326.

combate ao racismo, o estabelecimento do ensino obrigatório da história da África no currículo escolar brasileiro, a inclusão do quesito raça/cor nos censos populacionais, a situação da mulher negra na sociedade brasileira, entre outros.

No entanto, seria o movimento feminista aquele a ser conclamando para participar formalmente da redemocratização das instituições, logrando influenciar diretamente o marco normativo constitucional e a criação de políticas públicas que reconhecessem as necessidades das mulheres. Assim, em 1985 seria criado, por meio da Lei nº 7353, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM), “um órgão federal com autonomia administrativa e orçamento próprio, respondendo diretamente ao presidente da República, a quem cabia a nomeação de sua presidente”, e que se organizava em comissões específicas para tratar de temas como violência, saúde, creche, educação, mulher negra, mulher rural, legislação, trabalho etc.⁶²⁹. Para Jacqueline Pitanguy, a criação do CNDM respondia à demanda das ativistas, e teve como uma de suas primeiras preocupações a organização do programa de trabalho para a Assembleia Constituinte. O CNDM produziria assim, a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, que, dentre suas reivindicações específicas, demandava do Governo Federal: o reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado; a assistência integral à saúde da mulher; a proibição de experimentação de drogas; a garantia da livre opção pela maternidade e assistência ao pré-natal, parto e pós-parto; a garantia do direito de interromper a gravidez; a garantia do acesso gratuito aos métodos contraceptivos; e a garantia da assistência médica, jurídica, social e psicológica à mulher vítima de violência⁶³⁰. O CNDM possuía como conselheiras mulheres não apenas do quadro intelectual do país, mas também participantes de sua militância histórica como Lélia Gonzalez, Ruth Cardoso, Rose Marie Muraro, Benedita da Silva, Maria da Conceição Tavares, entre outras. Lélia Gonzalez e Benedita da Silva “eram as duas mulheres que, no Conselho, permitiam a articulação das questões de raça, classe e gênero – e faziam, portanto, que essas temáticas estivessem presentes nas discussões e nas publicações do CNDM”⁶³¹. Isto não se deu, é claro, sem que

⁶²⁹ Pitanguy, Jacqueline. *A carta das mulheres brasileiras aos constituintes: memórias para o futuro*. In: Holanda, H. B. de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.85.

⁶³⁰ Pitanguy, Jacqueline. *Ibid.* 2019, p.88.

⁶³¹ Ratts, Alex; Rios, Flavia. *Lélia Gonzalez*. *Ibid.* 2010, p.107.

Gonzalez e Silva produzissem duros embates na agenda da saúde dentro do Conselho, com propostas que discutiam a luta feminista a partir das relações raciais e seus efeitos. As dificuldades encontradas pelas diferenças de perspectiva política no processo de construção da Constituinte, ficam evidentes nas próprias palavras de Gonzalez:

(...) nós apresentamos sugestões para as outras subcomissões. Seguindo mais ou menos o critério do documento que foi apresentado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, que fez uma síntese das suas reivindicações a partir de uma perspectiva feminina, *fizemos uma série de sugestões a partir de uma perspectiva negra. Evidente que não vamos tratar de poder no Brasil. Mas a gente chega lá. A Comissão de Ordem Econômica, de Direitos de Nacionalidade etc. Enfim, a todas as outras comissões nós demos sugestões que trouxemos do Rio de Janeiro e pedimos, inclusive, à companheira Benedita que encaminhe a essas outras comissões as nossas sugestões*⁶³².

No campo da saúde, a participação das feministas negras também era marcada pela luta que já se estendia por décadas, contra a esterilização forçada de mulheres periféricas. De 1960 até 1980, a prática era fortemente incentivada pelas agências de desenvolvimento internacional, como a USAID⁶³³, fundamentando-se no que Cueto classificou como o “temor de que os países pobres e superpovoados fossem influenciados pelo comunismo, em razão da pouca infraestrutura e recursos para fornecer alimentos e criar empregos suficientes a um maior número de pessoas”⁶³⁴. As políticas de esterilização sequer cogitavam a produção de métodos direcionados aos homens, concentrando suas ações na ligadura de trompas das mulheres. Segundo Cueto, a única exceção foi a Índia, que teria priorizado a esterilização dos homens por meio da vasectomia⁶³⁵. Ferindo preceitos éticos por não oferecer métodos contraceptivos diversos e reversíveis, esse tipo de política decidia em nome das mulheres o futuro de suas vidas. Tal prática não atingia, é claro, as camadas mais brancas e mais ricas das sociedades. Após fortes críticas advindas de grupos de direitos humanos e das mulheres, novos termos seriam estabelecidos para lidar com o planejamento familiar e em substituição à ideia de controle da população. Assim, surgiam na década de 1990 as ideias de saúde sexual e

⁶³² González, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano... Ibid.*, 2020, p.259. *Grifos meus.*

⁶³³ Em 1965, a USAID destinaria um escritório fixo para cuidar do controle populacional, atribuindo à alta taxa de natalidade uma percepção negativa, fazendo com que os governos de países em desenvolvimento colocassem em prática programas de planejamento familiar que limitassem o crescimento de sua população. Ver Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.46.

⁶³⁴ Cueto, Marcos. *Idem.*

⁶³⁵ Cueto, Marcos. *Idem.*

reprodutiva, gênero e direitos reprodutivos, admitindo finalmente, que as mulheres pudessem escolher o número de filhos que queriam ter⁶³⁶. Diante da alta incidência de esterilização entre as mulheres brasileiras (em 1996, 40% das mulheres em união estável estavam esterilizadas, e um quinto delas tinha menos de 25 anos⁶³⁷), a reação do movimento feminista negro também lograria estabelecer a Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que vedou a indução ou incitamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica⁶³⁸. Tal ação partia da compreensão de que a retirada de escolha da mulher sobre a sua contracepção, além de uma violação do direito da mesma sobre o próprio corpo, tem caráter eugênico quando direcionado a uma parcela específica da população.

Portanto, neste Brasil da redemocratização, a expectativa pela reforma política elevava o nível de engajamento social, no qual a área da saúde perpassava distintas demandas, bem como se destacava devido à sua atuação precursora na constituição de fóruns participativos⁶³⁹. A este respeito, Soraya Côrtes ressalta que a partir da segunda metade da década, foram criadas as comissões interinstitucionais de saúde nos níveis federal, estadual e municipal, dando origem a Conselhos de Saúde⁶⁴⁰ e multiplicando suas conferências⁶⁴¹. Assim, o reordenamento dos princípios fundadores da política de saúde pôde finalmente ser alcançado em 1988, quando da promulgação do direito à saúde na nova Constituição Brasileira. A constituição do SUS por meio da Lei 8.080 de 1990, baseava-se, portanto, em um arcabouço legal e administrativo cujo funcionamento “incidiu sobre um processo institucional, já em curso, de descentralização e implantação de mecanismos participativos”⁶⁴². O SUS seria então criado, de acordo com três princípios basilares: a *universalização*, que reconhece a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo

⁶³⁶ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.50.

⁶³⁷ BEMFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc. Março, 1997.

⁶³⁸ Presidência da República. *Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acessado em junho de 2020.

⁶³⁹ Côrtes, Soraya V. *Ibid.* 2009, p. 14

⁶⁴⁰ Embora contemple todos os estados e municípios brasileiros, os conselhos de saúde enfrentaram outros desafios, apresentando disparidades operacionais e políticas entre si. Apesar das normas legais e administrativas do SUS estabelecerem a necessidade de participação, Côrtes ressalta que elas não lograram substituir o espaço de gestão como centro decisório do sistema. Ver Côrtes, Soraya V. *Ibid.* 2009.

⁶⁴¹ Côrtes, Soraya V. *Idem.*

⁶⁴² Côrtes, Soraya V. *Idem.*

ao Estado assegurar este direito; a *equidade*, que tem por objetivo a diminuição das desigualdades por meio do reconhecimento de que é preciso tratar desigualmente os desiguais, de modo a sanar os empecilhos que afastam, de diferentes maneiras, os cidadãos do acesso à saúde, investindo mais onde a carência é maior; e a *integralidade*, que considera as pessoas como um todo, e para melhor atender suas necessidades pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, de modo a oferecer uma atuação intersetorial em áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos⁶⁴³.

5.1.3 Entre o público e o privado: a híbrida implementação do direito à saúde

A contradição entre o momento da conquista nacional do direito à saúde e o acirramento da austeridade econômica no cenário internacional, trariam dois aspectos importantes que dificultariam a universalização do SUS: a sua relação entre público e privado e o não enfrentamento dessa dualidade na assistência à saúde no Brasil⁶⁴⁴. Como bem nos lembra Telma Menicucci, a Constituição de 1988 gestou um novo sistema híbrido de saúde, pois a promulgação do direito à vida e a criação do SUS não vieram sem antes coadunar o acesso universal à saúde com a liberdade do mercado⁶⁴⁵. A dualidade no oferecimento de serviços de saúde se intensificaria na medida em que se estabelecia uma continuidade na existência de formas privadas de assistência, independentes da intervenção governamental.

A esse respeito, Menicucci ressalta ainda o contexto normativo e ideológico destoante em que a criação do SUS se deu: enquanto no resto do mundo reestruturava-se a relação Estado-Mercado, minimizando a atuação do Estado e atribuindo a ele um papel secundário; nossa Constituição obrigava a sua atuação e o seu comprometimento com políticas de proteção social, por meio da universalização do acesso à saúde, educação e previdência. Além disso, o nascimento do SUS na década de 1990 também coincidiria com o primeiro governo democraticamente eleito pela população no pós-ditadura civil-militar. O rápido

⁶⁴³ Brasil. Ministério da Saúde. *Princípios do SUS*. Disponível em <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acessado em julho de 2020.

⁶⁴⁴ Menicucci, 2014; Paiva e Teixeira, 2014; Silva, 2012; Almeida, 2017.

⁶⁴⁵ Menicucci, T. *Ibid.* 2014, p.81.

governo Collor de Melo (1990-1992) traria mudanças profundas e uma defesa da modernização do Estado por meio de medidas neoliberais que implicavam o corte dos gastos públicos, o que afetaria substancialmente os rumos almejados pela reforma sanitária.

Diante deste cenário, a implementação do SUS passava a ocorrer paralelamente à discussão da complementação da rede privada de serviços, que por fim consolidasse como um ente separado, independente e não-complementar à política de acesso universal. Dessa forma, o setor público tornava-se dependente da prestação de serviços da rede privada, sem que uma experiência prévia de regulação fosse definida. Como destaca Menicucci, a intervenção na regulação dos serviços privados viria apenas em finais da década de 1990, ao mesmo tempo em que (1) se vivenciava um esforço hercúleo de implementação da política de saúde estabelecida na constituição, e (2) se enfrentava a instabilidade na alocação de recursos para tal feito⁶⁴⁶. Lígia Bahia também afirma que a implementação constitucional do SUS contava com “um orçamento compatível com a missão da universalização do direito à saúde”: as duas fontes de custeio previstas para a seguridade social, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), seriam somadas a impostos gerais e à contribuição previdenciária⁶⁴⁷. O problema, no entanto, é que essa forma de seguridade social nunca fora implementada. Para Bahia, a ideia de que os direitos não caberiam no orçamento se disseminou, tornando um desafio ainda maior manter o apoio para o projeto da Reforma Sanitária entre os profissionais de saúde e entre trabalhadores que já se beneficiavam de esquemas assistenciais privados, o que exigia também o seu apoio na destinação das contribuições a um fundo comum que viabilizasse o acesso público à saúde⁶⁴⁸. Ao mesmo tempo,

o projeto de implementar o SUS constitucional foi dramaticamente restringido pela redução dos recursos para a saúde (para patamares menores do que as despesas, em 1987). O SUS, especialmente o financiamento para as ações da rede pública de saúde, encontrou apoiadores no movimento municipalista. Certamente, a ação política do movimento municipalista ampliou as bases políticas do sistema, contudo, o protagonismo de prefeitos e secretários de Saúde acompanhou-se pela ênfase nas dimensões administrativo-institucionais da rede de serviços. O subfinanciamento, o

⁶⁴⁶ Menicucci, T. *Idem*.

⁶⁴⁷ Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. Futuros do Brasil: textos para debate. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz - CEE/Fiocruz, nº 9, Julho de 2017, p.6

⁶⁴⁸ Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. *Ibid.* 2017, p.7.

teor eminentemente contencionista e descentralizador da implementação do SUS conduzida por gestores, bem como a retomada das posições relevantes de influência de hospitais privados aliados a empresas de planos de saúde no Congresso Nacional e junto ao Poder Executivo resultaram em esforços notáveis para a ampliação do acesso. Mas tais esforços não se direcionaram à compreensão e à tradução operacional do conceito ampliado de saúde. O Brasil é o único país da América do Sul que possui um sistema universal de saúde. No entanto, não é a nação do continente que gasta mais recursos com saúde pública. Existe uma contradição estrutural: apesar do sistema universal, os gastos com saúde são menores do que os de países vizinhos e as despesas privadas são maiores do que as públicas⁶⁴⁹.

Recentemente, diversos foram os avanços em relação à ampliação do acesso à saúde. Bahia aponta que entre 2003 e 2013, a proporção de pessoas que se consultaram com médicos aumentou de 54,7%, em 1998, para 71,2%, em 2013. No ano seguinte, em 2014, “mais de 90% dos que declararam ser hipertensos ou diabéticos e 88% dos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica obtiveram os remédios prescritos”⁶⁵⁰. Aumentou também o número de equipes de saúde da família, passando de 4.114, em 1999, para 40.048, em 2016. Estas equipes, “estão localizadas em 4.995 municípios e são potencialmente responsáveis pela cobertura de 116 milhões de pessoas”⁶⁵¹.

Não obstante, ainda é possível notar que o sistema idealizado pela reforma não obteve êxito em incorporar toda a população. Parte significativa dos cidadãos se manteve de fora do SUS, seja pela adesão a planos de saúde privados ou pela insuficiência dos serviços oferecidos. A última Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, revelou que 27,9% da população (aproximadamente 56 milhões de pessoas) possui algum plano de saúde, seja ele médico ou odontológico⁶⁵². Dentre os indivíduos assegurados pelos planos de saúde, boa parte reside no sudeste do país, evidenciando também a desigualdade intranacional de renda e no acesso à ocupação formal, ainda o principal meio de acesso aos planos privados. O perfil desses consumidores tem sido traçado, como apontam Pinto e Soranz, como pessoas brancas, de maior renda familiar, com maior nível de escolaridade, inseridas no mercado de trabalho e moradores das capitais/regiões metropolitanas do país⁶⁵³.

⁶⁴⁹ Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. *Idem*.

⁶⁵⁰ Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. *Idem*.

⁶⁵¹ Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. *Idem*.

⁶⁵² IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015, p.30.

⁶⁵³ Pinto, Luiz Felipe; Soranz, Daniel Ricardo. *Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

Quadro 1: Legislação relacionada ao apoio à oferta e demanda de serviços e planos e seguros privados de saúde no período pós-Constituição de 1988⁶⁵⁴

Governo	Incentivos à oferta	Incentivos à demanda
Sarney		Decreto Lei nº. 7.713 de 1988 (amplia os limites do abatimento do Imposto de Renda com despesas com saúde)
Collor / Itamar	Lei nº. 8.620, de 5 de janeiro de 1993 (desconto e parcelamento de débitos de hospitais contratados ou conveniados com o Instituto Nacional – Inamps)	
FHC	<p>BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares (hospitais e unidades de diagnóstico)</p> <p>BNDES – Modernização de hospitais filantrópicos e estratégicos para o SUS (com participação da Caixa Econômica Federal)</p> <p>Decretos nº. 3.504 de 2000, nº. 4.499 de 2002, nº. 4.327 de 2002, e nº. 4.588 de 2002 (alteração da Lei 8.212 de 1991, flexibilização dos parâmetros para a concessão do certificado de filantropia; introduz alternativas: ou 60% das internações para o SUS, ou aplicação de parte da receita bruta em gratuidade ou classificação do hospital como estratégico para o SUS)</p> <p>Decreto nº 4.481 de 2002 (redução da prestação de serviços dos sistemas de alta complexidade das entidades filantrópicas destinados ao atendimento universal para 20%)</p> <p>Medida Provisória 2.158-35 de 2001 (deduções da base de cálculo das despesas operacionais e reservas técnicas das contribuições sociais para empresas de planos de saúde)</p>	<p>Lei nº. 9.527 de 1997 (altera o artigo 230 da Lei nº. 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único – ao introduzir a possibilidade de assistência à saúde do servidor ser realizada mediante contrato).</p> <p>Decreto nº. 3.000 de 1999 (atualiza os artigos 17 e 18 da Lei nº. 4.506 de 1964, que tratam da isenção do cálculo do rendimento bruto dos serviços médicos, pagos, ressarcidos ou mantidos pelo empregador em benefício de seus empregados).</p>
Lula	<p>BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares (em hospitais, <i>leitos não SUS</i> e unidades de diagnóstico)</p> <p>BNDES – Modernização de hospitais filantrópicos e estratégicos para o SUS</p> <p>Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº. 480 de 2004 (promulga a separação das contas dos serviços de terceiros – entre os quais os médicos e autoriza a dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas)</p> <p>Decreto nº. 5.895 de 2006 (introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia: oferta de serviços no percentual mínimo de 60% ou realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação – estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde)</p> <p>Lei nº. 11.345 de 2006 e Decreto nº. 6.187 de 2007 (criação de fonte de recursos- Timemania – parte da arrecadação é enviada para o Fundo Nacional de Saúde e destinada a Santas Casas, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de reabilitação de portadores de deficiência e parcelamento de débitos tributários)</p> <p>Lei nº. 10.833 de 2004 (preservação do regime de redução da alíquota de contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) de 7,6% para 3%, para estabelecimentos privados de saúde)</p>	<p>Lei nº. 9.250 de 2005 (as despesas com saúde passam a ser objeto de dedução integral do Imposto de Renda)</p> <p>Lei nº. 11.302 de 2006 (altera o artigo 230 da Lei nº. 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de assistência ao servidor mediante a forma de auxílio – ressarcimento do valor parcial dos gastos com planos ou seguros privados de assistência à saúde)</p>

⁶⁵⁴ Quadro retirado de Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. *Ibid.* 2017, p.11.

	Resoluções ANS 195 e 196 de 2009 , que permitem a comercialização de planos de saúde por coletivos, por adesão (ampliação das vendas de contratos que <i>escapam</i> das regras de reajuste e rescisão) e admitem a intermediação de administradoras nas relações entre clientes e empresas de planos)	
Dilma	BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares (hospitais, <i>leitos não SUS</i> e unidades de diagnóstico) BNDES – Reestruturação das dívidas bancárias e com fornecedores das Santas Casas e entidades filantrópicas BNDES – Empréstimos para empresas de planos privados de saúde Lei nº. 13.097 de 2015 – novas e amplas exceções à vedação constitucional à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas atividades de assistência à saúde, inclusive hospitais filantrópicos Resolução Normativa ANS nº. 396, janeiro de 2016 – desconto nas multas de empresas de planos de saúde	Resolução Receita Federal RFB nº. 1.500/2014 – Dedução do Imposto de Renda de cirurgias plásticas estéticas.

Fonte: quadro elaborado por Bahia (2017), com dados do Sistema de Informações do Congresso Nacional, Sistema de Informações Jurídico-Tributárias e Relatórios do BNDES.

Foram, justamente, os estímulos governamentais e as inúmeras deduções de impostos ao setor privado de planos e seguros de saúde, que, “associados ao aumento da formalização dos empregos e renda contribuíram para a expansão do mercado e aprofundamento da fragmentação e segmentação do sistema de saúde”⁶⁵⁵. A este respeito, Bahia lança luz às concessões jurídicas de incentivo à oferta privada adotadas no nosso curto período democrático, como pode ser visto no *quadro 1*, elaborado por ela. Posto dessa forma, é possível verificar que há uma inversão de prioridades. O setor privado de saúde no Brasil é o que mais recursos possui (incluindo investimentos públicos), e, por isso, mais serviços oferece. Contudo, o setor privado também é aquele que menos alcança a população, atingindo apenas 56 milhões de brasileiros. Na contramão, os recursos destinados ao SUS são cada vez menores, enquanto sua demanda é crescente. Um exemplo disso é o agravamento, a partir do anúncio em 2016, da aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 (a EC95), que estabelece o desfinanciamento progressivo da saúde. Estabelecendo um decréscimo, até 2036, dos orçamentos em saúde, educação e segurança pública, os efeitos negativos que a nova legislação conforma já impactam os preceitos constitucionais que garantem o direito universal à saúde e o desenvolvimento da cidadania. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, em 2018

⁶⁵⁵Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. *Ibid.* 2017, p.12.

o setor saúde perdeu R\$ 22,5 bilhões. As novas regras de cálculo do piso da EC 95 também refletiram nos gastos em saúde por pessoa, que caíram de R\$ 594,00 (em 2017) para R\$ 583,00 (em 2019)⁶⁵⁶. Apenas no ano de 2019, estima-se que a EC95 tenha provocado uma queda de 15% no orçamento da União para a pasta⁶⁵⁷. Com a intensificação da crise política e econômica durante a pandemia de Covid-19, o orçamento emergencial para a saúde pôde seguir com R\$35 bilhões em 2020, mas a sua manutenção volta a entrar em risco com a sinalização da retomada das regras da EC95 pelo Congresso Nacional⁶⁵⁸. Ao mesmo tempo em que se anunciam os cortes, a Secretaria do Tesouro Nacional tem feito projeções considerando o aumento do envelhecimento populacional, e afirma que este exigirá investimentos adicionais de R\$50,7 bilhões em saúde, entre 2020 e 2027⁶⁵⁹.

5.1.4 O movimento negro na luta por políticas de saúde integradas

Após a criação do SUS, o desafio de se assegurar a universalidade, equidade e integralidade do sistema de saúde permaneceu. No centro das lacunas ocasionadas pelo subfinanciamento histórico do sistema está a parcela negra da população brasileira, que frequentemente tem sido atravessada pelo desafio de acessar as políticas. Em 1995, a Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo pela Igualdade e a Vida, já denunciava em seu documento público a exposição da saúde do povo negro a problemas de saúde contornáveis, como: taxas de mortalidade infantil mais elevadas, menor expectativa de vida, maior incidência de perdas fetais entre mulheres negras do que brancas, maior incidência de miomas em mulheres negras, o excessivo número de mulheres negras histerectomizadas, o altíssimo índice de mulheres esterilizadas no país, a prevalência de hipertensão entre mulheres negras, a prevalência da anemia falciforme como doença genética de maior incidência no

⁶⁵⁶ Conselho Nacional de Saúde. *Petição Pública: o SUS merece mais em 2021! CNS reivindica manutenção de R\$ 35 bilhões*. 06 de agosto de 2020. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1297-peticao-publica-voce-vai-deixar-o-sus-perder-mais-r-35-bilhoes-em-2021>>. Acessado em novembro de 2020.

⁶⁵⁷ Conselho Nacional de Saúde. *Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016*. 29 de fevereiro de 2020. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>>. Acessado em abril de 2020.

⁶⁵⁸ Conselho Nacional de Saúde. *Petição Pública: o SUS merece mais em 2021! CNS reivindica manutenção de R\$ 35 bilhões*. *Idem*.

⁶⁵⁹ G1. *Envelhecimento da população exigirá gasto adicional de R\$ 50 bi em saúde até 2027, prevê governo*. Publicado em 27/02/2020. Disponível em <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/02/27/envelhecimento-da-populacao-exigira-gasto-adicional-de-r-50-bi-em-saude-ate-2027-preve-governo.ghtml>>. Acessado em abril de 2020.

Brasil, o enegrecimento e a feminilização da epidemia de HIV/Aids que se espalhava pelo país, além da sexualização precoce e a prostituição infantil de meninas negras⁶⁶⁰.

Graças ao trabalho da Marcha, seria criado naquele mesmo ano o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra, dando continuidade às reivindicações do movimento negro na formulação das políticas públicas⁶⁶¹. Outra vitória seria a implantação do quesito cor/raça nos Sistemas Nacionais de Informação em 1996, no Sistema Nacional de Nascidos Vivos e no Sistema de Informação de Mortalidade. Em 2001, o quesito também seria incluído no Sistema Nacional dos Agravos de Notificação, com o intuito de diminuir a lacuna existente nos dados desagregados sobre a população⁶⁶². A participação brasileira na III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, realizada em Durban em 2001, também reforçaria a necessidade de políticas públicas que atendessem a essa parcela da sociedade, que hoje significa mais da metade da população brasileira.

Em 2003, somava-se ao trabalho de valorização da população negra a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), criada com o objetivo de enfrentar o racismo no Brasil⁶⁶³. Entre as políticas promovidas pela secretaria estão a inclusão da obrigatoriedade da temática afro-brasileira no currículo oficial da rede de ensino, a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial, o Plano de Enfrentamento à Violência contra a Juventude Negra, o Programa Brasil Quilombola e o Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial⁶⁶⁴. Em 2006, o trabalho conjunto entre o movimento negro, a Rede de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde, a Associação de

⁶⁶⁰ *Marcha Zumbi Contra o Racismo, pela Igualdade e a Vida*. Brasília, 20 de novembro de 1995. Disponível em <<http://memorialdademocracia.com.br/card/marcha-zumbi-reune-30-mil-em-brasilia/docset/910>>. Acessado em junho de 2020.

⁶⁶¹ Presidência da República. Decreto de 20 de novembro de 1995. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dnn/antepor%20a%202000/1995/Dnn3531.htm>. Acessado em junho de 2020.

⁶⁶² Giovanetti, Márcia Regina; *et.al*. *A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo*. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, 2007, p. 165.

⁶⁶³ Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Conheça melhor o trabalho da SEPPIR*. Disponível em <<https://www.justica.gov.br/news/conheca-melhor-o-trabalho-da-seppir>>. Acessado em junho de 2020.

⁶⁶⁴ Gênero e número. *Futuro da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial preocupa movimento negro*. 17/12/2018. Disponível em <<http://www.generonumero.media/futuro-da-secretaria-nacional-de-politicas-de-promocao-da-igualdade-racial-preocupa-movimento-negro/>>. Acessado em junho de 2020.

Portadores de Doença Falciforme, e os gestores do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, lograria criar também a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Entretanto, apesar de ter sido formalmente instituída pelo Ministério da Saúde em 2009, a PNSIPN ainda não foi implementada em sua totalidade. Dez anos depois, dos 5570 municípios brasileiros que deveriam incorporá-la, apenas 57 a colocaram em prática, como mostra o levantamento liderado pelo sociólogo Luís Eduardo Batista, junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Universidade de São Paulo⁶⁶⁵. Uma das marcas mais importantes da PNSIPN é o reconhecimento do racismo e das desigualdades étnico-raciais como uma determinação social das condições de saúde⁶⁶⁶.

Somado aos desafios na implementação de políticas de saúde que atendam mais da metade da população, temos observado nos últimos dez anos o desmonte das estruturas que atuam diretamente na interseção entre formulação e implementação de políticas públicas voltadas para a redução das iniquidades entre a população. O maior orçamento da Seppir, por exemplo, data de 2010 com R\$ 16,7 milhões. No entanto, os cortes tornaram-se frequentes desde o primeiro ano do governo Dilma Rousseff, passando em 2011 para R\$ 4,1 milhões (uma queda de 75%). Desde então, seja em razão da crise econômica ou da pouca vontade política, o investimento na Secretaria tem oscilado e alcançou seu menor patamar em 2017, com R\$ 821 mil. Em 2018, foram previstos R\$ 23 milhões, mas apenas R\$ 3 milhões foram liquidados. Em 2019, além de sofrer ameaças quanto à sua extinção, a SEPPIR, sofreu um corte de 69,5% no orçamento aprovado pelo Congresso, atingindo um valor estimado em R\$ 7 milhões⁶⁶⁷. O ano de 2019 também ficou marcado como aquele em que o Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra seria extinto pelo presidente Jair Bolsonaro no decreto nº 10.087, de 5 de novembro de 2019⁶⁶⁸, dificultando ainda mais a concretização de uma política de saúde verdadeiramente universal.

⁶⁶⁵ ABRASCO. *Racismo determina o processo de saúde, doença e morte. Idem.*

⁶⁶⁶ Batista, L. E.; Barros, S. *Enfrentando o racismo nos serviços de saúde*. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00090516.

⁶⁶⁷ Gênero e número. *Futuro da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial preocupa movimento negro. Idem.*

⁶⁶⁸ Presidência da República. Decreto nº 10.087, de 5 de novembro de 2019. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Ato2019-2022/2019/Decreto/D10087.htm#art1>. Acessado em junho de 2020.

Outro duro golpe seria sofrido no primeiro semestre de 2020, quando o Ministério da Saúde retiraria do ar um estudo que ouviu mais de 52 mil brasileiros sobre a saúde da população negra no Brasil. A pesquisa, publicada em 2019, foi elaborada a partir de um questionário telefônico sobre hábitos alimentares e de saúde. Existente desde 2006, a pesquisa tem o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como hipertensão, diabetes e acidente vascular cerebral) e de seus fatores de risco (tabagismo, menor consumo de frutas e hortaliças, consumo abusivo de álcool e inatividade física). No entanto, apenas em 2018 a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizaria o primeiro relatório com um olhar específico para a população negra⁶⁶⁹. A retirada do estudo do domínio público pelo governo federal é simbólica, ao demonstrar a resistência em se traçar um perfil sobre as principais doenças e condições sanitárias vividas por 56% da população brasileira. Ainda assim, após ampla repercussão na mídia e na sociedade, o estudo foi devolvido à plataforma e finalmente pôde ser acessado. A despeito da tentativa de ocultar os dados, o estudo afirma que a raça/cor é um elemento

que contribui para a vulnerabilização da população negra, é salutar a construção de um recorte que demonstre as particularidades deste grupo populacional no monitoramento de indicadores de saúde. Os determinantes de saúde para a população negra expressam as vulnerabilidades desse grupo populacional a diversas doenças e agravos, especificamente, neste caso às DCNT⁶⁷⁰.

Na comparação da frequência de indicadores de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre a população negra e branca, por sexo, os dados do estudo revelaram que, em 2018, o excesso de peso e a obesidade são mais prevalentes em mulheres negras (respectivamente, 55,8% e 21,8%) do que em mulheres brancas (51,6% e 19,6%). O consumo regular de frutas e hortaliças é

⁶⁶⁹ UOL. *Ministério da Saúde retira do ar estudo sobre saúde da população negra*. Coluna Rubens Valente. 10/06/2020. Disponível em < <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/06/10/censura-saude-populacao-negra.htm?cmpid=copiaecola> >. Acessado em junho de 2020.

⁶⁷⁰ Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. 2019, p.13. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf>. Acessado em junho de 2020.

maior entre a população branca (homens, 33,3% e mulheres 44,1%) do que entre a população negra (homens 23,8% e mulheres 34,7%), apresentando dez pontos percentuais de diferença. A incidência de hipertensão arterial também se mostrou maior entre a população negra (homens 22,2% e mulheres 27,4%) do que entre a população branca (homens 21,6% e mulheres 26,2%). Quanto à incidência do diabetes, as mulheres negras são as que mais apresentam a doença – entre a população branca, os homens com diabetes representam 7,6%, contra 7,7% das mulheres; e entre a população negra, homens representam 6,7% contra 8,3% das mulheres). Não surpreende, portanto, que a avaliação negativa da saúde é maior entre a população negra (homens 4,1% e mulheres 6,1%) do que entre a população branca (homens 2,9% e mulheres 4,8%)⁶⁷¹. Como apontado por Elaine Soares, o que esses dados revelam, é que “problemas como desnutrição, carências vitamínicas e monotonia alimentar afetam muito mais a população negra pela escassez e pouca diversidade e frequência no consumo de frutas e hortaliças na dieta”⁶⁷². Isso agrava, portanto, “o surgimento de doenças prevalentes na população negra como a tuberculose, a obesidade e a diabetes de forma precoce, assim como o surgimento das formas agravadas dessas comorbidades na vida adulta”⁶⁷³.

O maior percentual de avaliação ruim da própria saúde confirma ainda, que mais da metade da população brasileira está mais propensa a adoecer diante da conjuntura precária no cuidado de sua saúde e na ausência do Estado na aplicação de políticas adequadas, reforçadas pela incidência do racismo estrutural. Como afirma Gulnar Azevedo e Silva, presidente da Abrasco,

na saúde ele também se coloca, o racismo estrutural. Vários estudos têm mostrado isso. Os negros têm piores condições de saúde, piores indicadores se comparado aos não-negros, às pessoas brancas. Isso é verdade e existe também. Mas o que a gente tem que chamar a atenção é que, ao mesmo tempo, o que é constatado é que com o SUS a gente não conseguiu resolver todas as nossas desigualdades em saúde. A gente ainda tem muitas limitações, e essas limitações, novamente, a primeira causa eu coloco como sendo a questão do financiamento. Mas a gente ainda não conseguiu superar os grandes entraves, os grandes obstáculos que seria garantir o acesso

⁶⁷¹ Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018 População Negra*. Ibid. 2019, p. 103.

⁶⁷² Abrasco. *Desmantelamento de políticas públicas e de pesquisas sobre a saúde da população negra: descaso ou necropolítica?* – Artigo de Elaine Oliveira. 16/06/2020. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/desmantelamento-de-politicas-publicas-e-de-pesquisas-sobre-a-saude-da-populacao-negra-descaso-ou-necropolitica-artigo-de-elaine-oliveira-soares/49422/>>. Acessado em junho de 2020.

⁶⁷³ Abrasco. *Desmantelamento de políticas públicas e de pesquisas sobre a saúde da população negra: descaso ou necropolítica?* Idem.

integral de qualidade a todos, e é claro que isso depende também da política que o Brasil tem nos níveis estaduais e municipais. Uma coisa é ter a regra nacional e o repasse de recursos, e você garantir que no nível municipal as coisas funcionem como a gente gostaria. Até porque a cobrança, os conselhos de saúde municipais e estaduais também ficam sujeitos às questões políticas, da nossa política clientelista, e em muitas situações até que a gente não gostaria de ter, ligadas à outras condições, então isso tem que ser considerado. Agora, não há dúvidas que apesar de tudo isso a situação dos negros se coloca muito pior. Historicamente, pior em todos os setores, na saúde não é diferente⁶⁷⁴.

Ao todo, estima-se que ao menos 70% da população (segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, aproximadamente 146 milhões) depende exclusivamente do SUS, e cerca de 90 milhões de pessoas estão cadastradas nos serviços da atenção primária à saúde⁶⁷⁵. Em todo o mundo, o SUS é o único sistema de saúde pública que tem como objetivo o atendimento integral de uma população de mais de 200 milhões de pessoas. Com isso em mente, a próxima seção refletirá acerca das principais disputas narrativas na concepção do direito à saúde no cenário internacional, observando quais são os seus efeitos em Estados nacionais cujo dever, a princípio, é assegurá-lo.

5.2

De Alma-Ata à Astana: de onde viemos e para onde vamos?

Como vimos no início deste capítulo, o SUS foi concebido em consonância com as discussões internacionais sobre a Atenção Primária da Saúde, e inspirado em boa parte, pelas diretrizes apresentadas na 78ª Conferência Mundial da Saúde, realizada na cidade soviética de Alma-Ata, em 1978. Em sua declaração, a Conferência reconhece que os governos têm “pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais”, sendo os cuidados primários de saúde aqueles que “constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social”⁶⁷⁶.

⁶⁷⁴ Entrevista 1, concedida à autora. Rio de Janeiro, 31 ago. 2020.

⁶⁷⁵ Agência Brasil. *Ministério da Saúde quer incluir mais 50 milhões de brasileiros no SUS*. Publicado em 16/12/2019. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-12/ministerio-da-saude-quer-incluir-mais-50-milhoes-de-brasileiros-no-sus>>. Acessado em abril de 2020.

⁶⁷⁶ WHO. *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. Disponível em <https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1>. Acessado em julho de 2020.

Desde então, a compreensão da saúde como um direito universal e um dever do Estado tem sofrido diversas disputas simultâneas, que, como vimos, atravessam a experiência doméstica brasileira e a constituição de uma agenda de saúde a nível global. Afinal, os sistemas de saúde são produtos históricos e sociais de cada país, que, como afirma Lígia Giovanella, “constituem respostas concretas que determinada sociedade desenvolve ao longo do tempo para satisfazer às necessidades de saúde de sua população e garantir o direito humano à saúde”⁶⁷⁷. Neste sentido, é preciso observar como a disputa narrativa em torno da ideia do direito à saúde tem gerado concepções esgarçadas do que esse direito realmente significa, bem como dificulta a sua implementação e o seu reconhecimento no conjunto de direitos cidadãos a serem garantidos, pelo Estado, a todos os seres humanos. Em outras palavras, falar da saúde a partir da perspectiva dos direitos humanos e do seu papel como um bem público global implica compreender que este é *per se*, um debate de política internacional.

Se definir os limites de um sistema de saúde é tarefa difícil, que “difere e depende da compreensão da determinação dos processos saúde-doença-cuidado assim como do papel desempenhado pelos governos e das responsabilidades por estes assumidas”⁶⁷⁸, ao menos desde a virada para o século XXI, as disputas normativas em torno da construção dos sistemas de saúde têm se multiplicado e intensificado. A partir desta seção, veremos o debate e a polarização de dois modelos que colocam em confronto perspectivas distintas, porém liminarmente confundíveis entre si, justamente em decorrência de suas aspirações universais⁶⁷⁹. São eles:

- (i) os Sistemas Universais de Saúde (UHS, da expressão em inglês, *Universal Health System*), frequentemente associados à percepção dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde como fatores que tornam necessária a ampliação e fortalecimento dos sistemas nacionais,

⁶⁷⁷ Giovanella, Lígia. *Desafios Contemporâneos dos Sistemas de Saúde*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p.225.

⁶⁷⁸ Giovanella, Lígia. *Desafios Contemporâneos dos Sistemas de Saúde*. *Idem*.

⁶⁷⁹ Ver Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Cad Saude Publica* 29(5), 2013; Cueto, Marcos. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015; e Giovanella, L., *et.al*. *Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2018.

classificando-os como um objeto de interesse público e de controle do Estado, e por isso, diretamente ligados ao exercício da cidadania e do direito à vida; e

- (ii) a Cobertura Universal da Saúde (UHC, da expressão em inglês, *Universal Health Coverage*), que é definida a partir da ampliação do acesso às principais intervenções de saúde, por meio do estabelecimento de custos acessíveis. Esta concepção favorece um maior protagonismo da iniciativa privada no financiamento e na expansão dos serviços privados de saúde. Estes são justificados pelo objetivo de se alcançar maior equidade no acesso e no financiamento de tais serviços, através do ajuste nas contribuições financeiras, que são estabelecidas de acordo com a capacidade de pagamento da população e/ou a sua complementação pelo investimento público⁶⁸⁰.

Enquanto nos sistemas universais de saúde o reconhecimento dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde possuem como ponto de partida o papel dos Estados na proteção social e na prevenção de doenças entre os seus cidadãos; a ideia de uma cobertura universal da saúde tem advogado pela percepção do mercado como locus preferencial dessa proteção, incentivando o aumento da participação privada e a expansão do mercado privado em saúde. Assim, enquanto o primeiro pensa na universalização da saúde como um direito, como expressão de um exercício de cidadania que engloba fatores socioeconômicos e ambientais na garantia do bem-estar; o segundo compreende a universalização como a ampliação da possibilidade de compra de algum tipo de seguro de saúde, sem que isso signifique a sua utilização contínua e regular, passando a significar a ampliação do acesso e do uso de tais serviços quando necessário, como quando da ocorrência de acidentes e doenças. Embora não defenda o protagonismo do Estado no desenho das políticas de saúde, a UHC tem visto nos gastos em saúde uma abertura para o aumento das despesas cobertas por fundos públicos, indicando que “o caminho para universalidade estaria na redução à participação dos usuários nas despesas”⁶⁸¹,

⁶⁸⁰ WHO. *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. World Health Assembly Resolution 58.33 (2005). Disponível em <https://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/>. Acessado em Maio de 2020.

⁶⁸¹ Giovanella, L, et.al. *Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias*. *Ibid.* 2018, p.1765.

através da ampliação de gastos públicos com o asseguramento ou a contratação de serviços privados que ofereçam uma cesta básica de serviços às pessoas que não possuem condições de adquiri-los no mercado. Neste sentido, a UHC tem sido defendida como uma alternativa sobretudo para aqueles países que não possuem sistemas nacionais de saúde eficazes, servindo também como uma medida de inserção econômica de uma população que se encontra em condições à margem do mercado, garantindo assim, a ampliação dos mercados já existentes no setor privado de saúde.

Não obstante, é preciso sublinhar ainda que este é um debate particularmente relevante para a análise do caso brasileiro. Conforme apontado por diferentes entrevistados, a discussão sobre UHS e UHC é substancialmente cara ao Brasil, uma vez que poucos são os países no mundo que usufruem de um sistema universal de saúde nacional. Isto fica claro na fala dos atores do campo, quando afirmam que

A posição do Brasil é na realidade muito mais de defender o conceito de saúde universal e não de cobertura de saúde. Porque o tema de cobertura lida apenas com assistência à saúde e não lida com o que é a promoção da saúde, não lida com tudo o que diz respeito ao enunciado de bem-estar para todos. O nosso sistema de saúde, o SUS, é um sistema que é compartilhado por poucos países no mundo, e inclusive no caso da OMS, a OMS não fala em sistemas de saúde, fala em cobertura. E cobertura significa planos de seguro de saúde, de assistência de saúde, de atenção à saúde, onde cada um paga o seu, e aquelas populações que não teriam recursos suficientes para pagar, teria então o sistema coberto pelo Estado, mais ou menos no estilo *Obama Care*. Então são conceitos também diferentes. Cobertura universal não atinge a saúde em si, não atinge os sistemas universais da saúde em tudo que significa a promoção à saúde etc.⁶⁸².

Nós somos muito críticos dessa ideia de cobertura universal. E estamos nesse debate, tanto aqui no Brasil a Abrasco junto à OPAS; quanto na própria Assembleia Mundial da Saúde com o ministro Arthur Chioro quando ele esteve lá, e nós fazíamos parte da delegação, no discurso dele você vai ver que ele manifesta a posição oficial do Brasil, não é da Abrasco somente, de que nós defendemos o sistema universal de saúde. (...) Então saúde para gente é um direito e a cobertura deve ser garantida por sistemas universais de saúde. Importa sim, se a cobertura é por um sistema público que vai garantir acesso a serviços de acordo com a necessidade, ou se essa cobertura é provida por um plano privado, uma seguradora do plano que limita o acesso a serviços não de acordo com as necessidades, mas de acordo com a capacidade de pagamento. Então você tem plano A, B, C, “plano popular” e você vai ter acesso não de acordo com a necessidade de saúde, mas de acordo com a sua capacidade de pagamento. O fato de ter um plano privado de saúde não está garantindo a cobertura de acordo com a necessidade, mas sim com o pagamento. Então essa ideia de cobertura universal é para nós um retrocesso. É claro que a gente entende que pode haver certos contextos nacionais ou regionais onde a situação da cobertura é tão ruim que qualquer avanço é positivo. Então você falar de cobertura universal ainda que

⁶⁸² Entrevista 9, concedida à autora. Rio de Janeiro, 28 set. 2020.

nessa lógica limitada pela capacidade de pagamento pode ser um avanço, onde a oferta é muito limitada, onde a capacidade do setor público é muito limitada. Mas efetivamente não é a situação do Brasil que tem um SUS ou da maioria dos países desenvolvidos que já tem sistemas de saúde. Então transformar algo que pode ser admissível do ponto de vista prático, pontual, aqui e ali, em uma bandeira universal... (...). Se a gente comparar a declaração de Alma-Ata com a declaração de Astana é uma tristeza. Enfim, apoiamos a declaração paralela, você deve ter visto, das entidades civis, que defendem a saúde como um direito de todos, com um conceito ampliado de saúde, com base na determinação social. Essa é a corrente político-ideológica que nos associamos⁶⁸³.

Eu tenho uma visão um pouco heterodoxa em relação a isso. Aqui no Brasil, considerando as condições que a gente tem, e o arcabouço constitucional que permite a gente falar de sistema universal, tem um olhar para isso que é um direito adquirido, é um ponto pacífico, então não acho que haja discussão. Mas no contexto internacional, você falar em sistemas universais para países que não têm nada, é quase como se você estivesse dizendo que só pode utilizar um modelo. E o que eu entendo da cobertura universal ou do acesso universal, enfim, o *Universal Health Coverage*, que é digamos “o moto” abraçado por várias organizações internacionais, é que isso é quase que um denominador comum, o que já seria um grande avanço⁶⁸⁴.

Entendendo que este é um debate relevante para (i) refletir sobre as tentativas brasileiras de resistir internacionalmente às manifestações da governança neoliberal; e (ii) para compreender a percepção do direito à saúde no interior da OMS. Assim, veremos a seguir como suas estratégias adaptativas têm buscado manter a organização no centro das iniciativas em saúde, ainda que para isto seja necessário ressignificar o papel da universalidade enquanto bandeira principal da organização. Para a leitura das próximas seções, recomendo também a visualização do *Apêndice I*, em que é possível acompanhar a evolução cronológica do debate, nacional e internacionalmente.

5.2.1 O movimento global de combate aos determinantes sociais da saúde

Os debates entre as distintas concepções de sistemas de saúde ocorreram paralelamente, e tiveram lugar especialmente entre os anos 2005 e 2015 (*ver apêndice I*). Estes foram anos marcados pela crescente percepção das dificuldades dos países em atingirem os ODM, culminando na necessidade do redesenho de uma agenda de desenvolvimento que se tornasse mais sustentável. Assim, a OMS criaria em março de 2005 a primeira Comissão Mundial sobre os DSS, visando estabelecer

⁶⁸³ Entrevista 6, concedida à autora. Rio de Janeiro, 11 set. 2020.

⁶⁸⁴ Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

vínculos entre governos, organizações internacionais, pesquisadores e lideranças médicas⁶⁸⁵. A comissão teve como objetivo chamar a atenção dos governos e da sociedade para a necessidade de criar melhores condições sociais para a saúde, principalmente entre as pessoas mais vulneráveis⁶⁸⁶. Em um mandato de três anos (2005-2008), a comissão reuniu e revisou evidências sobre a redução de desigualdades na saúde *entre e intra* países, relatando suas recomendações de ação à Direção-Geral da OMS, à época comandada pelo Dr. Lee Jong-wook⁶⁸⁷.

Para Cueto, a definição de DSS no trabalho da comissão trouxe os fatores socioeconômicos para o centro do debate, assemelhando-se aos postulados já publicados pelo do Relatório Lalonde, a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa de promoção da saúde. Assim, a comissão pôde reforçar a concepção de que “o bem-estar de uma população resulta não somente dos serviços médicos, mas, sobretudo, da influência das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, trabalham e envelhecem”⁶⁸⁸. Neste sentido, Cueto afirma que a compreensão dos DSS reforçaria também a importância de outro conceito, o de iniquidades em saúde – que considera os diferentes graus de disparidade na saúde, considerando o aumento da incidência de doenças comuns e evitáveis, de acordo com as classes sociais, estratificação socioeconômica etc.⁶⁸⁹.

O trabalho da comissão geraria frutos com a publicação do relatório “*Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais*”⁶⁹⁰, lançado em 2010. O relatório reconhece que as desigualdades na saúde são evitáveis, e surgem “por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença”⁶⁹¹. O documento também afirma

⁶⁸⁵ Cueto, Marcos. *Idem*.

⁶⁸⁶ WHO. *Social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008*. Disponível em <https://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/>. Acessado em julho de 2020.

⁶⁸⁷ WHO. *The Commission on Social Determinants of Health - what, why and how?* Disponível em <https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/en/>. Acessado em julho de 2020.

⁶⁸⁸ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.93.

⁶⁸⁹ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.94.

⁶⁹⁰ CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

⁶⁹¹ CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Ibid.* 2010, p. v.

que a forma como as pessoas vivem e morrem são, por outro lado, “condições moldadas por forças de ordem política, social e econômica”⁶⁹².

Cabe ressaltar que, apesar de abordar os DSS a partir de temas como igualdade, ambiente, terra, emprego, proteção social, cuidados primários da saúde, financiamento justo, responsabilidade de mercado, igualdade de gênero, capacitação política e boa governança, o relatório não reconhece, no entanto, o racismo como um fator que dificulta o acesso e o uso dos sistemas de saúde pelas populações. Ainda que etnia/raça apareçam no enquadramento conceitual da comissão como um fator social importante⁶⁹³, este é um fator mencionando apenas nas observações sobre produção de dados desagregados, especificamente em relação à dados básicos sobre mortalidade e doença, cujo objetivo é alcançar uma melhor vigilância da iniquidade em saúde⁶⁹⁴.

De todo modo, o relatório da comissão logrou alcançar um compromisso político na OMS, que realizaria em outubro de 2011 a Primeira Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, na cidade do Rio de Janeiro. Sob o mote “*Todos pela Equidade*”, a Conferência reuniu 120 países, bem como especialistas e representantes da sociedade civil, totalizando mais de 1.200 participantes. Além de contribuir para a organização e financiamento da conferência, o governo brasileiro sob a administração Dilma Rousseff (2011-2016) ofereceu contribuições substantivas nas discussões técnicas sobre os DSS, contando com especial participação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – instituição responsável por manter o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre DSS, servindo como observatório nacional das iniquidades em Saúde no Brasil⁶⁹⁵. Foi também durante esta conferência, que a SEPIR e o movimento negro brasileiro puderam entregar às autoridades presentes o documento “*Racismo como Determinante Social de Saúde*”⁶⁹⁶. De acordo com o documento da SEPIR, “as questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde” e se refletem nas altas

⁶⁹² CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Idem.*

⁶⁹³ CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Ibid.* 2010, p. 45 (ver figura 4.1).

⁶⁹⁴ CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Ibid.* 2010, p. 191-192 (ver caixas 16.2 e 16.3).

⁶⁹⁵ Filho, A. P. *Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(11):2080-2081, nov, 2011.

⁶⁹⁶ Brasil. *Racismo como determinante social da saúde*. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir, 2011.

taxas de morbimortalidade da população negra “em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral”⁶⁹⁷. Além de reconhecer a persistência da ideia de raça como fator importante na produção de iniquidades em saúde, o documento também ressalta que as diferenças geradas pelo racismo não podem ser classificadas como meras desigualdades, uma vez que a sua prática não envolve apenas a privação de uma igualdade de direitos, mas é associada a uma aplicação sistemática, que visa o beneficiamento de determinados grupos em detrimento de outros⁶⁹⁸. Neste sentido, a SEPPIR advogou por uma percepção do racismo como uma iniquidade, que é “carregada de injustiça porque geralmente decorre de uma situação que poderia ser evitada por aqueles que têm o poder de decidir”⁶⁹⁹. Dessa forma, compreender o racismo como um determinação social da saúde também significaria reconhecer a necessidade de se fazer justiça social, reconhecendo as diferenças sociais e as múltiplas abordagens que se fazem necessárias para se reduzir as iniquidades em saúde.

Embora de maneira global seja necessário pensar *os racismos* em suas diferentes manifestações, de acordo com a localidade, a etnia e a construção social da ideia de raça nas populações, esta não foi uma questão abordada no quadro de ações prioritárias e medidas urgentes relacionadas no documento técnico de discussão da conferência⁷⁰⁰. Por sua vez, a Declaração Política do Rio sobre os DSS, assinada no final da conferência, também seguiu sem propor ações específicas no combate ao racismo, mesmo tendo reafirmado “o valor essencial da equidade em saúde” e corroborado que “o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição econômica ou social”⁷⁰¹. Assim, o movimento global mais alinhado com a percepção das iniquidades em saúde reconhece o problema, mas pouco oferece em termos de ações políticas que abordem diretamente o racismo institucional e estrutural presente nos países, de modo a combatê-lo em pé de igualdade com outros DSS. De todo modo, dentre os maiores feitos da Declaração

⁶⁹⁷ Brasil. *Racismo como determinante social da saúde. Ibid.* 2011, p.3.

⁶⁹⁸ Brasil. *Racismo como determinante social da saúde. Ibid.* 2011, p.10.

⁶⁹⁹ Brasil. *Racismo como determinante social da saúde. Ibid.* 2011, p.11.

⁷⁰⁰ OMS. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão.* Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011.

⁷⁰¹ OMS. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.* Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011.

do Rio está o reforço da estratégia “Saúde em Todas as Políticas”, que prevê cooperação e ações intersetoriais como um meio de “ampliar a responsabilização de outros setores em relação à saúde”, compreendendo a saúde e o bem-estar para todos como metas coletivas, que “deveriam estar entre as mais altas prioridades no âmbito local, nacional, regional e internacional”⁷⁰².

A Declaração do Rio também visava reforçar seis medidas entre os países signatários: (i) adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; (ii) promover a participação na formulação e implementação de políticas; (iii) continuar reorientando o setor saúde para a redução das iniquidades em saúde; (iv) fortalecer a governança e a colaboração no âmbito global; (v) monitorar os avanços e aumentar a prestação de contas; e fazer um (vi) apelo para uma ação global. Dentre as medidas, encontram-se compromissos que ressaltam a necessidade de responsabilizar autoridades quanto aos impactos de todas as políticas sobre a saúde, bem como proteger-se contra os conflitos de interesse com o setor privado. No que se refere a universalização do acesso à saúde, a Declaração também recomenda que se garanta o acesso universal a medicamentos de custo razoável, seguros, eficazes e de alta qualidade; e que se fortaleça os sistemas de saúde para que ofereçam cobertura universal e equitativa, promovendo o acesso a serviços integrais com ênfase especial na atenção primária à saúde abrangente e integrada; além de clamar pelo melhoramento do acesso universal e da utilização de tecnologias da informação e inovações inclusivas referentes aos principais DSS⁷⁰³.

Simultâneo ao debate sobre os DSS e o desenho de uma estratégia de combate a iniquidades mais estruturantes, no interior da OMS também começava a ser cunhado o conceito de cobertura universal da saúde. Este apareceria de maneira mais assertiva na aprovação da resolução 58.33 de 2005, sobre o “Financiamento sustentável da saúde: cobertura universal e seguro social de saúde”⁷⁰⁴. Tal resolução, além de definir a cobertura universal “como o acesso às principais

⁷⁰² OMS. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. *Ibid.* 2011, p. 2.

⁷⁰³ OMS. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. *Idem.*

⁷⁰⁴ WHO. *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. *World Health Assembly Resolution 58.33 (2005)*. Health financing for universal coverage. Disponível em <<https://www.who.int/health-financing/documents/cov-wharesolution5833/en/>>. Acessado em julho de 2020.

intervenções de saúde promotoras, preventivas, curativas e de reabilitação para todos a um custo acessível, alcançando assim a equidade no acesso”, também tem como princípio a proteção contra riscos financeiros, de modo a garantir “que o custo dos cuidados não coloque as pessoas em risco de catástrofe financeira”⁷⁰⁵. Assim, se a ideia de cobertura passava a trazer consigo a ideia de que o acesso a serviços de saúde deveria estar ligado à sua ampliação para todos os indivíduos do globo – independentemente de suas condições financeiras para arcar com os gastos em saúde –, ela também se conectava diretamente à provisão de modelos de seguros de saúde em parcerias público-privadas. Isto passava a implicar, portanto, que os Estados arcassem com eventuais riscos financeiros que as seguradoras de saúde possam vir a enfrentar, em vez de arcar com os riscos de uma implementação direta das políticas de saúde.

Segundo Giovanella *et. al.*, também é possível que o interesse econômico por trás da concepção da cobertura universal da saúde venha da “saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise econômica de 2008”, tendo estes fatores influenciado o conceito e a “busca de clientela para esse mercado em países com grandes economias, como Brasil, Índia e África do Sul”⁷⁰⁶. Não obstante, a origem do conceito de cobertura universal também nos leva às concepções econômicas lideradas por economistas do Departamento de Financiamento dos Sistemas de Saúde da OMS⁷⁰⁷ e às tentativas dos Estados Unidos de desenhar um sistema de saúde (ainda inexistente) para o país, durante a gestão Obama. Afinal, o fortalecimento de sistemas de saúde também figurava entre os princípios da bilionária Iniciativa Global em Saúde, lançada pelos EUA em 2009⁷⁰⁸. Nas palavras de José Gomes Temporão, ex-ministro da saúde do Brasil (2007-2011) naquele período, o próprio conceito de cobertura universal se consolidava como

um conceito muito dúbio e muito frágil, não me diz nada. Você pode ter cobertura universal focal. Por exemplo, um determinado país pode garantir no diagnóstico do tratamento do câncer, apenas as neoplasias prevalentes, ou apenas algumas neoplasias. E isso pode se estender por várias outras dimensões da promoção, da prevenção, do tratamento e do cuidado. Então na minha opinião foi uma grande

⁷⁰⁵ WHO. *Idem*. 2005.

⁷⁰⁶ Giovanella, L, *et.al*. *Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias*. *Ibid*. 2018, p.1764.

⁷⁰⁷ Cueto, Marcos. *Ibid*. 2015, p.101.

⁷⁰⁸ Ribeiro, H. *Saúde Global: olhares do presente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016, p.25.

derrota esse conceito de Cobertura Universal ter se sobreposto ao conceito de Sistemas Universais, claro que o tempo todo com a oposição dos Estados Unidos, que... desde que o tempo é tempo, desde que eu me lembre, lá atrás já sempre se colocava contra, de maneira crítica, em relação a essa questão⁷⁰⁹.

Expressão da disputa no interior da OMS, em 2010 – mesmo ano em que foi publicado o relatório final da Comissão Mundial sobre os DSS –, seria lançado um outro relatório, intitulado: “Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal”⁷¹⁰. O relatório sobre financiamento dos sistemas de saúde teria sido encomendado pela diretora da OMS, Dra. Margaret Chan (2006-2017), sob a justificativa de que seria necessário prover “indicações práticas sobre modos de financiar os cuidados de saúde”, com o objetivo de “transformar a evidência, recolhida de estudos em diversos locais, num menu de opções para angariar recursos suficientes e remover barreiras financeiras ao acesso, especialmente para os pobres”⁷¹¹. A carta de Chan, que abre o relatório, enfatiza ainda que é preciso fazer melhor uso dos recursos disponíveis aos sistemas de saúde, “seja por melhores práticas de provisionamento, um uso mais generalizado de produtos genéricos, melhores incentivos aos prestadores, ou mecanismos financeiros e administrativos mais fluidos”. Chan ainda reforça que “num tempo de dinheiro escasso, o meu conselho aos países é este: antes cortarmos nas despesas em saúde, procuremos primeiro as oportunidades para aumentar a eficiência”⁷¹². Mais adiante, o relatório acrescenta: “a via para a cobertura universal é, portanto, relativamente simples – pelo menos no papel. Os países devem angariar mais dinheiro, reduzir a dependência dos pagamentos diretos para financiar serviços, e melhorar a eficiência e equidade”⁷¹³.

Posto de outra maneira, o surgimento simultâneo do conceito de UHC ao mesmo tempo em que se tentava avançar em medidas que dessem conta da determinação social da saúde, fazia com que a saúde deixasse de ser concebida como bem-estar

⁷⁰⁹ Entrevista 11, concedida à autora. Rio de Janeiro, 05 nov. 2020.

⁷¹⁰ OMS. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

⁷¹¹ OMS. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Ibid.* 2010, p.vi

⁷¹² OMS. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Idem.*

⁷¹³ OMS. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Ibid.* 2010, p.xiii.

para transformar-se em ativo financeiro. O argumento pela criação de mecanismos de investimentos específicos em saúde, com o objetivo de aumentar sua arrecadação em fundos financeiros, favoreceu a criação de novos fluxos de riquezas para o mercado, tendo em vista que a arrecadação de impostos, contribuições e taxas já financiam inversões e serviços de interesse coletivo nos mais diversos países, integrando o orçamento de seus governos em diferentes níveis. Tal iniciativa retira ainda, a percepção da contribuição pública no combate aos DSS⁷¹⁴, impedindo a associação da saúde “*em todas as políticas*”, como recomenda a Declaração do Rio. Fica, portanto, o questionamento: seriam os seguros privados capazes de responder à problemas como a ausência de saneamento em bairros pobres e carentes de infraestrutura, a dificuldade e a desigualdade no acesso à terra, a desigualdade de gênero e o racismo estrutural, que tanto afastam as pessoas de uma vida plena e saudável?

Apesar de partir da intenção de baratear os custos em saúde, o UHC ainda implica uma relação comercial pautada pela doença e não pelo direito à saúde, ou seja, pressupõe uma relação na qual o doente não é usuário, mas sim, um potencial consumidor. Portanto, tal visão não parece condizer com a necessidade de se combater as iniquidades de maneira estrutural. Como afirma José Carvalho de Noronha, a associação da cobertura universal com um acesso e uso direto dos serviços de saúde gera expectativas irreais. Afinal, “quando se fala de cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco, pois pode-se admitir que a ‘cobertura’ contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro”⁷¹⁵. Desta forma, ainda que as famílias contribuam para o sistema de saúde com base na sua capacidade de pagamento, o sustento da cobertura universal permanece restrito ao Estado. A diferença, portanto, está em quem determina e gerencia as demandas coletivas de saúde, que, no caso da cobertura, são definidas pela iniciativa privada. Desde então, a UHC por vezes se confunde, ambigualmente, com termos como “cuidados

⁷¹⁴ Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Ibid.* 2013, p. 849.

⁷¹⁵ Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Ibid.* 2013, p. 848.

universais”, “cobertura de saúde” e “cobertura universal”⁷¹⁶. A este respeito, Jorge Bermudez alerta que

nós temos que usar a palavra cobertura universal com acesso à saúde. Tem que colocar a questão do acesso à saúde como algo central mesmo, senão fica só, vamos dizer, o espaço físico da cobertura sem chegar às pessoas que precisam. Como atingir as pessoas em comunidades remotas? Aqui no Brasil, na região Amazônica, a cobertura pode ter tudo, mas a pessoa vai viajar 2 dias de barco para chegar a ser atendido. Então nós temos que cada vez mais colocar a pessoa no centro disso, para chegar a garantir às pessoas o acesso. E para mim, a questão do conceito de acesso a gente tem discutido muito. *Simplificando é um equilíbrio entre oferta e demanda*. Mas um equilíbrio entre oferta e demanda em que a demanda seja colocada disponível a quem precisa, no local onde a pessoa precisa. E cada vez mais, a questão do acesso à saúde, e acesso à medicamentos, portanto, com a pandemia agora estamos vendo, com o acesso à tecnologia de medicamentos e vacinas, está não apenas na saúde, mas na agenda das Nações Unidas, dentro da comissão de direitos humanos, dentro da comissão econômica e social, na Assembleia Geral das Nações Unidas, e não apenas na OMS ou no setor saúde. Cada vez mais saúde é um conceito ampliado e que é discutido por todo mundo. Isso mudou muito nos últimos anos⁷¹⁷.

Nesse sentido, os atores brasileiros tiveram um importante papel ao apontarem as insuficiências do conceito de UHC. Como veremos com mais detalhe no capítulo 6 deste trabalho, a diplomacia brasileira por vezes defendeu posições visavam não apenas influenciar a agenda global da saúde, mas também preservar, em alguma medida, o sistema de saúde nacional. Além disso, a confusão conceitual entre a UHS e UHC teve lugar em uma década que foi acompanhada pela insatisfação com os ODM, cujas metas não foram alcançadas globalmente. Isto significou, segundo Paulo Buss *et. al.*, a incapacidade dos ODM em representar a complexidade da agenda do desenvolvimento, bem como a incapacidade de se superar os entraves da globalização neoliberal⁷¹⁸ – o que culminaria na necessidade de se formular novos objetivos e estratégias, e também na urgência pela criação de novos mecanismos de “governança do desenvolvimento”⁷¹⁹ nos níveis global e nacional. Era preciso, portanto, recuperar uma agenda que invocasse uma noção ampliada da relação entre a saúde e o ambiente no qual ela se manifesta. Assim, em 2012 o Brasil sediaria e organizaria a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio +20), que marcou os vinte anos de realização da Conferência das Nações

⁷¹⁶ Cueto, Marcos. *Ibid.* 2015, p.99.

⁷¹⁷ Entrevista 8, concedida à autora. Rio de Janeiro, 25 set. 2020.

⁷¹⁸ Buss, P. M.; Magalhães, D. de P.; Setti, A. F. F.; *et.al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(12), dez, 2014, p.2557.

⁷¹⁹ Buss, P. M.; *et.al. Ibid.* 2014, p.2566.

Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92). A Rio +20 contribuiria em larga medida para a abertura do processo de negociação de um novo compromisso global, agora em torno da definição da Agenda 2030.

Por sua vez, as relações do início do século XXI se deram ainda sob um aumento expressivo nas cooperações internacionais entre países do Sul, que estabeleciam novas formas de se cooperar graças ao aumento do protagonismo de países de renda média – como os países BRICS – e seu crescimento econômico e social em diversas áreas, dentre elas a saúde. Neste sentido, o reconhecimento dos DSS abria espaço para que se tentasse estabelecer outros modelos de governança a partir do Sul (*ver capítulo 6*). Especialmente no que se refere à experiência brasileira, a incorporação de suas visões na OMS pareceu se dar de maneira fragmentada, setorializada. Todavia, isto não se deu, é claro, sem a interseção de conflitos de naturezas diversas. Como afirmam Deisy Ventura e Fernanda Perez, o processo de reforma da OMS e suas crises recentes também contribuiriam para a disputa entre as distintas concepções de saúde universal, revelando, portanto, a ascensão de um fenômeno mais geral, acrítico, e que “acomete a saúde global em seu conjunto”: “a apropriação de imperativos como o de ‘salvar vidas’ ou o de ‘aumentar o acesso à saúde’ como mote para amálgamas entre atores estatais, empresariais e movimentos sociais”⁷²⁰.

5.2.2 Reforçando a ofensiva neoliberal: a dubiedade na conceitualização da Cobertura Universal da Saúde

De acordo com Lídia Giovanella *et.al.*, a dubiedade na conceitualização dos sistemas de saúde tem se dado em torno do significado da universalidade proposta pela UHC, que acaba por gerar diferentes interpretações e abordagens. Se nos países europeus a universalidade se refere “à cobertura pública de sistemas nacionais, sob designações como *universal health care* ou *universal health systems*”, para países em desenvolvimento o termo UHC pode ser empregado “em referência à cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados, indicando ênfase no subsídio à demanda, em detrimento da construção de sistemas

⁷²⁰ Ventura, D.; Perez, F. *A Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde*. Lua Nova, São Paulo, 92, 2014, p.71.

públicos universais”⁷²¹. Para Rômulo Paes, um dos aspectos fundamentais nessa discussão é que essa foi

uma disputa em que sai vitoriosa uma concepção que aponta para modelos híbridos. Onde você tem uma participação grande do setor público, mas também uma participação forte do setor privado. E isso é um debate, digamos assim, ideológico, e que existe há décadas e atravessa toda a discussão sobre desenvolvimento e agora chega na saúde dessa forma. Então no momento em que esse debate ocorre, digamos assim, a balança estava pesando para o outro lado (...). Essa é uma questão. A segunda questão é que a própria concepção do desenvolvimento sustentável que envolve todo esse debate sobre o modelo de desenvolvimento, ele chega no mundo até antes de 2012, mas se consolida em 2012 na conferência do Rio, ainda sob um impacto muito forte da crise econômica de 2008-2009. Então nós vamos encontrar um mundo em um processo de recuperação, mas ainda com muitas incertezas. E essa coisa do papel do [investimento] público ela já começa a ser uma espécie de discussão de ante sala para todo um conjunto de políticas de austeridade que passaram a ter muita força logo em seguida. Nas políticas de austeridade que marcaram o mundo fortemente, inclusive, quando essa pandemia [de Covid-19] chega, ela vai encontrar muitos países vivenciando isso e com muita dificuldade, portanto, para enfrentar a pandemia. Então havia um processo de retração do [investimento] público por causa das políticas de austeridade, por causa da busca de equilíbrio fiscal e da oscilação que esse debate tem no mundo e que vem desde os anos 1930. Então acho que tem um pouco essa situação. Agora, eu também apontaria uma outra questão. Eu acho que historicamente os sistemas públicos de saúde estão mais enfraquecidos hoje. Por essas coisas todas que eu falei. Eu penso, por exemplo, quando eu olho o continente africano, sobretudo subsaariano, cujo Estado é fraco, todas as soluções que apontam para a construção de sistemas de saúde nesses países são de modelos híbridos. Não são modelos mais fortemente inspirados em uma tradição de um sistema público, um sistema nacional de saúde como foi o caso Brasileiro e como foi o caso de muitos países sul-americanos e latino-americanos em certa medida (...). Nós estamos vivendo um momento histórico onde há um certo triunfo de um modelo híbrido, e um modelo híbrido onde você tem essas três partes muito fortes: o público, o privado, e o não governamental, o terceiro setor. Então de uma certa forma eu acho que convergem várias tendências nesse momento. Um certo momento ideológico, que enfraquece essa visão do sistema público *stricto senso*, os próprios aspectos econômicos onde a busca do equilíbrio fiscal acaba apontando para modelos de austeridade, e, em terceiro lugar, uma certa perda de ímpeto de construção de Estados muito robustos. Então onde há déficit da presença do Estado em muitos lugares, como América Central, Sudeste Asiático, África Subsaariana... as soluções estão sempre apontando na direção de uma presença muito forte de um setor privado, que também precisa se desenvolver, e um terceiro setor que em muitos países ele é muito forte, mas que é muito desorganizado também⁷²².

Posto de outra forma, à medida em que os sistemas de saúde se tornam cada vez mais híbridos, o compartilhamento da proteção social entre Estado e mercado tem pesado o equilíbrio do seu gerenciamento de maneira desigual, favorecendo o lado

⁷²¹ Giovanella, L, et.al. *Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias*. *Ibid.* 2018, p.1764.

⁷²² Entrevista 2, concedida à autora. Rio de Janeiro, 31 ago. 2020.

do mercado. Assim, se os mercados influenciam as decisões sobre quais problemas de saúde atacar, essas decisões são também circunscritas por um conjunto de políticas de austeridade definidas por esse mesmo mercado. Como argumenta Noronha, a transformação semiótica do direito à saúde para um conceito de “cobertura universal”, tem como objetivo associar a saúde à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial, de modo a proteger não o cidadão de uma vida insalubre, mas sim o investidor dos riscos financeiros, garantindo pra tanto o respaldo financeiro do Estado⁷²³. Outro aspecto importante levantado por Noronha é a submissão da questão da equidade à ideia de “proteção financeira dos pobres”, já que a oferta de seguros de saúde frequentemente se dá por meio de uma segmentação variável, cujos serviços oferecidos mudam “de acordo com as classes sociais e o tipo de proteção garantido pelas diferentes modalidades de seguros públicos ou privados”⁷²⁴. Neste sentido, “a questão dos serviços de saúde, se de interesse coletivo e financiados com recursos públicos, não deveria se submeter a regras e análises diferentes”⁷²⁵ daquelas estabelecidas democraticamente. Noronha acrescenta que, para além da criação de novos mecanismos de arrecadação via mercado, devemos examinar a arrecadação pública e “sua expressão tanto do lado da apropriação de recursos da sociedade pelas vias fiscais (justiça fiscal) quanto do lado da destinação desses recursos arrecadados (justiça distributiva)”⁷²⁶.

Obviamente, os sistemas universais de saúde não estão isentos de falhas e de bolsões no acesso aos seus serviços. Contudo, a partir da arrecadação pública, as perguntas que guiarão as políticas poderão ser outras: Qual a importância produtiva da saúde na própria formação do produto interno bruto do país, na geração de empregos e bens e serviços? Quanto se arrecada no setor saúde? Os impostos cobrados são proporcionais à riqueza acumulada por cada cidadão? Quem contribui tem acesso aos serviços de saúde oferecidos? E quem está isento de contribuir? Como reorganizar a distribuição fiscal de maneira justa e equitativa? Como se distribui a dívida pública? Afinal, proteção financeira pressupõe proteção social?

⁷²³ Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Ibid.* 2013, p. 847.

⁷²⁴ Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Ibid.* 2013, p. 849.

⁷²⁵ Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Ibid.* 2013, p. 848.

⁷²⁶ Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Idem.*

A este respeito, o especialista em sistemas de saúde Felix Rígoli, destaca que

qualquer sistema que dependa de contribuições individuais, ou seja, em que as pessoas tenham de pagar, são piores que qualquer sistema que seja mais universalista na forma de financiamento. Então, qualquer sistema que tenha um pouco mais de pagamentos diretos é um pouco pior que um sistema que tenha mais pagamentos por impostos, de tipo proporcional à renda das pessoas, das famílias, e das empresas. Isso cria muitas nuvens de pontos sobre o tema, você pode estar situado em muitos lugares dessa nuvem, do ponto de vista do financiamento. Existem sistemas universais que às vezes tem 10, 20% de financiamento [por contribuições] individuais e que, no entanto, são bastante universalistas. E tem sistemas que são financiados por impostos gerais e no entanto deixam buracos. O Mais Médicos mostrou que o sistema universal gratuito deixa bolsões de pessoas sem acesso. Ou seja, que não garante tudo. E eu penso que um terceiro elemento é que o sistema de saúde precisa ser universal e, portanto, igualitário, ou tendendo a igualdade e a equidade entre as situações das pessoas. Mas isso está dentro de um sistema inequitativo muito forte, sobretudo na América Latina, mas em outros países também.⁷²⁷

Há, portanto, uma dimensão dos problemas sistêmicos que impede que a UHC dê conta de iniquidades estruturantes. Contudo, a tarefa universalizante, que aproxima tanto UHC e UHS da tentativa de ampliação do acesso à saúde, tem servido de amálgama para a defesa da cobertura pela OMS, com grande respaldo de atores não-estatais. Em 2012, o Editorial da revista *Lancet* anunciaria a “terceira transição global da saúde”, rumo à cobertura universal. Segundo Judith Rodin e David de Ferranti – à época, respectivos presidentes da Fundação Rockefeller e do *Results for Development Institute* –, a cobertura universal é a terceira de duas outras grandes transições em saúde. A primeira teria sido a transição demográfica, que do final do século XVIII ao século XX, teria mudado o planeta por meio de melhorias na saúde pública, incluindo esgoto básico e saneamento, que lograram reduzir significativamente as mortes prematuras; a segunda, por sua vez, seria a transição epidemiológica, vivida do século XX até os dias atuais do século XXI, durante a qual doenças transmissíveis como a varíola e a poliomielite puderam ser extintas ou controladas em uma escala nunca antes imaginada⁷²⁸. Assim, a terceira grande transição ocorreria sob a justificativa de que muitas pessoas não conseguem pagar pelos serviços de saúde. Ferranti e Rodin argumentam que é preciso espalhar os custos por toda a população⁷²⁹, porém, é preciso também entregá-los à gestão privada. Neste sentido, a saúde é vista como um bem coletivo, mas sua gestão e

⁷²⁷ Entrevista 5, concedida à autora. Rio de Janeiro, 11 set. 2020.

⁷²⁸ Ferranti D, Rodin J. *Universal health coverage: the third global health transition?* *Lancet*, vol 380. September 8, 2012, p.861.

⁷²⁹ Ferranti D, Rodin J. *Universal health coverage: the third global health transition?* *Idem*.

implementação não. Esquecem ainda, que em diversos países a primeira transição não foi alcançada, deixando muitas pessoas em situação de pobreza e em condições de vida insalubre, mesmo três séculos depois.

A proeminência da concepção de UHC pôde ser reforçada então “por meio de relações entre a OMS, a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, congregando um conjunto de diretrizes das reformas pró-mercado como redução da intervenção estatal, seletividade e focalização nas políticas de saúde”⁷³⁰. Organizada pela Fundação Rockefeller e com apoio do DfID, em dezembro de 2012 a conferência “Mercados Futuros de Saúde: uma declaração de reunião de Bellagio” (em inglês “*Future Health Markets: a meeting statement from Bellagio*”) também insistiria abertamente na defesa da cobertura universal da saúde, reconhecendo que

fortes participantes do mercado, como fabricantes de produtos farmacêuticos, organizações hospitalares, associações de provedores e companhias de seguros, provavelmente aumentarão a pressão para atrair financiamento público e privado, principalmente porque os LMICs [*Low and Middle Income Countries*, em português, países de baixa e média renda] adotam políticas para financiar o seguro de saúde como um meio para a Cobertura Universal de Saúde (UHC). É provável que a proporção de financiamento proveniente de fontes públicas aumente à medida que a renda aumenta, criando novas oportunidades para moldar os mercados de saúde, seja através de mecanismos de seguro ou de prestação do setor público. No curto prazo, é provável que a lacuna entre as metas públicas (por exemplo, boa saúde; acesso a serviços de saúde seguros, acessíveis, eficazes e equitativos) e o desempenho de sistemas de saúde altamente comercializados e pluralistas cresça, mesmo com as condições gerais de mortalidade melhorando em LMICs. É provável que populações pobres e desfavorecidas sejam prejudicadas por sistemas de mercado de saúde mal organizados⁷³¹.

Para o consultor independente da BMGF, a posição contrária ao UHC foi uma posição brasileira incompatível com o movimento global que o termo propunha:

Essa foi uma iniciativa rechaçada, eu diria que pela cooperação oficial brasileira, porque não eram sistemas universais. Então eu acho que é um caso clássico do ótimo sendo inimigo do bom. (...) O Brasil acabou ficando fora de um debate internacional por um princípio que eu acho que é um princípio importante, é ponto pacífico aqui no nosso país, mas que não é universalizável globalmente, mas não é mesmo. Pelo menos não nesse momento (...). E eu acho que aqui no Brasil a gente ficou muito numa perspectiva “*não, mas isso é coisa dos americanos querendo abrir mercado para seguradoras*”. Eu ouvi várias vezes, não acho que foi só essa questão, mas eu

⁷³⁰ Giovanella, L, *et.al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Idem.*

⁷³¹ Rockefeller Foundation. *Future health markets: a meeting statement from Bellagio*. Disponível em <<http://www.futurehealthsystems.org/publications/future-health-markets-a-meeting-statement-from-bellagio.html>>. Acessado em julho de 2020. Tradução livre realizada pela autora.

ouvi de várias pessoas... “*não, para nós isso não é sistema universal*” e aí o diálogo morre. Porque aí a outra parte fala assim “*você não está querendo conversar comigo do mesmo jeito... você está achando que todos os lugares vão ser igual o Brasil que tem o oitavo PIB do mundo*”, não dá. Não dá. (...) Então eu entendo a discussão, e acho que a gente acabou aplicando um princípio que aqui para nós é absolutamente inegociável, e por boas razões, mas a um contexto universal. E eu acho que isso é culturalmente e pragmaticamente, um pouco *naïve* da nossa parte, na minha opinião. Tendo estado entre esse debate dos dois lados, eu acompanhei um pouco à distância, não estava envolvido diretamente, mas acompanhei um pouco o esforço da Fundação Rockefeller para criar uma mobilização em torno da cobertura universal, e eu entendo que a intenção deles não era abrir mercado para seguradora não. Era tipo dizer assim, olha, “*não dá para a gente achar que um único modelo é o que vai funcionar, então a gente precisa olhar para vários modelos diferentes e qual é o guarda-chuva em que cabe tudo? É cobertura, que é o mínimo*”. É você ter certeza que você vai estar coberto por algum serviço de saúde⁷³².

Contudo, o distanciamento das políticas de saúde da deliberação prevista pelos Estados democraticamente eleitos tem se calcado no argumento nebuloso da “ineficiência”, como se a corrupção e má administração não fossem experimentadas também, e, sobretudo, nas empresas, fundações e grandes conglomerados internacionais. Pintada por Margaret Chan como uma alternativa à austeridade financeira⁷³³, a cobertura universal de saúde pôde se colocar como uma saída alternativa para a organização em tempos de “vacas magras”, justamente porque lograva criar pontes entre a saúde e o investimento privado. Posto assim, se a “cobertura universal da saúde é o conceito mais poderoso que a saúde pública tem a oferecer”⁷³⁴ é porque este é o conceito reforçado (e permitido) nos espaços de poder do capital financeiro. Além disso, tal movimento é expressivo e exemplar da transmutação da biopolítica em necropolítica. Se, outrora a biopolítica fundamentava-se na estatística, no conhecimento da população, e tinha o seu controle aperfeiçoado pelo Estado por meio dos avanços da saúde pública, agora, tal mecanismo de poder pôde ser transferido ao mercado, sacralizando o processo de retirada de direitos também em uma organização internacional na qual o direito à saúde é parte de sua carta constitutiva. Em última instância, a concentração dos

⁷³² Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁷³³ “*What we are seeing goes against the historical pattern, where social services shrink when money gets tight. I think this drive to expand coverage is a powerful signal. Despite deepening financial austerity, the will to do the right thing, the fair thing, for people’s health prevails*”. Chan, Margaret. *Discurso proferido à 65ª Assembleia Mundial da Saúde*. Genebra, Suíça. 21 de maio de 2012. Disponível em <https://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/>. Acessado em julho de 2020.

⁷³⁴ Chan, Margaret. *Discurso proferido à 65ª Assembleia Mundial da Saúde*. *Ibid.* Tradução livre realizada pela autora.

esforços de atores da saúde global em torno do conceito de cobertura universal da saúde reforça a concepção da saúde como mercadoria, e enquanto mercadoria, a sua plena aquisição dependerá de uma outra série de fatores, sobretudo aqueles ligados aos recursos econômicos e quem os dispõem para disfrutar – reforçando, em vez de diminuir, as já preocupantes iniquidades em saúde.

Em meio ao crescimento da adesão à ideia de cobertura universal de saúde, os anos subsequentes foram aqueles em que a ofensiva da governança global neoliberal pôde ser reforçada. Em 2012, as negociações iniciadas na Conferência Rio +20 resultariam na resolução A/RES/66/288 “*O futuro que queremos*”, na qual a cobertura universal da saúde passaria a ser reconhecida como um meio “para melhorar a saúde, a coesão social e o desenvolvimento humano e econômico sustentável”⁷³⁵. Nesse mesmo ano, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) também avançaria a Recomendação R202, sobre pisos de proteção social, incluindo o acesso a cuidados de saúde essenciais e cuidados de maternidade na noção de uma proteção mínima ao trabalhador⁷³⁶. A recomendação seria muito influenciada pelo “Relatório Bachelet”, fruto do trabalho do comitê conjunto da OIT e OMS para produzir recomendações em torno de uma “cobertura de proteção social” equitativa e inclusiva⁷³⁷. Em 2015, se consagraria a adoção de modelos de saúde híbridos cujo papel central na tomada de decisão recai sobre o mercado. O redesenho da agenda de desenvolvimento com a delimitação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para a Saúde, refletiria, de igual modo, as contradições assumidas pelas estratégias adaptativas da OMS e de seus países-membros.

Tendo como mote central “*assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades*”, o ODS3 possui treze metas para a saúde que, segundo Iona Kickbusch e Paulo Buss, reduzem seu amplo enunciado à elementos de atenção médica individual e curativa, retirando de suas propostas elementos fundamentais da saúde pública para assegurar a saúde e promover o bem-

⁷³⁵ United Nations. General Assembly. A/RES/66/288 – *Rio +20 Outcome Document*. Disponível em <https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=E>. Acessado em novembro de 2020.

⁷³⁶ ILO. R202 - *Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202)*. Disponível em <https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524>. Acessado em dezembro de 2020.

⁷³⁷ OIT. *Piso de Proteção Social para uma globalização equitativa e inclusiva. Relatório do Grupo Consultivo sobre o Piso de Proteção Social*. Genebra, Organização Internacional do Trabalho, 2011.

estar, o que exigiria mais do que apenas o combate às doenças. Assim, estariam ausentes das metas alguns dos compromissos reforçados na Declaração de Istambul, assinada por mais de 2.300 profissionais de saúde pública de 125 países, na ocasião do 12º Congresso da Federação Mundial de Saúde Pública, realizado em 2009, na qual se ressaltava: a importância da promoção da saúde e o enfrentamento dos DSS; a importância das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental; além da articulação com os demais ODS, de modo a oferecer a governança intersetorial necessária para a implementação e alcance dos objetivos⁷³⁸. Para Kickbusch e Buss, a ausência dessas considerações nas ‘metas-objetos’ da Agenda 2030 significaram a prevalência de uma abordagem fragmentada dos problemas de saúde⁷³⁹.

Segundo os autores, a preferência pelo trato das doenças em detrimento à promoção da saúde consistiria numa inversão de paradigma, incoerente com o enunciado mais amplo e positivo do ODS Saúde⁷⁴⁰. Assim, a ausência de uma abordagem integrada da saúde para o desenvolvimento sustentável omitiria inúmeros aspectos da saúde pública – como o desenvolvimento de estratégias mais abrangentes, que incluam o fortalecimento de sistemas de saúde e de vigilância sanitária, além de políticas fiscais no enfrentamento de questões sanitárias prioritárias e prevaletentes⁷⁴¹ – afastando-se, portanto, da concepção do direito à saúde e da formulação de políticas combativas às determinações sociais da saúde. Tais propostas estariam caracterizadas pela predominância de uma concepção biomédica, científica e tecnicista que, sozinha, não contempla a produção social dos problemas de saúde. Neste sentido, Felix Rosenberg, diretor do Fórum Itaboraí/Fiocruz Petrópolis e Secretário Executivo das Redes de Institutos Nacionais de Saúde da CPLP e da América Latina, atenta para o fato de que

a Agenda 2030 em particular, especifica muito claramente em seu conteúdo a integralidade dos ODS e a interrelação entre eles em uma visão integrada. (...) Os ODS são lidados de maneira setorial, particularmente na OMS. Ou seja, a OMS assume que o ODS 3 é o ODS que “pertence”, por assim dizer, ao setor saúde. Enquanto há outros ODS que tem impacto direto no setor saúde, sendo pelo menos sete os ODS que lidam direta e explicitamente com saúde. Entretanto, esses ODS são tratados por outros setores que não o setor saúde, e, portanto, não pela OMS.

⁷³⁸ Buss, Paulo M.; Matida, Álvaro. *Declaração de Istambul sobre Saúde Global*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2083-2085, Sept. 2009.

⁷³⁹ Kickbusch, I.; Buss, P. M. *Saúde na agenda pós-2015: perspectivas a meio do caminho*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(10):1-3, out, 2014, p.1.

⁷⁴⁰ Buss, P. M.; *et.al. Ibid.* 2014, p.2564.

⁷⁴¹ Kickbusch, I.; Buss, P. M. *Ibid.* 2014, p.2.

Nisso entra obviamente tudo relacionado à direito a cidade, que inclui água e saneamento que são temas de saúde pública; o problema da fome porque a segurança alimentar é um tema claro de saúde; a questão de igualdade de gênero que também é um tema absolutamente de saúde; e assim por diante... há vários outros. Água e saneamento é um ODS específico... é muito bom lidar com o ODS 3, mas você tem que reconhecer que apesar do que o ODS 3 explicita, que é garantir saúde e bem-estar para todos em todas as idades, ele só lida com o combate às doenças, ou seja, é um ODS de doenças e não de saúde. Então em primeiro lugar deixar claro essa questão. Ou seja, é impossível lidar com saúde através do ODS 3⁷⁴².

Como afirmam Buss *et. al.*, as submetas 7 e 8, dirigidas ao acesso universal à serviços assistenciais de saúde sexual e reprodutiva e à cobertura universal em saúde, “dependem profundamente da economia política global e nacional da saúde e não apenas de formulações técnicas de dirigentes da saúde”⁷⁴³. Em entrevista para esta pesquisa, o ex-Coordenador da Unidade de Sistemas e Serviços de Saúde do escritório de representação da OPAS/OMS no Brasil, Renato Tasca, também ressalta que

com um olhar muito técnico, o objetivo 3 e suas metas está muito mal formulado, porque ele é muito redundante, ele pega coisas pequenas e esquece de outras. Porque ele não pode ser desenhado a partir da mesma categoria. A cobertura universal não pode ser como aumentar a cobertura vacinal. *A cobertura universal é um horizonte móvel*. Nem na Suécia tem cobertura universal, alguém escapa sempre. A maioria dos problemas que nós temos para resolver na saúde são gerados em outras áreas, como os famosos determinantes sociais, econômicos, ambientais. Eu acho que o único enfoque para o desenvolvimento da gente tem que ser aquele ali. Mas é óbvio que qualquer tipo de objetivo social, quando falamos de direitos das pessoas – então se saúde é um direito igual educação, segurança –, ele tem que ser de fato oferecido a todos, com a mesma oportunidade, isso é central (...). Numa sociedade que sempre é mais desigual, a cobertura universal é quase a condição indispensável (...). Então ameniza, não reduz. Você imagina o que seria sem. Então essa lógica da cobertura universal é fundamental porque a frente, do lado da saúde pelo menos, é uma maneira de contrastar as desigualdades. Finalmente, a grande jogada é isso. Porque as desigualdades entram em todas as políticas.

Uma vez que todo avanço substancial também depende da capacidade dos países em desenvolvimento de mobilizar recursos e esforços, a face desigual da Agenda 2030 estaria na predominância de uma simetria de responsabilidades para o alcance de objetivos comuns, ao mesmo tempo em que as diferentes partes enfrentam uma profunda assimetria de recursos para alcançá-los. Isto ocasionaria a rejeição à noção de “responsabilidades comuns, porém diferenciadas” em relação ao

⁷⁴² Entrevista 9, concedida à autora. Rio de Janeiro, 28 set. 2020.

⁷⁴³ Buss, P. M.; *et.al. Ibid.* 2014, p.2565.

desenvolvimento internacional, e aprofundaria a cegueira em relação às desigualdades estruturantes na Saúde Global⁷⁴⁴. Célia Almeida também argumenta que a ideia de parcerias público-privadas é um “recurso discursivo central” na implementação das agendas neoliberais, em que as corresponsabilidades dos parceiros (compartilhadas ou consideradas complementares) não consideram suas relações desiguais de poder, nem suas distintas percepções sobre o que significaria a provisão de bens públicos⁷⁴⁵.

A correlação de forças na arena internacional tem logrado reformular o pacto em torno do direito à saúde por meio de uma evolução na incorporação do tema nas agendas de desenvolvimento. Quarenta anos depois da Declaração de Alma-Ata, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Astana, no Cazaquistão, ligaria finalmente os auspícios universalizantes de Alma-Ata à UHC e aos ODS. A Declaração assinada em Astana também marcaria a releitura da atenção primária à saúde, que passaria a ser defendida como “pedra angular” da cobertura universal, deixando de valorizar seu componente estruturante na proposição de políticas integrais e ações intersetoriais, para valorizá-la a partir dos serviços que pode oferecer⁷⁴⁶. Tal movimento permitiu ainda, a validação de uma aplicação seletiva e fragmentada da APS, ao mesmo tempo em que se reduz o alcance da equidade e da justiça social à atuação setorial da saúde. Com isso, foi possível abrir caminho para um processo de incorporação de conceitos à ideia de cobertura universal, cujo maior risco ainda é o esvaziamento do direito à saúde. Nesse sentido, as contradições apontadas, de que a cobertura não significa automaticamente a oportunidade de acesso e de uso dos serviços de saúde, acabam por serem dissolvidas em concepções cada vez mais abrangentes, que são esticadas e/ou comprimidas ao gosto do debate e dos debatedores.

Não obstante, os membros de organizações da sociedade civil e movimentos sociais que compõem o *People’s Health Movement - PHM* (em português, “Movimento de Saúde das Pessoas”) manifestaram sua preocupação com os termos estabelecidos

⁷⁴⁴ Esteves, P. *Agora somos todos países em desenvolvimento? A Cooperação Sul-Sul e os ODS*. Revista Pontes, v. 13, p. 8-17, 2017, p.8.

⁷⁴⁵ Almeida, C. *Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais*. Cad. Saúde Pública [online]. 2017, vol.33, suppl.2, e00197316. Epub Oct 02, 2017, p.13.

⁷⁴⁶ WHO; UNICEF. *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care*. Astana, Kazakhstan: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund, 25-26 October 2018.

pela Declaração de Astana. Em carta aberta, o PHM afirma que é preocupante que a declaração oficial não reconheça que os ganhos em saúde em alguns lugares estejam sendo revertidos, bem como não considere a responsabilidade de fatores econômicos e políticos no aumento das desigualdades em todo o mundo. Neste sentido, o PHM propôs uma declaração alternativa, cujos pontos principais reforçam a responsabilidade do Estado no estabelecimento de políticas de saúde participativas e centradas nas necessidades das comunidades. Além disso, o movimento afirma que o estabelecimento de uma ordem econômica sustentável implica a rejeição do paradigma neoliberal atualmente dominante, para que se possa alcançar verdadeiramente o desenvolvimento econômico e social equitativo, sugerindo a regulamentação dos fluxos financeiros e das evasões fiscais. A declaração alternativa ressalta que o reconhecimento e a ação para combater as iniquidades relacionadas a gênero, casta, raça, deficiência e orientação sexual, são de importância básica para a obtenção mais completa da saúde de todos e para a redução da lacuna no estado de saúde dentro e entre países. Para o PHM, é preciso ainda estabelecer uma governança global eficaz e responsável para a realização da APS, que inclua meios de tributação efetiva para garantir que todos os indivíduos e empresas paguem sua parte justa dos impostos para permitir o financiamento da saúde e outros serviços benéficos para a saúde⁷⁴⁷.

Isto posto, após a Conferência de Astana, o desfecho do debate entre UHS e UHC resultou na incorporação de conceitos distintos, como a cobertura, o acesso e os DSS, a uma concepção genérica do direito à saúde, mas que permanece universalizante. Assim, visando cessar as discordâncias, sobretudo, da parte brasileira em relação à concepção de UHC, a OPAS/OMS passou a adotar o termo “Saúde Universal”⁷⁴⁸, que

⁷⁴⁷ PHM. *Alternative Civil Society Astana Statement on Primary Health Care*. October 24, 2018. Disponível em <<https://phmovement.org/alternative-civil-society-astana-declaration-on-primary-health-care/>>. Acessado em julho de 2020.

⁷⁴⁸ A Saúde Universal foi articulada pela OPAS/OMS em quatro linhas estratégicas, a saber: (1) Expandir o acesso equitativo a serviços de saúde integrais e de qualidade, centrado nas pessoas e nas comunidades; (2) Fortalecer a administração e governança; (3) Aumentar e melhorar o financiamento, com equidade e eficiência, e avançar para a eliminação do pagamento direto que se torna uma barreira de acesso no momento da prestação do serviço; (4) Fortalecer a coordenação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde. Ver OPAS/OMS. *La salud universal es una Gran Idea: la solución a muchos de los desafíos clave en salud de la Región*. Disponível em <https://bvsalud.org/post_vitrines/diamundialdasaude2019/#linea02>. Acessado em novembro de 2020.

significa garantir que todas as pessoas tenham acesso, sem discriminação, a serviços integrais de qualidade, sem enfrentar dificuldades financeiras. Requer a definição e implementação de políticas e ações com enfoque multissetorial para abordar os determinantes sociais da saúde e promover o comprometimento de toda a sociedade com a saúde e o bem-estar. A saúde universal não diz respeito apenas a garantir que todos estejam cobertos, mas que todos tenham acesso a cuidados quando precisarem, onde quer que estejam⁷⁴⁹.

Neste sentido, a multiplicação das variáveis em torno do direito à saúde tem esgarçado o conceito para o tornar adaptável à um contexto em que as regras da proteção social estão sendo cada vez menos ditadas pelos Estados – um reflexo, portanto, do próprio crescimento das contribuições voluntárias, que hoje constroem a atuação da OMS aos limites do sistema. Assim, ainda que os Estados permaneçam como o lócus último de proteção ao risco financeiro empreendido pelo mercado, seu poder de decisão parece ter sido deslocado. Isto tem feito, portanto, com que a OMS seja constantemente pressionada a buscar no mercado a sobrevivência de sua estrutura organizacional. Nesse sentido, Renato Tasca esclarece que

o tema da saúde universal tem 3 variáveis: uma variável é todo mundo, ok? Então é a universalidade, a população. A segunda variável é o dinheiro, se é gratuito, se tem pagamentos, ou se é sobre certas condições. E a terceira é aquela do tema da profundidade do serviço, ou seja, da integralidade, se eu ofereço tudo, ou o que é preciso, só um pedacinho, ou só um conjunto, ou pacote de procedimentos. Então alguns países por ter uma cobertura muito, muito baixa do setor público, escolheram o caminho da cobertura através do seguro. No México 3% do PIB é para saúde pública, o que é menos ainda do que o Brasil, que não chega a quatro, mas é quase 4%. Então pior ainda. Aí decide que tem que cobrir... como é que vai criar um seguro popular grande? Aquele seguro popular é um seguro que em qualquer país do mundo nem poderia ser comercializado, por ser totalmente insuficiente, cobra a preços catastróficos. Então qual é a jogada? É o caminho da integralidade, é o cobertor curto ou estreito? Se eu escolho a universalidade tenho que sacrificar a integralidade e vice-versa? *Então esse é um pouco o mito de que a integralidade não é possível, de que é melhor dar pouco para os pobres. E aí que se acentuam as desigualdades.* Qual é a solução, o resultado no final do México? Primeiro que, antes do seguro popular tinha muita gente que não tinha nenhum acesso ou um acesso muito reduzido, complicado. Hoje uma parte importante da população, agora não sei os números, têm acesso a essa carteira básica de serviços, que é muito básica. Então o que acontece é que esses cidadãos que se são afetados por uma determinada condição, quando crônica é muito pior. Mas também, se tem algum tipo de seguro ele pode ter a sua vida salva. (...) Então você divide a população em grupos, cujo marco é a inserção no mundo do trabalho. E essa não é a única característica de uma pessoa, se ela é empregada ou não; *se falamos de direito isso não tem nada a ver.* O

⁷⁴⁹ OPAS/OMS. *Dia Mundial da Saúde 2019, 7 de abril. Saúde Universal: para todas e todos, em todos os lugares.* Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5896:dia-mundial-da-saude-2019-7-de-abril-saude-universal-para-todas-e-todos-em-todos-os-lugares&Itemid=0>. Acessado em novembro de 2020.

fato de você ser presidente da República ou o filho de um coitado, se os dois precisam de um transplante, é capaz que vai o filho do coitado na frente do presidente. Então toda essa coisa na verdade gera uma confusão e gera uma leitura muito crítica contra a OMS (...). Agora, claro, a OMS não vai escrever que o sistema de saúde tem que ser público com a tripartite, com a saúde da família. [A OMS] não pode dizer que o sistema do mundo todo deve ser igual ao SUS. Mesmo que isso seja interessante. Mas enfim, muita gente não se contenta que aquilo contempla uma série de coisas e usou aquilo como uma bandeira de que a OMS era vendida ao imperialismo, ao Banco Mundial, e aí bota todo mundo no mesmo grupo e aí são todos inimigos. Só que nesse a lógica você vê inimigos em todo o canto. Eu trabalhei 12 anos na OPAS e te asseguro que ninguém na OPAS pensa que o seguro de saúde popular seja uma solução, pelo contrário. *Então essa é um pouco a lógica onde necessariamente os organismos internacionais entram*⁷⁵⁰.

Para Luiz Augusto Galvão, ex-Diretor do Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde da OPAS/Washington, as mudanças substantivas na incorporação do debate também tiveram lugar no próprio processo de implementação da Agenda 2030.

Teve um movimento liderado por alguns brasileiros, que dizia que não era só importante a cobertura, era importante garantir o acesso de qualidade, a serviços de qualidade. Então tinha essa discussão e na região das Américas acabou sendo chamado de cobertura e acesso universal à saúde, e depois isso acabou virando saúde universal, que é um conceito que não é muito bem definido. Mas o que aconteceu é que quando começou a ser operacionalizado o Objetivo 3 em geral, mais particularmente a submeta 3.8 de cobertura universal, e que a OMS lançou um plano global de ação para responder a Agenda 2030, essa questão do acesso e da qualidade acabou sendo incorporada. *Então perdeu um pouco o sentido essa conversa*. Na verdade, hoje quando você fala de cobertura universal e quando você olha o plano da OMS de ação para implementação do ODS3 e da Agenda 2030 no geral, ela incorpora essa questão, e ela fica muito mais presente e visível(...). Então mesmo que a agenda tenha definido aqueles enunciados, quando você começa a implementação ele começa a mudar. E agora com Covid-19 vai mudar mais ainda, porque tudo está questionado. Com o Covid-19 é aquela coisa né, *“o Rei está nu”*⁷⁵¹.

Sob o mote *“Colaboração mais forte, saúde melhor: o plano de ação global para vidas saudáveis e bem-estar para todos”*, a OMS lançou em 2019, o Plano de Ação Global (em inglês, *Global Action Plan – GAP*) que reúne 12 organizações internacionais engajadas em saúde (a saber, Gavi, Onu Mulheres, Banco Mundial, PMA, Pnud, Unicef, Unfpa, Unaid, Unitaid, GFATM, *Global Financing Facility*, e OMS) com o objetivo de acelerar o progresso dos países no alcance das metas da Agenda 2030 relacionadas à saúde⁷⁵². Sua fase de implementação coincidiu com o

⁷⁵⁰ Entrevista 10, concedida à autora. Rio de Janeiro, 29 set. 2020.

⁷⁵¹ Entrevista 7, concedida à autora. Rio de Janeiro, 14 set. 2020.

⁷⁵² O GAP propõe ações específicas em torno de sete temas centrais: (1) atenção primária à saúde; (2) financiamento sustentável para a saúde; (3) envolvimento da comunidade e da sociedade civil;

surgimento da Covid-19, fazendo com que as agências signatárias do plano também se comprometessem “em alavancar o GAP para preencher lacunas e agregar valor aos mecanismos de coordenação globais, regionais e nacionais existentes em resposta à pandemia Covid-19”⁷⁵³. A participação da Fiocruz como membro do grupo assessor do acelerador sobre pesquisa e desenvolvimento, inovação e acesso, contribuiu, nas palavras da Presidente Nísia Trindade, para chamar atenção

para o papel da ciência e tecnologia no alcance dos ODS, não só ODS 3, que é o nosso objetivo central, mas todos os relacionados. No caso do ODS 3, chamamos atenção para a assimetria de inovação entre os países e a importância de ter um olhar para essas desigualdades entre as regiões e entre as nações para não deixar ninguém para trás. Além disso, precisamos estimular a preservação de conquistas, como é o Sistema Único de Saúde [SUS] no Brasil, com seu componente de inovação e de produção pública de insumos da saúde visando o acesso da população⁷⁵⁴.

A fragmentação do financiamento estatal para a saúde torna cada vez mais difícil os embates sobre modelos possíveis de promoção da saúde e do desenvolvimento, tornando a correlação de forças nas definições das políticas públicas um exercício complexo e constantemente constrangido pelas necessidades prementes dos países. A tentativa da OMS de criação de consenso em torno da universalidade da saúde parece manter a organização de pé, mas redireciona os meios disponíveis e as formas de fazê-lo para uma abordagem cada vez mais econômica da saúde, em que a partilha não é feita a partir da compreensão dos bens públicos globais como um todo, mas da mínima garantia possível ao seu acesso.

(4) determinantes da saúde; (5) programação inovadora em ambientes frágeis e vulneráveis e para respostas a surtos de doenças; (6) pesquisa e desenvolvimento, inovação e acesso; (7) dados e saúde digital; todos cortados pela perspectiva da igualdade de gênero. Ver <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>

⁷⁵³ WHO. *Stronger collaboration, better health: 2020 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*. Geneva: World Health Organization; 2020, p.iv.

⁷⁵⁴ Portal Fiocruz. *Plano Global de Ação para Vidas Saudáveis é lançado na ONU*. 26/09/2019. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/noticia/plano-global-de-acao-para-vidas-saudaveis-e-lancado-na-onu>>. Acessado em novembro de 2020.

5.3

Considerações finais

No fim das contas, nenhum dos dois sistemas escapam completamente da determinação do outro. Nenhum sistema de saúde escapa completamente do fato de ser um sistema de saúde em uma sociedade desigual, e o caso brasileiro é um caso muito bom para estudar isso, nem a sociedade deixa de ser desigual quando adota um sistema de saúde mais igualitário. Então a equidade da sociedade melhora um pouco pelo sistema de saúde, e a equidade do sistema de saúde piora um pouco pelas iniquidades da sociedade. E isso pode se ver em muitos aspectos de acesso, de cobertura, de qualidade, de respeito aos direitos dos usuários, de racismo, de homofobia, e de muitas outras coisas. *Então, na verdade, não podemos lutar por um sistema universal de saúde sem termos uma forte luta por uma sociedade igualitária.* O SUS é muito bom exemplo de um sistema de saúde igualitário em um país que nunca ensaiou uma boa reforma tributária (...). Esse tipo de assimetria entre como é o sistema de saúde, e como é o sistema tributário, cultural e outros, cria uma série de tensões. E essas tensões são boas ou ruins, mas, em todo caso, são inevitáveis⁷⁵⁵.

A participação popular e os movimentos sociais foram fundamentais na construção do sistema de saúde brasileiro, contribuindo para colocar o direito à saúde no centro da luta por uma sociedade mais igualitária e democrática. Contudo, embora a constituição do SUS tenha sido uma vitória popular, as condições para o seu estabelecimento foram inviabilizadas desde o início de sua implementação. Neste capítulo, procurei mostrar que o esvaziamento e subfinanciamento do SUS não se deu, de forma alguma, desconectado das disputas internacionais pela construção de modelos de sistemas de saúde. Não obstante, o SUS nasce em um momento em que o controle do Estado sob a garantia de políticas de proteção social é minimizado, mas a sua participação financeira é maximizada. Híbrido desde a sua constituição, o SUS nunca logrou se desvencilhar do setor privado, e as tentativas de derrocada de seu projeto inicial dão-se não por meio da sua extinção e da retirada do Estado: mas sim pelo redirecionamento cada vez maior dos recursos públicos para serviços oferecidos por seguradoras privadas. *Dessa forma, o SUS nunca pode concretizar sua promessa de inclusão da totalidade da população em um sistema de direitos.* Neste capítulo, pretendi mostrar que isto não se deu em decorrência de uma suposta “erosão” do SUS, mas sim porque, domesticamente, a conformação de um Estado de direitos universal que o SUS representa nunca foi um projeto prioritário. Assim, não há de se anunciar o seu fim, mas sim a substituição fácil de todas as suas funções

⁷⁵⁵ Entrevista 5, concedida à autora. Rio de Janeiro, 11 set. 2020.

por serviços terceirizados, que garantam a imagem pública da sua existência sem que a negação de direitos provoque qualquer convulsão social.

Sentenciado de morte pelo subfinanciamento histórico de suas políticas, o SUS lida ainda com outro elemento fragmentador. Seu hibridismo sustenta-se não apenas na forte disputa com o mercado por recursos públicos, mas também na ideia de que os serviços fornecidos pelo Estado contemplam um sistema de saúde exclusivo aos pobres. Como afirma Bahia, esse processo tem sido marcado pela substituição da ideia de um direito à vida universal, destinado a todos, pela concepção de uma assistência para pobres, para aqueles que não podem pagar; transformando o sistema de saúde em um sistema de serviços, amputando, por fim, o conceito ampliado de saúde⁷⁵⁶. De acordo com a última Síntese de Indicadores Sociais (SIS) do IBGE, no Brasil de 2019, 51,7 milhões de brasileiros encontram-se em situação de pobreza, enquanto outros 13,6 milhões vivem em extrema pobreza, com renda mensal per capita inferior U\$S 1,9 por dia, seguindo o critério adotado pelo Banco Mundial. A SIS também mostra que, dentre a população pobre, 73,6% é composta por pessoas negras (a somatória de pretas e pardas), totalizando em números absolutos 38 milhões de pessoas. Desses, mulheres negras são a maioria, somando 38% entre as pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza e, 39,8% em situação de extrema pobreza⁷⁵⁷. O arranjo domiciliar formado por mães-solo negras, sem cônjuge e com presença de filhos menores de 14 anos, também foi aquele que concentrou a maior incidência de pobreza, onde 24% dos moradores viviam em situação de extrema pobreza, e 62,4% em situação de pobreza⁷⁵⁸. Por sua vez, a taxa de desocupação no mercado de trabalho foi, em 2019, de 9,3%, para brancos, e 13,6% para negros. Entre aqueles que possuem ocupações informais, sem carteira assinada, o percentual de negros chega a 47,4%, enquanto entre os trabalhadores brancos é de 34,5%. Em média, brancos ganham 73,4% mais do que a população negra, o que em valores absolutos significou uma renda mensal de trabalho de R\$ 2.884 frente a R\$ 1.663. O nível de instrução não parece diminuir a lacuna: a SIS também mostrou que o rendimento-hora de brancos com nível superior era de R\$

⁷⁵⁶ Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. *Ibid.* 2017, p.6.

⁷⁵⁷ IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020*. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2020, p.68.

⁷⁵⁸ IBGE. *Síntese de indicadores sociais...* *Ibid.*, 2020, p.67.

33,90, enquanto negros com o mesmo nível de instrução ganharam R\$ 23,50 por hora trabalhada⁷⁵⁹.

Dessa forma, a divisão entre público e privado pôde ser estruturada também pelo racismo que marca a sociedade brasileira. Refletindo os anseios das elites em marcar sua posição, seu status e segurança na sociedade por meio da naturalização de privilégios; a ideia de um SUS para pobres perpetua a distribuição de privilégios a parcelas específicas das populações e restringe a execução dos direitos civis na sua totalidade, provocando diferenciações no acesso à uma vida saudável. De todo modo, é importante ter em mente, como nos lembra Pires, que “a vida dos direitos está na experiência; não está no indivíduo isolado, mas no reconhecimento de ser com os outros”⁷⁶⁰. A redefinição dos direitos é processo coletivo, e por isso, é parte de resistência contínua; afinal, é na luta por direitos que se constitui novas subjetividades, e que se pode *ser* e *existir* dignamente. A real democratização da saúde não pode ser um projeto, mas sim um processo de luta contínua. No Brasil, o direito universal à saúde não pode ser resumido à uma implementação supostamente “fracassada” do SUS. O processo espinhoso pelo qual as principais ideias sanitárias têm passado revela, sobretudo, que este movimento também é parte de um conjunto mais amplo de ações e de tentativas de impossibilitar o acesso aos direitos humanos.

Como bem nos lembra Brown, somada à sua redução na participação da vida política, o homem econômico da arte de governo neoliberal vê os mecanismos de proteção ao cidadão serem substituídos por preocupações com o crescimento econômico, investimentos e a financeirização da vida social⁷⁶¹, tornando-se ele mesmo o encarregado de prover uma qualidade de vida mínima a si mesmo – o que o coloca em uma situação iminente de isolamento e abandono pelo Estado. Neste sentido, as dinâmicas nacionais que tiveram lugar nas últimas décadas não se dissociam das transformações econômicas e sociais que tomaram parte no resto do

⁷⁵⁹ Agência IBGE Notícias. *Trabalho, renda e moradia: desigualdades entre brancos e pretos ou pardos persistem no país*. Síntese de Indicadores Sociais. 12/11/2020. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29433-trabalho-renda-e-moradia-desigualdades-entre-brancos-e-pretos-ou-pardos-persistem-no-pais>>. Acessado em novembro de 2020.

⁷⁶⁰ Pires, Thula Rafaela de Oliveira. *Por uma concepção amefricana de direitos humanos*. *Ibid.* 2020, p. 306.

⁷⁶¹ Brown, Wendy. *Ibid.* 2015, p.109.

mundo (*ver Apêndice I*), estando condicionadas ainda à lidar com novos padrões de relação estabelecidos internacionalmente, que introduziram, induziram e impuseram nos países em desenvolvimento novos ajustes macroeconômicos e reformas políticas em áreas sociais, visando influenciar a governança dos Estados em diversas pastas, incluindo a da saúde.

Isto posto, o debate acerca da UHC revela que o acesso à cidadania e à comunidade política internacional tem sido ainda mais restrito, na medida em que a possibilidade de se desfrutar de direitos cidadãos não apenas continua a nos ser negado pelo redesenho e pelo reforço doméstico de estruturas outrora coloniais, como também tem se retraído nos próprios países desenvolvidos, berço do ideário liberal que constituiu o Estado de Direito. A descaracterização e fragmentação do SUS diante do compromisso com a proteção social, estabelecida pela constituição de 1988, está diretamente articulada (i) ao descompasso temporal em relação às normas aceitas e defendidas internacionalmente; e (ii) à predominância do mercado como centro da tomada de decisões nos modelos híbridos defendidos internacionalmente. Neste sentido, o movimento de financeirização da vida tem logrado levar adiante o que Mbembe chamou de “*dever-negro do mundo*”⁷⁶², estendendo o sofrimento do povo negro, a retirada de direitos e a transformação dos seres humanos em coisas inanimadas às demais populações racializadas e vulnerabilizadas ao redor do mundo. Não surpreende, portanto, que é justamente quando logramos conceber constitucionalmente a totalidade da população como cidadã no terreno nacional, que a própria concepção de cidadania é ressignificada e esvaziada na esfera internacional, impedindo a completude de um novo ciclo de direitos.

⁷⁶² Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.174.

6.

Saúde ao Sul: a agenda global da saúde no Brasil do século XXI

Todo país precisa de um sistema de saúde robusto e responsivo (incluindo força de trabalho, infraestrutura e suprimentos de saúde), um sistema de pesquisa em saúde e um sistema de informações em saúde para oferecer a todos os cidadãos oportunidades de serem saudáveis e de participar plenamente das responsabilidades compartilhadas pela segurança sanitária⁷⁶³.

Na América Latina, ainda que os países não compartilhem exatamente as mesmas práticas sanitárias e abordagens, e ainda que possuam sistemas de saúde distintos, praticamente todos reconhecem a saúde como um direito humano inalienável – um reconhecimento que tem sido incorporado nos marcos legais nacionais desde a década de 1970. Como afirmam Levcovitz e Couto, a fragmentação nos modelos e sistemas de saúde da América Latina, que era notável àquela época, também se expressa como resultado das trajetórias históricas pelas quais esses países passaram, consolidando seus sistemas de saúde em meio às desigualdades estruturantes já conhecidas, como a segregação/estratificação da população de acordo com sua classe social, renda, condição socioeconômica, capacidade de pagamento, inserção no mercado formal de trabalho, origem étnico e urbana/rural; a segmentação da população em grupos com diferentes direitos e diferentes condições de acesso e utilização dos serviços; e a fragmentação da operacionalização desses sistemas, devido à superposição e duplicação das ofertas dos distintos prestadores (público e privados), somada à descoordenação de estabelecimentos/unidades assistenciais em saúde⁷⁶⁴.

No caso brasileiro, o processo de reforma sanitária e redemocratização que se iniciariam em 1970, possibilitaram conceituar a saúde de forma ampliada,

⁷⁶³ *Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time*. Signed by Amorim, Celso (Brazil); Doute-Blazy, Philippe (France); Wirayuda, Hasan (Indonesia); Støre, Jonas Gahr (Norway); Gadio, Cheikh Tidiane (Senegal); Dlamini-Zuma, Nkosazana (South Africa); Pibulsonggram, Nitya (Thailand). *The Lancet*. Published online April 2, 2007. *Tradução livre realizada pela autora*.

⁷⁶⁴ Levcovitz, Eduardo; Couto, Maria Helena Costa. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. In: Santanna, José Paranguá de., et.al. (Org.). *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises 3*. 1ed. Brasília: OPAS/OMS; UnB; ObservaRH; Nesp; Nethis. 2018, pp. 99-118.

considerando as condições de moradia, educação, renda, ambiente, nutrição, transporte, acesso à terra e aos serviços de saúde. Contudo, como vimos nos capítulos anteriores, quando da implementação do Sistema Único de Saúde em 1990, os esforços universalizantes do direito à saúde foram continuamente barrados, colocando em xeque o direcionamento de investimentos e políticas públicas que levam em consideração a totalidade da população. Embora apresente uma concepção de cidadania que se encaixa no desenho e nas aspirações de uma democracia liberal – pois o cidadão agora é visto, constitucionalmente, como um ser dotado de subjetividade, autonomia, capacidade de regulação e participação ativa e democrática nas políticas de saúde –, a economicização da política e da cidadania se traduziriam nas pressões internas e externas sofridas pelo SUS. Isto tornou possível a sua distinção e a sua classificação como uma política de saúde para pobres, sob o pretexto ora da má aplicação e gerenciamento de gastos públicos, ora da utilidade de sua aplicação.

Como vimos até aqui, tais concepções economicistas e mercantilizantes da saúde fazem parte da própria mutação da arte de governo liberal, que permitiu o surgimento do neoliberalismo e que se consagra no estabelecimento de mecanismos de exclusão, por meio da necropolítica. Para citar novamente Wendy Brown (2015), a mudança crucial na nova forma de se organizar o mundo se estabeleceu no dramático corte de valores e de bens públicos que permitem a participação popular na vida política. Tal mudança está atrelada à nova percepção que o sujeito passa a ter de si (de cidadão a empreendedor de si mesmo) e da relação que o Estado passa a estabelecer com o cidadão (na qual os cidadãos “não são mais os elementos constituintes mais importantes da soberania, membros do público, ou mesmo portadores de direitos”⁷⁶⁵). Em vez de um conjunto político e social, os Estados se transformam em aglomerados de mero capital humano a serviço dos mercados, que podem contribuir ou não para o crescimento econômico, podendo ser entendidos como um fardo ou um entrave ao desenvolvimento nacional, deixando de serem humanos para se tornarem “objetos de investimento ou de desinvestimento”⁷⁶⁶. Brown enfatiza ainda que o sujeito do século XX sofre uma conversão que reorienta

⁷⁶⁵ Brown, Wendy. *Undoing the demos: neoliberalism's stealth revolution*. First edition. New York: Zone Books, 2015, p.110.

⁷⁶⁶ Brown, Wendy. *Undoing the demos... Idem*.

a sua relação consigo mesmo e a sua liberdade, na medida em que se transforma em capital e requer ser investido e melhorado conforme os insumos disponíveis⁷⁶⁷.

Como também argumenta Tania Li, a capacidade de proteção de uma sociedade depende, portanto, dos tipos de racialização e espacialização que fundamentam as políticas que visam “deixar morrer”⁷⁶⁸, tornando crucial o histórico de intervenções na preservação da vida e do “direito de viver”⁷⁶⁹ no esboço de qualquer tipo de resistência política. Assim, é importante relembrar que o SUS se estabelece em meio à expansão da pandemia de HIV/Aids, e em meio à intensificação da participação dos atores privados no desenho da governança neoliberal da saúde global. Isto significa que, é também na esteira desse movimento e na contracorrente das políticas de morte, que a defesa de outras concepções e contranarrativas da saúde puderam disputar a Saúde Global desde o Sul, desde uma percepção do direito de viver e de ter direitos.

Com isso em mente, veremos neste capítulo como a pandemia de HIV/Aids cumpriu um papel fundamental também no redesenho das estratégias perseguidas internacionalmente pelo Brasil. No início do século XXI, a tentativa brasileira de lidar com a doença passou pela concepção da saúde de uma maneira ampliada, avançando para além da concepção restrita ao binômio saúde-doença e ao risco epidemiológico. Isto se manifestaria não apenas no território nacional, como culminaria também na articulação coletiva, no âmbito regional, de redes de cooperação lideradas, em grande parte, pela Fiocruz e no âmbito da Unasul. Expressão de um período singular, possibilitado a partir da ascensão de governos progressistas na América Latina, a disputa narrativa da Saúde Global se reencontraria, naquele momento, na defesa da saúde como um bem público, oferecendo outras interpretações da saúde a partir das desigualdades sociais e da consideração de suas causas estruturais na determinação social da saúde na região.

Ao pensar a saúde de maneira comprometida com o desenvolvimento e o fortalecimento institucional dos sistemas nacionais de saúde latino-americanos, as bases teóricas que fundamentaram a tentativa de se conceber uma Saúde Global

⁷⁶⁷ Brown, Wendy. *Undoing the demos... Idem.*

⁷⁶⁸ Li, T. M. *Ibid.* 2009, p. 79.

⁷⁶⁹ *Idem.*

“ao Sul” frequentemente eram apresentadas ressaltando três eixos analíticos: (i) justiça e equidade; (ii) governança; e (ii) preservação dos direitos humanos⁷⁷⁰. Com isso em mente, este capítulo se divide em duas partes: a primeira, reflete sobre algumas das tentativas nacionais em reconstituir o sujeito liberal e o seu espaço de direitos doméstico por meio do reconhecimento do direito à saúde e da luta pela universalização do acesso aos medicamentos antirretrovirais, bandeiras cujas raízes provêm da forte mobilização da sociedade civil brasileira. A segunda parte, atravessada pelas iniciativas nacionais de combate ao HIV/Aids, nos mostra como a diplomacia brasileira em saúde teve papel importante na criação de redes regionais de cooperação e, em certa medida, de *advocacy*, oferecendo, ainda que por um curto período, resistência às narrativas dominantes que hoje conduzem a governança global da saúde. Ambas as tentativas, limitadas por constrangimentos estruturais nacionais e globais, lançam luz sobre o processo difícil e tortuoso que constitui a tentativa de recuperação das bases sociais fragmentadas por distintos neoliberalismos.

6.1

Reconstituindo o sujeito liberal: é possível transformar a população ‘bárbara’ em cidadã?

Como vimos nos capítulos anteriores, o modo de vida do sujeito híbrido pós-colonial e do *homo oeconomicus* neoliberal acabou por influenciar profundamente a compreensão do direito à saúde nas dimensões local e global, gerando mudanças a nível de governança que atravessam a implementação de sistemas de saúde universais no Brasil e no mundo. Neste capítulo, parto do pressuposto de que a ideia de impossibilidade de execução do projeto original do SUS tem se fortalecido por meio do esvaziamento da noção de direito cidadão. Tal esvaziamento parece figurar como uma das principais estratégias na manutenção das desigualdades raciais,

⁷⁷⁰ Ver: Villar, Eugenio. *Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil*. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.3, p.7-13, 2007; Cardona, D.; Acosta, L. D.; Bertone, C. L. *Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010)*. Gaceta Sanitaria, Volume 27, Issue 4, 2013; Franco-Giraldo, *Salud global: una visión latino-americana*. Rev Panam Salud Publica 39(2), 2016; Becerra Posada F., J. Mujica O. *Equidad en Salud para el Desarrollo Sostenible*, Revista de Salud Pública y Nutrición, 15(1), pp.16- 26, 2016; Tobar S, Buss P, Coitiño A, Kleiman A, Fonseca LE, Rigoli F, et al. *Diplomacia de la salud: fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2017a.

sociais, de classe e de gênero, que afastam o SUS de seu propósito central: a garantia efetiva da saúde a partir da universalidade, integralidade e equidade.

Um exemplo concreto desse esvaziamento foi a própria lógica da política de regulação dos planos privados via Agência Nacional de Saúde (ANS), com a promulgação, em 1998, da Lei nº 9.656. Segundo Menicucci, esta foi exatamente contrária à lógica do SUS, pois estimulou o mercado e protegeu o consumidor – e não o cidadão – dos efeitos da ética utilitarista do mercado. A dualidade na oferta dos serviços de saúde fez então, com que ambos funcionassem sob modelos e concepções distintas: o SUS representando um direito de cidadania e obrigação do Estado; e os planos privados, representando o direito do consumidor e a defesa do mercado. Se em um, os mecanismos institucionais de decisão envolvem a participação da sociedade por meio de conselhos; no outro há uma instância técnica da qual o conselho faz parte e opina, porém, não decide⁷⁷¹.

Tal dualidade parece nos indicar que, quando universalizada e alcançada pela parcela negra e pobre, a cidadania parece perder valor e *status*, gerando quase que automaticamente uma reação e um reajuste da dimensão racializada que é naturalizada nas políticas públicas. Afinal, como bem nos lembra Thula Pires, é a naturalização dessas hierarquias, “do não reconhecimento do sistema de privilégios que ela engendra e da conseqüente negação/cegueira quanto à sua existência”, que garante o seu sucesso e “isenta de responsabilidade política aqueles que se beneficiam de uma condição privilegiada”⁷⁷². Não obstante, Menicucci ressalta que a cobertura dos planos de saúde tem relação direta com o rendimento das pessoas, já que sua concentração está na faixa daqueles que ganham mais de cinco salários-mínimos. O acesso, entretanto, não tem a ver com a aquisição de planos no mercado, mas com a inserção privilegiada no mercado de trabalho, que garante o alcance a planos de saúde coletivos, mantendo a inserção corporativa⁷⁷³. Com isso, está posta uma nova divisão entre (i) trabalhadores formais e autônomos que podem pagar por planos privados; e (ii) trabalhadores informais, desempregados, e indivíduos autônomos provenientes das classes menos abastadas, que configuram os usuários

⁷⁷¹ Menicucci. 2014, p.84.

⁷⁷² Pires, Thula. “Por um constitucionalismo ladino-amefricano”. In: Bernardino-Costa, Joaze; Maldonado-Torres, Nelson; Grosfoguel, Ramón (org.). *Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019, p.297.

⁷⁷³ *Idem*.

correntes do SUS. Assim, a divisão social que permanece junto ao SUS parece atualizar a conflitiva subjetividade pós-colonial brasileira: o SUS deixa de ser universal na prática para se tornar uma forma de assistência exclusiva à parcela pobre da população, que não pode arcar com os custos de um plano privado de saúde.

Não é novidade, no entanto, que os processos constitucionais tenham reproduzido uma incorporação errática das práticas liberais. Para citar novamente Pires, isto tem se dado, porque, ocupados em nos adequar à lógica liberal europeia, terminamos “preocupados com as estruturas do Antigo Regime” deixando “intactas as estruturas e práticas coloniais”⁷⁷⁴. Assim, o alcance tardio do Estado de Direitos liberal não logrou diminuir a lacuna espaço-temporal que separam o Brasil pós-colonial do mundo desenvolvido. Quando finalmente se alcança uma nova normatividade modernizante, que visa alterar a correlação de forças aproximando as parcelas populacionais pobre e negra das políticas de saúde, verificamos a plena operação do policiamento de seu acesso ao conjunto de direitos que caracterizavam o Estado liberal. Longe de ser apenas um fardo cultural-colonial brasileiro, este policiamento possui ligações diretas com a forma na qual o sistema internacional tem se estruturado e a agenda da Saúde Global é desenhada. Não surpreende, portanto, que a consagração constitucional da população brasileira como um conjunto de sujeitos cidadãos e autônomos em sua totalidade fora viabilizada apenas quando, no Norte do globo, o sujeito e o Estado de Direitos já se transformavam e se adaptavam a uma nova subjetividade, de caráter neoliberal.

Sobre o surgimento da arte de governo neoliberal, Foucault afirma que esta visou estabelecer uma ordem social economicamente regulada pela concorrência na economia de mercado, cuja força motriz é justamente a redução da responsabilidade do Estado nas pautas de seguridade social. A transformação de uma arte de governo liberal para uma arte de governo neoliberal, seria assim, característica da adoção de políticas liberais ainda mais restritivas da ação do Estado na sociedade, que desde a segunda metade do século XX já se consolidavam pela Europa e Estados Unidos. Ao sujeito supostamente “*autônomo*”, agora representado pelos usuários do SUS, resta um conjunto de iniciativas de seguridade social que atende a uma agenda

⁷⁷⁴ Pires, Thula. *Ibid.* 2019, p.290.

liberal de direitos, mas que passa a ser considerada ultrapassada e onerosa pelo capitalismo global, especialmente quando se refere aos cidadãos localizados no Sul do globo. Por sua vez, o sujeito dos planos privados de saúde tem visto seus direitos se manifestando por meio de uma aplicação “econômica”⁷⁷⁵, em que o plano de saúde é também visto como sinônimo de prosperidade, alcançada graças ao mérito individual. Como nos lembra Foucault, o homem econômico (ou *homo oeconomicus*) torna-se o homem da empresa e da produção⁷⁷⁶, sendo ele mesmo seu próprio produtor e capital: a fonte primária não apenas de seus lucros, mas também o responsável pelos recursos disponíveis para a garantia e manutenção de sua vida.

Em outras palavras, para o sujeito que emerge em meio à governança neoliberal, vender, produzir e consumir torna-se um investimento em si mesmo, em busca da própria satisfação⁷⁷⁷. Como nos explica Wendy Brown, o homem econômico neoliberal é regido de modo que “a competição, e não a troca, estrutura a relação entre capitais, e a valorização do capital pelo investimento estrutura a relação de qualquer entidade de capital consigo mesma”⁷⁷⁸. Assim, se na arte de governo liberal a responsabilidade individual é mobilizada com o objetivo de autogerir o conjunto da população a partir das regras e normas de um mercado de trocas; na arte de governo neoliberal, a transmutação permite que o indivíduo aja de acordo com as regras da concorrência, em uma lógica que o torna empreendedor de si mesmo. Neste sentido, Foucault argumenta que, com a virada neoliberal, uma política social com objetivos igualitários passa a ser compreendida como uma política antieconômica. Ou seja, a desigualdade torna-se um elemento *necessário e regulador*, que força a entrada em vigor de uma sociedade sujeita à dinâmica da competição⁷⁷⁹, fazendo com que a sociedade como um todo já não seja mais obrigada a diminuir seus riscos individuais e/ou coletivos em prol de um bem-estar comum. Nesta nova gramática, a política social só passa a ser aceita quando serve de instrumento para uma capitalização generalizada, quando seu objetivo final é apenas o crescimento econômico. O crescimento econômico passa a ser compreendido, então, como o único meio pelo qual os indivíduos podem alcançar

⁷⁷⁵ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics. Ibid*, 2008, p.168.

⁷⁷⁶ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics. Ibid*, 2008, p.147.

⁷⁷⁷ Brown, Wendy. *Undoing the demos: neoliberalism's stealth revolution*. 1st edition. New York: Zone Books, 2015, p.81.

⁷⁷⁸ *Idem. Tradução livre realizada pela autora.*

⁷⁷⁹ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics. Ibid*, 2008, p.147.

um nível de renda que lhes confira alguma segurança individual⁷⁸⁰, ainda que seu resultado seja nenhuma segurança institucional.

Contudo, a sobreposição de modos distintos de se conceber a população e a sua função cidadã não se dá ausente de resistências. A defesa do direito à saúde engendrada pelo movimento sanitarista brasileiro serviu, ao longo das décadas de 1990 e 2000, como uma espécie de renegociação do acesso ao Estado de Direitos liberal, que nunca estivera realmente disponível para as ex-colônias. Assim, à medida em que a institucionalização do SUS avançava, a intensificação das disputas por direitos se tornava cada vez mais notória. Sendo as políticas para tratamento do HIV/Aids um exemplo decisivo da constituição de uma percepção individual e coletiva de um “direito a ter direitos” que desafia o isolamento do *homo oeconomicus*, veremos nas seções a seguir como elas se tornaram propulsoras da cooperação internacional brasileira em saúde nos momentos finais da década de 1990 – o que permitiria, posteriormente, sua consolidação nos anos 2000 como uma política pública de referência para outros países em desenvolvimento no Sul Global.

6.1.1 SUS em ação: o direito a ter direitos no tratamento do HIV/Aids

As políticas de combate ao HIV/Aids no Brasil têm início em decorrência do forte envolvimento de movimentos sociais, liderados por entidades de defesa dos direitos dos pacientes, apoiadas pela classe médica e pela academia. Desde os anos finais da década de 1980, o governo brasileiro tem sido pressionado a garantir o acesso às novas classes de medicamentos antirretrovirais (ARV), cujos custos elevados impossibilitam a sua comercialização em território brasileiro e o seu acesso por portadores do vírus de baixa renda. Criados em 1990, os ARV significaram um prolongamento do tempo de vida dos infectados e a possibilidade de controle da doença, que à época já havia se transformado em uma pandemia. Tendo surgido a partir da tecnologia desenvolvida nas empresas farmacêuticas de países desenvolvidos, os ARVs também colocaram em evidência as relações de poder na saúde global, além de possibilitar o surgimento de propostas concorrentes de terapia antiaids⁷⁸¹.

⁷⁸⁰ Foucault, M. *The Birth of Biopolitics. Ibid*, 2008, p.144.

⁷⁸¹ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *AIDS, Antiretrovirals, Brazil and the International Politics of Global Health, 1996–2008*. Social History of Medicine. Oxford University Press: doi:10.1093/shm/hkz044So, 2019, p.1.

Em resposta às pressões da sociedade, desde 1988 o Ministério da Saúde adquiria medicamentos contra infecções relacionadas à AIDS, e em 1993, o MS adquiriria também o medicamento AZT (Zidovudina), eficaz para retardar a fase aguda da doença e reduzir a transmissão de mãe para filho. A partir dessa aquisição, as empresas brasileiras passaram a produzir o medicamento localmente e a custos reduzidos, o que levou ao protesto de empresas farmacêuticas transnacionais, apesar de não haver, àquela época, patentes que protegessem o medicamento no Brasil⁷⁸². Assim, para Cueto e Lopes, a possibilidade de tratamento da doença dava início a uma nova rodada de debates nos países em desenvolvimento, relacionando temas como desenvolvimento, cidadania e leis neoliberais de propriedade intelectual sobre os medicamentos⁷⁸³.

Dentre as demonstrações claras do escopo e da relevância das redes transnacionais estabelecidas pela comunidade brasileira de especialistas em saúde, estiveram a sua participação ativa em debates dentro de organizações internacionais e intergovernamentais, bem como seu envolvimento nas negociações do TRIPS. O TRIPS dificultava a ampliação do acesso aos medicamentos e ao tratamento do HIV/Aids via administração de antirretrovirais, tornando a reação brasileira ao acordo um episódio fundamental na garantia dos direitos à saúde e à vida da população em meio à pandemia. O acordo, que entrou em vigor em 1995 no âmbito da OMC, obrigava países-membros da organização a adotar, até o ano de 2005, padrões mais rigorosos de proteção patentária. De acordo com Cueto e Lopes, além de proteger as patentes de medicamentos em todo o mundo por períodos de 20 anos, independentemente da origem nacional, o TRIPS se revelou um esforço global de empresas farmacêuticas para controlar os mercados promissores dos países em desenvolvimento, que possuíam pouca legislação que garantisse a proteção internacional de patentes⁷⁸⁴. Como ressaltado por André de Mello e Souza, a consequência direta do acordo seria o encarecimento do acesso às inovações tecnológicas e farmacêuticas, ameaçando as políticas de saúde pública nos países em desenvolvimento⁷⁸⁵. Considerado por Mello e Souza uma ruptura radical na

⁷⁸² Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 3.

⁷⁸³ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 1.

⁷⁸⁴ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 3.

⁷⁸⁵ Mello e Souza, A. *Texto para Discussão (TD) 1615: O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS): implicações e possibilidades para a saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, maio de 2011, p.5.

maneira como os direitos de propriedade intelectual eram tratados globalmente, o TRIPS determinava, ao menos no curto prazo, uma transferência significativa de recursos dos países em desenvolvimento para países desenvolvidos, onde grande parte das tecnologias consumidas no mundo são produzidas⁷⁸⁶.

Não obstante, em 1996 uma nova classe de ARV surgiria, combinando as terapias antiaids utilizadas até então com inibidores de protease que reduzem o HIV a níveis indetectáveis, inaugurando o que se convencionou chamar de “HAART” (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – em português, terapia antirretroviral altamente ativa). A nova classe de medicamentos gerava, portanto, uma mudança na abordagem global da doença, que passava da prevenção por meio do uso de preservativos, para o tratamento. O desafio que se colocava, no entanto, era outro: o novo tratamento significava gastos de mais de US\$ 12.000 por pessoa ao ano⁷⁸⁷, tornando-se impraticável nos países em desenvolvimento. No mesmo ano de 1996, uma nova lei seria aprovada pelo governo brasileiro do então presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a lei nº 9.313, que garantia o acesso gratuito aos ARVs e a cobertura dos custos do tratamento pelo SUS. Entretanto, esta lei se chocaria com uma outra, aprovada também naquele ano: a Lei nº 9.279 de Propriedade Intelectual, que protegia as patentes de empresas farmacêuticas transnacionais e limitava a produção de versões mais baratas dos medicamentos pelos laboratórios locais, alinhando o país às medidas recomendadas pelo TRIPS, nove anos antes do fim do prazo de adaptação estabelecido pelo acordo⁷⁸⁸. Para Mello e Souza, a aprovação da Lei de Propriedade Intelectual foi uma forma de responder às pressões dos Estados Unidos, que, desde 1988, tentavam forçar o Brasil a reconhecer essas patentes, impondo inclusive tarifas retaliatórias nas importações brasileiras de produtos farmacêuticos, eletrônicos e de celulose. A partir da nova lei, produtos comercializados antes da sua entrada em vigor se tornaram inelegíveis ao patenteamento no Brasil, permitindo assim, que ao menos dez medicamentos antirretrovirais pudessem ser legalmente reproduzidos no país⁷⁸⁹.

⁷⁸⁶ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.8.

⁷⁸⁷ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem.*

⁷⁸⁸ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem.*

⁷⁸⁹ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.10.

Contudo, as rápidas concessões feitas à indústria farmacêutica internacional, a constante alta nos preços dos medicamentos, e a intensa renovação tecnológica dos ARV levariam o país a comprometer, já em 1997, quase metade dos gastos do programa brasileiro de AIDS com a importação de ARVs⁷⁹⁰. Os altos custos com a importação de ARVs levaram o governo a produzir localmente alguns dos remédios necessários ao coquetel de tratamento, concentrando a produção brasileira em medicamentos cujas patentes já estavam vencidas, de modo a garantir a legalidade de tal atividade produtiva⁷⁹¹. A medida caminhava na direção contrária do que se aconselhava internacionalmente. Muito em razão da luta sanitária e dos movimentos sociais pelos direitos dos portadores do vírus, a estratégia brasileira visava garantir medicamentos a todos, o que obrigava a sustentação de seu programa em grande parte no barateamento dos medicamentos com a produção de versões genéricas em território nacional. Dessa forma, a capacitação de laboratórios farmacêuticos públicos tornava-se uma necessidade cada vez mais urgente para o barateamento dos medicamentos, sendo este também um período de fortalecimento do Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz, no Rio de Janeiro⁷⁹². Assim, Farmanguinhos produziria seu primeiro ARV genérico a partir de 1998, e em 2000 alcançaria a produção de quatro dos dezesseis ARVs utilizados no tratamento da aids no Brasil⁷⁹³.

A produção nacional de ARVs se tornaria um fator contencioso em decorrência da dualidade no enfrentamento da doença, seja pela resistência de médicos e ativistas que percebiam a saúde como um direito, seja pelas pressões do capital neoliberal que a compreende como uma mercadoria. Neste sentido, Cueto e Lopes ressaltam que as empresas farmacêuticas transnacionais viam as versões genéricas de seus medicamentos como um desafio ao sistema de patentes estabelecido pela OMC, já que não estavam dispostas a perder a fatia do mercado brasileiro, um dos maiores mercados de ARVs do mundo em desenvolvimento, e muito menos estabelecer precedentes para a sua produção em outros países ou alimentar campanhas nacionais pela redução dos preços dos ARV. Somado a isso, em 1998 a cobertura

⁷⁹⁰ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.9.

⁷⁹¹ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 4.

⁷⁹² Mello e Souza, A. *Idem.*

⁷⁹³ Laurindo-Teodorescu, Lindinalva; e Teixeira, Paulo Roberto. *Histórias da Aids no Brasil, volume I: as respostas governamentais à epidemia de Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p.431.

do tratamento para a AIDS se tornava obrigatória também para as seguradoras privadas de saúde no Brasil⁷⁹⁴.

Como afirmam Cueto e Lopes, foi, portanto, após um intenso processo de *advocacy* liderado pelo Brasil, que as negociações dos países em desenvolvimento com empresas farmacêuticas passaram a ser pautadas (i) pela ameaça da licença compulsória, uma prática admitida pelo art. 31 do TRIPS, que permite a fabricação de medicamentos sem o consentimento do patenteador, desde que mediante o pagamento de uma taxa nominal de royalties e sob a condição de que o medicamento produzido abasteça apenas o mercado doméstico desse país; e (ii) pela importação paralela de medicamentos genéricos fabricados por outros países, também sem a permissão do detentor da patente⁷⁹⁵. Essa forma de negociar quase sempre alcançava a redução dos preços, evitando, portanto, a produção nacional ou a importação de ARV concorrentes⁷⁹⁶. Assim,

os resultados da combinação de uma política de saúde esclarecida e ativismo na saúde foram sentidos nos anos seguintes. Em junho de 1998, 58.000 brasileiros estavam em HAART, e o custo dos ARVs era cerca de um terço do preço nos EUA. Entre 1996 e 2000, foram observadas reduções significativas na taxa de mortalidade por AIDS e transmissão de mãe para filho, e a sobrevivência de pacientes com AIDS melhorou dramaticamente. Além disso, alguns dos cuidados hospitalares mais caros foram substituídos por cuidados ambulatoriais, com economia no orçamento da saúde no Brasil. Em 2002, o Brasil registrou cerca da metade do número de infecções por HIV previstas pelo Banco Mundial em 1992 (segundo o Banco, 1,2 milhão de brasileiros seriam infectados pelo HIV em 2000). Isso significou uma taxa de prevalência inferior a um por cento de sua população; um indicador notável para um país em desenvolvimento na época⁷⁹⁷.

O sucesso brasileiro nas negociações tem sido relatado na literatura como fruto de uma abordagem que verificou no investimento em laboratórios públicos e no aumento do seu alcance a fornecedores de princípios ativos, uma economia

⁷⁹⁴ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem*.

⁷⁹⁵ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem*.

⁷⁹⁶ Cueto e Lopes contam que “o Brasil reforçou sua posição exigindo a aprovação obrigatória de medicamentos pela agência reguladora de saúde do país. No início de 2001, o presidente dos EUA, Bill Clinton, apresentou uma queixa na OMC acusando o Brasil de discriminação contra empresas estrangeiras. Clinton se curvou à pressão nessa queixa porque tinha laços estreitos com o poderoso lobby, Podesta Associates, que também pressionou o PHARMA, um acrônimo para Pesquisa Farmacêutica e Fabricantes da América, que reunia as maiores empresas de medicina americanas. Assim, os brasileiros acreditavam que a denúncia realmente decorreu da regulamentação do país de empresas farmacêuticas transnacionais. Um governo encorajado respondeu ameaçando anular as patentes de dois importantes medicamentos anti-Aids, Efavirenz e Nelfinavir (produzido pela Merck e Roche)”. Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 4. *Tradução livre realizada pela autora.*

⁷⁹⁷ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 5. *Tradução livre realizada pela autora.*

substantiva dos gastos públicos. Mello e Souza destaca que até 2001, o preço dos medicamentos cairia em média, em 81%, estimulando não apenas o enfraquecimento do monopólio farmacêutico, mas também a concorrência entre fornecedores de princípios ativos de antirretrovirais, reduzindo seus preços no mercado mundial e beneficiando, paralelamente, compradores de outros países⁷⁹⁸. Assim, “os gastos do Ministério da Saúde com terapias antirretrovirais declinaram de US\$ 336 milhões em 1999 para US\$ 167 milhões em 2002 apesar do aumento considerável do número de pacientes tratados, de 79.245 para 119.500”⁷⁹⁹. Entretanto, para que as negociações de fato sejam produtivas e sustentáveis, é preciso garantir que o país terá os recursos e os insumos necessários para a produção de novos medicamentos, o que atrela o sucesso da iniciativa à capacidade de investimento do governo federal na indústria farmacêutica brasileira, sobretudo, nos laboratórios públicos. Sendo uma doença incurável, cujo tratamento por vezes leva à administração de coquetéis de remédios que precisam ser trocados de tempos em tempos, o HIV/Aids se coloca como um desafio para o planejamento político de ações de controle. Por sua vez, dado o esgarçamento das negociações, a estratégia do blefe sobre a produção de medicamentos, que comumente vinha acompanhada da ameaça do licenciamento compulsório, não mais se sustentava sem a posse dos recursos necessários para tocar a produção. Assim,

conquanto em 2000 cerca de metade do total de antirretrovirais comprados pelo ministério era produzida no país, em 2007 os genéricos dos laboratórios públicos representavam somente 20% dessas compras (MILWARD DE AZEVEDO MEINERS, 2008, p. 1.474). Como resultado, os custos de tratamento da AIDS no Brasil aumentaram significativamente desde 2003, superando a expansão no número de pacientes tratados. Em 2006, o gasto com antirretrovirais representava 80% dos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos⁸⁰⁰.

O papel dos medicamentos na vida dos portadores de HIV reacendeu o debate sobre bens públicos inalienáveis e o seu acesso nas populações mais pobres e em países em desenvolvimento. Internacionalmente, esta foi uma pauta que ganhou relevância entre ONGs e organizações da sociedade civil em diversos países, o que pode oferecer suporte às demandas da sociedade civil brasileira. Entretanto, apesar do consenso global em torno da importância dos ARV na garantia da vida dos

⁷⁹⁸ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.11.

⁷⁹⁹ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.15.

⁸⁰⁰ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.16.

portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida, até o início do século XXI o Banco Mundial se oporia à universalização do tratamento antirretroviral em países em desenvolvimento, sob a justificativa de que esta seria inviável do ponto de vista técnico e de custo-benefício⁸⁰¹. Nessa mesma linha, as recomendações do Banco e da OMS eram de que os países concentrassem suas prioridades exclusivamente na elaboração de estratégias de vigilância e prevenção, vedando a utilização dos repasses internacionais em atividades cuja finalidade fosse o tratamento dos pacientes⁸⁰².

Desde o início da epidemia de aids até o final do ano de 2018, foram notificados no Brasil 338.905 óbitos pela doença. Do total de óbitos registrados no período, 70,5% ocorreram entre homens e 29,5% entre mulheres⁸⁰³. A reação brasileira e o sucesso na produção de medicamentos ARV genéricos, bem como a redução do número de casos previstos até 2002, fez com que o Brasil passasse a ser retratado internacionalmente como um país capaz de responder à doença, e, portanto, “mais desenvolvido” do que outros países que também enfrentam uma dura epidemia de HIV/Aids. Se o Brasil lograva renegociar a própria posição no ranking do desenvolvimento, isso também implicava a aquisição de novos custos, equivalentes à posição intermediária de país “emergente” ou “de renda média” que lhe era atribuída. Consequentemente, isto possibilitava aos países desenvolvidos a promoção de um rearranjo nos preços praticados pelas empresas farmacêuticas nessas economias: enquanto nos países mais pobres os preços dos ARV entravam em declínio, no Brasil eles enfrentavam novas altas, voltando a se tornar mais variáveis⁸⁰⁴. Assim, como lembram Cueto e Lopes, “a tragédia do sucesso do Brasil foi que seu Programa foi seletivamente cooptado”⁸⁰⁵, já que o país “se viu na armadilha de ser celebrado como uma economia emergente de renda média como China, Índia e Rússia, mas ainda sem recursos suficientes para sustentar seus desenvolvimentos sociais e médicos”⁸⁰⁶.

⁸⁰¹ World Bank. *Confronting Aids. Public Priorities in a Global Epidemic*. Washington: Oxford University Press, 1997, pp.151, 178, 181.

⁸⁰² Laurindo-Teodorescu, L.; e Teixeira, P. R. *Histórias da Aids no Brasil... Ibid.*, 2015, p.439.

⁸⁰³ Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de HIV e Aids. Boletim Epidemiológico Especial*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial | dez. 2019, p.30.

⁸⁰⁴ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 17.

⁸⁰⁵ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 21. *Tradução livre realizada pela autora.*

⁸⁰⁶ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 17. *Tradução livre realizada pela autora.*

O enfraquecimento da política de HIV/Aids no Brasil se daria não apenas a partir do argumento das empresas farmacêuticas de que os medicamentos genéricos eram produzidos com pouca prevenção e estudos, quando em comparação com aqueles produzidos “originalmente” nos laboratórios do mundo desenvolvido, mas também devido à suposição nacional de que apenas a promoção de medicamentos genéricos seria suficiente para reduzir seus preços. Afinal, a incapacidade brasileira de produzir os princípios ativos dos ARVs também reduziria as possibilidades de licenciamento compulsório e esgarçariam as negociações, já que, a partir da plena vigência do TRIPS em 2005, a importação desses insumos passaria a ser dificultada⁸⁰⁷.

Diversos episódios de negociações testaram, assim, a capacidade do mundo em desenvolvimento de produzir medicamentos e/ou arcar com os novos custos de importação dos ARV. Na liderança das discussões sobre os impactos da proteção da propriedade intelectual sobre a saúde pública e o acesso a medicamentos, e agora sob a administração do governo de Lula da Silva (2003-2010), o Brasil defendia nos foros internacionais a inserção imediata de medicamentos genéricos no mercado após o término do prazo da patente, aperfeiçoando o processo de concessão de patentes aos países em desenvolvimento⁸⁰⁸. A abordagem brasileira associava a propriedade intelectual não apenas ao comércio, mas também à saúde pública e aos direitos humanos, reforçando o argumento de que era necessário flexibilizar o TRIPS.

Em 2004, o MS do Brasil, por meio de sua Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde (Aisa/MS) e do seu Programa Nacional de DST/Aids, lançaria uma iniciativa de cooperação internacional, em apoio ao acesso universal ao tratamento antirretroviral para sete países que ainda possuíam epidemias incipientes, a saber: Bolívia, Cabo Verde, Guiné Bissau, Nicarágua, Paraguai, São Tomé e Príncipe e Timor Leste. A iniciativa, chamada à época de “Brasil +7”, visava contribuir com doações de medicamentos antirretrovirais, realizadas pelo Brasil. Após a aderência de outras agências da ONU – como Unicef, Unaid, Unfpa, Unesco e o então recém-

⁸⁰⁷ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.16.

⁸⁰⁸ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.24.

criado Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/Aids (CICT)⁸⁰⁹ –, a parceria passou a oferecer apoio técnico e financeiro com foco especial em mulheres grávidas, adolescentes e crianças. A cooperação centrava-se no fornecimento de informações acerca dos direitos sobre prevenção, testagem e tratamento do HIV/Aids, de modo a assegurar o acesso dessas populações aos serviços de saúde disponíveis. A iniciativa também vislumbrava a mobilização das parcelas mais jovens da sociedade civil, com o objetivo de diminuir o preconceito associado à doença e aumentar a eficácia das ações de educação sexual e prevenção ativa. Assim, em 2005 a perspectiva da cooperação mudaria de um enfoque bilateral para uma abordagem mais ampla, focada na aliança multilateral, e passaria a se chamar “Rede Laços Sul-Sul”⁸¹⁰.

Não obstante, em 2005 o governo brasileiro também daria início às negociações do ARV ‘Kaletra’, que custava à época 30% do orçamento do MS⁸¹¹. No entanto, as negociações foram barradas por ameaças da Federação Internacional de Fabricantes e Associações Farmacêuticas e da Câmara de Comércio dos EUA, incluindo a possibilidade de sanções econômicas por parte do governo dos EUA. O Brasil afirmava que era possível produzir em Farmanguinhos uma versão nacional do medicamento por metade do preço praticado pelos laboratórios Abbott. Porém, o contencioso seria resolvido em um acordo entre o governo brasileiro e a Abbott, que reduziria o preço do ARV em 46% mediante a proibição explícita do licenciamento compulsório brasileiro⁸¹².

As barreiras nas negociações se mostrariam com mais força ainda entre 2006 e 2007, quando a Tailândia optaria por também licenciar compulsoriamente os ARVs Efavirenz e Kaletra, fabricado pelos laboratórios Abbot, Merck e Sanofi-Aventis. A resposta viria com a retirada, em 2007, dos pedidos tailandeses pela importação

⁸⁰⁹ O CICT foi criado em 2005, a partir de uma iniciativa conjunta do governo brasileiro e da UNAIDS para coordenar as respostas à epidemia de HIV/Aids por meio da Cooperação Sul-Sul, de modo a ampliar e criar capacidades técnicas locais para a implantação de programas nacionais de resposta à epidemia de aids. Ver ABC. *Cooperação Técnica Brasileira em Saúde*. Brasília: Publicação da Agência Brasileira de Cooperação, ViaABC. 2007, p. 14. Disponível em <http://www.abc.gov.br/intranet/Sistemas_ABC/siteabc/documentos/viaABC-baixa.pdf>. Acessado em julho de 2020.

⁸¹⁰ UNICEF. *Rede Laços Sul-Sul*. Brasília: agosto de 2016. Disponível em <<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/rede-lacos-sul-sul>>. Acessado em julho de 2020.

⁸¹¹ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 18.

⁸¹² Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem.*

de sete medicamentos, e com a inserção da Tailândia na Lista de Observação Prioritária do Escritório da Câmara de Comércio dos Estados Unidos (em inglês, ‘*Office of the US Trade Representative – USTR*’)⁸¹³. Para Cueto e Lopes, o aviso não foi percebido pelo governo brasileiro. Após esses acontecimentos, o Brasil optou por anular a patente do Efavirenz, quebrando efetivamente, pela primeira vez na história, a patente de um medicamento. A decisão é vista pelos autores como uma tentativa de recuperar a liderança internacional brasileira no combate à Aids⁸¹⁴.

Por sua vez, as ameaças de retaliação não se concretizariam contra o Brasil, em decorrência do peso comercial que o país representa. O mesmo, no entanto, não aconteceria em países cujo potencial de mercado são menores, ou onde há um alto poder de influência dos Estados Unidos. Assim,

quando teve a licença compulsória, a Merck ameaçou fechar a fábrica no Brasil, mas não fechou. E não vão fechar uma fábrica em um país de mais de 210 milhões de habitantes, porque não vão achar esse potencial em nenhum outro lugar do mundo. Agora, houve retaliação com países pequenos. Eu vou citar dois exemplos aqui. Há muitos anos, a Costa Rica quis emitir uma licença compulsória de um produto norte-americano. O que os Estados Unidos falaram para eles? A Costa Rica é o maior produtor mundial de orquídeas e a maioria das orquídeas são exportadas para os Estados Unidos. Então eles falaram, “*olha, se vocês emitem a licença compulsória, nós vamos parar a exportação de orquídeas*”. Então a retaliação se dá em outras áreas. Em outro caso muito claro, que nós analisamos muito quando passou o Painel de Alto Nível das Nações Unidas para o Acesso aos medicamentos, foi o caso da Colômbia com o Imatinib. A Colômbia estava estudando as medidas para emitir uma licença compulsória para o Imatinib, que é um medicamento usado para o combate da leucemia juvenil. O que que os Estados Unidos fizeram? E isso está documentado em carta, em correspondências. Os Estados Unidos ameaçaram retirar o dinheiro que eles estavam colocando para que a Colômbia assinasse o acordo de paz com a guerrilha, com as FARC, se eles emitissem uma licença compulsória. E naquele momento, o que mais o povo da Colômbia aspirava era que assinasse o acordo de paz com as FARC. Então ameaça com uma coisa que não tem nada a ver. Por isso no relatório do Painel de Alto Nível está colocado muito claramente que o governo e o setor privado devem se abster de qualquer ameaça, porque a licença compulsória é um direito que os países têm. Eles assinaram. E o país que mais licenças compulsórias tem, não na área de medicamentos, mas em outras, é os Estados Unidos. Na área de informática você tem uma série de brigas de licenças compulsórias e patentes. (...) Então retaliação você pode ter, mas é difícil retaliar o Brasil. Porque o Brasil é um país grande e um país que responde à altura, pelo menos respondia, não sei agora. A diplomacia brasileira até um tempo atrás era exemplo para o mundo, em termos de neutralidade, em termos de poder negociar, de poder apoiar⁸¹⁵.

⁸¹³ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem*.

⁸¹⁴ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem*.

⁸¹⁵ Entrevista 8, concedida à autora. Rio de Janeiro, 25 set. 2020.

Coordenada com o aval do presidente Lula durante a gestão do então ministro da saúde e médico sanitário, José Gomes Temporão (2007-2011), a quebra da patente teria ocorrido após diversas tentativas de negociações que não lograram uma redução satisfatória no preço praticado no Brasil. O Efavirenz, que era utilizado à época por 75.000 brasileiros⁸¹⁶, foi comercializado com o Brasil a custo de USD 1,50 por comprimido, enquanto o mesmo medicamento era comercializado na Ásia por USD 0,50 o comprimido⁸¹⁷. Para Cueto e Lopes, a decisão fora surpreendente, pois até então o Brasil apenas tinha feito ameaças. Assim o *status* de país subdesenvolvido voltaria a ser questionado, já que “depois que a decisão foi tomada, a Merck reclamou que, ao contrário de outros países mais pobres, o Brasil tinha capacidade para pagar remédios contra a Aids”⁸¹⁸.

A licença compulsória brasileira garantiu uma remuneração à Merck de 1,5% sobre o gasto com a importação do similar indiano a título de royalties⁸¹⁹. No entanto, passada a quebra da patente, Mello e Souza aponta outra dificuldade enfrentada pelo governo brasileiro: a produção doméstica do Efavirenz atrasaria em oito meses, já que seu princípio ativo, inicialmente produzido por um consórcio privado entre os laboratórios Nortec, Cristália e Globe, só pôde ser disponibilizado por Farmanguinhos a partir de 2009. Somado ao atraso, o preço final do medicamento acabou chegando a uma cifra superior àquela praticada quando da sua importação da Índia, “evidenciando a falta de investimentos na capacitação tecnológica do setor farmacêutico brasileiro”⁸²⁰. Ao mesmo tempo, as ações brasileiras despertavam preocupações do presidente da Câmara de Comércio dos Estados Unidos, Mark Smith. Em declaração, Smith ameaçava: “para economizar potencialmente US\$ 30 milhões com a quebra de uma patente, o Brasil pode estar colocando em jogo US\$ 3,5 bilhões”⁸²¹. A declaração era um aviso sobre a possível retirada do Brasil do Sistema Geral de Preferências, o programa de benefícios fiscais às exportações brasileiras para os Estados Unidos. Como bem sintetizam Cueto e Lopes,

⁸¹⁶ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Idem*.

⁸¹⁷ Valores retirados de declaração concedida pelo ministro Temporão ao documentário “*Carta para além dos muros*”. Direção de André Canto. Brasil: Canto Produções e Ítaca, 2019. (1h33min.).

⁸¹⁸ Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 19. *Tradução livre realizada pela autora*.

⁸¹⁹ Mello e Souza, A. *Ibid.* 2011, p.17.

⁸²⁰ Mello e Souza, A. *Idem*.

⁸²¹ Folha de São Paulo. “*Brasil se igualou à junta militar da Tailândia*”. Washington: Sérgio D’ávila, 06 de maio de 2007.

a obliteração do programa brasileiro de AIDS foi fundamental para um retorno com uma vingança do significado tradicional da marca registrada de medicamentos ARV e a proteção total das marcas farmacêuticas previstas pela OMC, quando foi criada em 1994. Também significava reforçar o controle sobre os governos dos países em desenvolvimento, um retorno total a um duplo padrão assimétrico de tratamento do HIV no mundo e a restauração de formas sutis do imperialismo dos EUA nos países acima, como o Brasil, que ousou desafiar um componente essencial do neoliberalismo: monopólios sobre propriedades intelectuais privadas. Além disso, o respeito a essa e outras regras neoliberais foi apresentado como a única alternativa para esses países. Essas forças imperiais e comerciais finalmente conseguiram encurralar os governos brasileiros e o mercado farmacêutico brasileiro. Governos de todo o mundo adotaram, ou temiam, as regras rígidas sobre patentes impostas de cima. O conceito de livre acesso aos ARVs, que no final dos anos 90 passou a representar o lema do ativista de que “vidas importam mais que lucros” caiu após 2008. Muitos medicamentos nos países em desenvolvimento voltaram a ser o que a maioria dos medicamentos proprietários haviam sido nos países desenvolvidos durante do século XX, mercadorias e, eventualmente, parte de doações de caridade para os muito pobres. Ao mesmo tempo, o ‘Acesso Universal aos ARVs’ tornou-se um ideal distante a ser implementado de forma progressiva e seletiva, sem alterações nos sistemas de saúde pública. Nas sociedades marcadas por graves desigualdades sociais, a criação de um ideal universalista distante, serviu para fornecer a ilusão de que algo foi feito ou seria feito pelas autoridades. Felizmente, é contestada a restauração das empresas farmacêuticas transnacionais e do unilateralismo imperialista que dita as decisões globais de saúde. É uma contestação suscitada pela memória do programa brasileiro que permanece até hoje; uma memória que para ser reinventada requer um estudo de sua história.⁸²².

Neste sentido, algumas tentativas foram empreendidas para integrar a produção industrial e a inovação científica da saúde em uma política pública sólida, no Brasil do final dos anos 2000. Por meio das conexões entre a Fiocruz e o MS, surgia o conceito de complexo econômico-industrial da saúde, cuja ênfase na questão da inovação e do padrão de especialização industrial do país visava diminuir a vulnerabilidade da política nacional de saúde no contexto mundial⁸²³. Posto de outra forma, o complexo industrial da saúde significou uma política pública capaz de articular indústrias de naturezas distintas (como por exemplo, as indústrias de base química, farmacêutica e biotecnológica, de equipamentos e materiais médicos) com a oferta de serviços de saúde (como é o caso do uso dos ventiladores nas unidades de tratamento intensivo)⁸²⁴.

⁸²² Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 22. Tradução livre realizada pela autora.

⁸²³ Gadelha, Carlos Augusto Grabois. *Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política Industrial*. Rev Saúde Pública 40(N Esp). 2006, p.18.

⁸²⁴ Temporão, J. G.; Gadelha, C. A. G. *Brasil não pode ficar de joelhos: vulnerabilidade industrial escancara deficiências*. 19/04/2020. Jornal Folha de São Paulo. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2020/04/tecnologia-em-saude-brasil-nao-pode-ficar-de-joelhos.shtml>>. Acessado em julho de 2020.

Na esteira do novo conceito, em 2008, o MS criaria um Grupo Executivo para o Complexo Industrial da Saúde (GECIS), cujo objetivo era “promover medidas e ações concretas visando à criação e implementação do marco regulatório brasileiro referente à estratégia de desenvolvimento do governo federal para a área da saúde”⁸²⁵, de modo a fortalecer seu complexo produtivo e de inovação em saúde. O GECIS funcionaria como instância política de coordenação, reunindo a representação formal de quatorze órgãos ou entidades do núcleo decisório da política nacional de desenvolvimento (Casa Civil, Ministério da Fazenda e do Planejamento, de Relações Exteriores, MDIC e de Ciência, Tecnologia e Inovação), além de contar com a participação de agências nacionais de fomento e regulação e instituições de CT&I⁸²⁶. Nesse sentido, as tentativas de recentrar a intervenção do Estado e utilizar seu poder de compra como “fator estruturante para superar as condições de dependência e de atraso na produção e na inovação da saúde”⁸²⁷ tiveram lugar, especialmente, a partir da concepção, também em 2008, das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP), durante a gestão Temporão. Segundo Gadelha e Temporão, as PDP serviriam como instrumento do MS para “efetivar o uso do poder de compra para a transformação no sistema produtivo da saúde”⁸²⁸. Assim, seu modelo envolvia a realização de compras centralizadas pelo MS, por meio da encomenda tecnológica

de produtos (normalmente de alto custo e maior complexidade tecnológica), que eram adquiridos no mercado (com grande participação de importações), para estimular a produção local, envolvendo a transferência de tecnologia. A produção local ocorre pelo estabelecimento de uma parceria entre a empresa detentora da tecnologia e uma instituição pública qualificada para atender ao SUS durante o período de absorção tecnológica (sendo a Fiocruz e o Butantan as mais importantes).

Para Gadelha e Temporão, a operacionalização das PDPs tornava possível alterar “estruturalmente o mercado da saúde, pois reduz as práticas monopolistas, mediante uma progressiva presença de instituições públicas (MS e produtores públicos) em

⁸²⁵ Diário Oficial da União. *Anexo - Regimento Interno do GECIS. Capítulo I. Seção 1. Nº 181, quinta-feira, 18 de setembro de 2008.* Disponível em <<http://www.fiocruz.br/vppis/imagens/normas/normas%20e%20docs%20-%20portarias%20-%20GECIS%20II.pdf>>. Acessado em julho de 2020.

⁸²⁶Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.* Ciência & Saúde Coletiva, 23(6), 2018, p.1896.

⁸²⁷Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde... Idem.*

⁸²⁸Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde... Ibid.* 2018, p.1897.

seu direcionamento”, configurando um processo que, diferentemente das parcerias público-privadas, envolve a maior participação do Estado e de suas instituições públicas produtoras “em mercados que antes eram apenas privados”⁸²⁹. Não será possível esgotar aqui a extensa literatura que dá conta de pensar os complexos econômico-industriais da saúde, entretanto, nos parece importante ressaltar como essa política influenciou a capacidade estatal na produção dos insumos médicos e terapêuticos, necessários para a universalização do acesso à saúde por uma via que não exclusivamente a dos mercados privados. A partir de 2009/2010, 19 PDPs seriam aprovados e 1 aquisição efetiva seria realizada. No período seguinte, de 2011/2014, 106 projetos seriam aprovados, com 75 aquisições⁸³⁰. Até dezembro de 2017, 114 parcerias seriam aprovadas, 84 estariam em execução, 25 em fase de formalização dos termos de compromisso e 5 em pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Dessas 114, ao menos 96 eram parcerias ativas para a compra de medicamentos, 13 para equipamentos e materiais e produtos para diagnósticos, e 5 para vacinas. Ao menos 18 instituições públicas foram envolvidas como produtoras de parceria tecnológica, contra 42 empresas privadas⁸³¹. De todo modo, os PDPs têm sido vistos como instrumentos relevantes graças à relativa estabilidade nos preços de aquisição de insumos, frente às oscilações do mercado mundial⁸³². Em entrevista para essa pesquisa, o Ministro Temporão reafirma a importância do complexo-industrial da saúde que,

nada mais é que usar o poder de compra do Estado em parcerias entre laboratórios públicos, empresas de capital nacional e multinacionais, para você internalizar a capacidade produtiva de tecnologias consideradas estratégicas do ponto de vista epidemiológico, sanitário, e também de custos, de impacto de custos. E até 2016 nós conseguimos desenvolver cerca de 80 projetos, bastante importantes, que deram uma gigantesca economia de recursos. E muito desses produtos, vários deles já estão sendo produzidos com produção verticalizada, ou seja, com o princípio ativo produzido no Brasil, e essa é uma agenda que foi interrompida no governo Michael Temer, e que tem que estar dentro das prioridades do SUS. Quando a gente discute SUS a gente costuma normalmente discutir financiamento, gestão, qualidade de atendimento, como é que vai organizar a rede... e esquece que uma das dimensões mais importantes de um país com o tamanho do Brasil – com 200 milhões de habitantes e um sistema universal –, ter 90% de dependência de tecnologia produzida fora, quando muitas dessas tecnologias estão sem barreiras de conhecimento, é um absurdo. Você tem que aumentar a nossa capacidade interna. Até porque isso cria emprego, gera riqueza. Nós estamos vivendo um período de rápida

⁸²⁹Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde... Idem.*

⁸³⁰Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde... Idem.*

⁸³¹Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde... Ibid.* 2018, p.1898.

⁸³²Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde... Idem.*

desindustrialização brasileira. A participação da indústria no PIB brasileiro vem despencando. E desde Michael Temer para cá, o Brasil não tem política industrial, pelo contrário, tem uma política de vender tudo na bacia das almas, quer dizer, privatizar tudo. É uma visão... *é um neoliberalismo que já está morto na maior parte do mundo*⁸³³.

6.1.2 Enfrentando o HIV/Aids hoje

De acordo com os dados divulgados pelo Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc), os gastos do Ministério da Saúde com medicamentos passaram de R\$ 9 bilhões em 2008, para R\$ 17 bilhões em 2018. Tendo praticamente dobrado, o aumento em uma década foi proporcionalmente maior do que o incremento no orçamento da pasta recebido no mesmo período, cujos recursos cresceram 41% em termos reais⁸³⁴. Ainda que significativos, os gastos com medicamentos no Brasil estão longe de contemplar toda a população, uma vez que, entre as famílias brasileiras, gasta-se na compra de medicamentos o equivalente a 1,6% do PIB em 2017, contra 0,1% investido pelo governo federal⁸³⁵. Outro estudo, publicado por Vera Lucia Luzia *et. al.*, também nos mostra que 1 em cada 17 domicílios brasileiros (5,3%) relata ter gastos catastróficos em saúde, sendo os medicamentos um dos principais itens responsáveis por gerar essa situação de vulnerabilidade (3,2%)⁸³⁶. Apesar do claro redirecionamento da política externa brasileira para a temática da saúde durante o governo Lula da Silva, a manutenção do programa de universalização do acesso aos medicamentos permanece um desafio.

Quando analisados os dados sobre a evolução do HIV/Aids, é possível perceber que poucos casos têm evoluído para o quadro clínico mais grave da doença, que leva à manifestação da aids. Dados recentes, publicados em 2019 no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, mostram que desde o início da epidemia em 1980 até junho de 2019, foram identificados 966.058 casos de aids no Brasil. Nos últimos cinco anos, o país tem seguido uma média de 39 mil novos casos de

⁸³³ Entrevista 11, concedida à autora. Rio de Janeiro, 05 nov. 2020.

⁸³⁴ INESC. *Em 10 anos, despesas do Ministério da Saúde com medicamentos dobraram*. 04/12/2019. Disponível em <<https://www.inesc.org.br/em-10-anos-despesas-do-ministerio-da-saude-com-medicamentos-dobraram/>>. Acessado em julho de 2020.

⁸³⁵ IBGE. *Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017*. Contas Nacionais n. 71 • ISSN 1415-9813. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_informativo.pdf>. Acessado em julho de 2020.

⁸³⁶ Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, da Silva Dal Pizzol LR, *et al.* *Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil*. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):15s.

aids por ano, com uma diminuição contínua desde 2013, quando marcava 42.934 casos. Em 2018, foram registrados 37.161 casos de aids⁸³⁷. A taxa de detecção da aids também vem caindo, marcando uma tendência de queda de 17,6% nos últimos dez anos. Segundo o boletim, em 2008, a média apresentada era de 21,6 casos por 100.000 habitantes e, em 2018, passou a 17,8 casos a cada 100.000 habitantes⁸³⁸.

Contudo, há pouco o que se comemorar. Se por um lado, a queda nos números de casos de Aids nos revela uma política acertada no controle do vírus, evitando a evolução do HIV para um quadro infeccioso ainda mais grave, por outro lado, é preciso considerar que a sua transmissão não apresenta a mesma tendência, aumentando assim o número de pessoas que dependem dos coquetéis de ARV para prolongarem sua qualidade de vida. Segundo o DataLabe, os jovens nascidos nos anos 1990 já são os mais afetados pelo HIV na história do país. Entre 2007 e 2016, a proporção entre homens e mulheres infectadas mais que duplicou: a cada 10 mulheres que contraíram o vírus, 22 novos homens eram infectados. O crescimento da epidemia foi ainda maior entre jovens na faixa etária de 15 a 29 anos. Se em 2007 a proporção era de 34,1%, em 2016 chegou a 46,8%.⁸³⁹ Após o impeachment da Presidente Dilma Rousseff (2011-2016) em 2016, o estigma voltou a se tornar protagonista no combate à doença, devido à ascensão de pautas religiosas e moralizantes no congresso nacional. O retorno expressivo da moralização e do preconceito em torno da doença reforça a marginalização do portador, aumentando a sua vulnerabilidade à exclusão social e promovendo a intersecção de desigualdades que vão além do acesso ao tratamento com medicamentos, incluindo o acesso à informação, nível de escolaridade, desemprego, gênero, homofobia e transfobia, entre outros. Por sua vez, a educação sexual, que poderia servir como aliada na prevenção do contágio diante do contexto de aumento da transmissão, tem sido atacada por diversas frentes que procuram excluir a escola e a sociedade do debate, centrando a resposta ao HIV/Aids nas famílias, atribuindo-lhes uma responsabilidade exclusiva e descolada do Estado⁸⁴⁰.

⁸³⁷ Brasil. Ministério da Saúde. *Ibid.* 2019, p.15.

⁸³⁸ Brasil. Ministério da Saúde. *Ibid.* 2019, p.16.

⁸³⁹ DataLabe. *Ainda precisamos falar sobre HIV. Jovens nascidos nos anos 1990 já são os mais afetados pelo HIV na história do país.* 01 de dezembro de 2018. Disponível em <<https://datalabe.org/ainda-precisamos-falar-sobre-hiv/>>. Acessado em abril de 2020.

⁸⁴⁰ O projeto Escola sem Homofobia, do programa Brasil sem Homofobia, lançado pelo governo federal durante a administração Lula em 2004, é um exemplo nítido do crescimento do conservadorismo na sociedade. Nas eleições de 2018, o projeto, que era voltado para a formação de

Além disso, quando analisamos a distribuição dos casos de aids por indivíduos, pelo quesito raça/cor, observamos uma queda de 20% na proporção de casos entre pessoas brancas nos últimos dez anos. Neste período de 2008 a 2018, a redução foi de apenas 1% para as pessoas negras (a somatória de pretas e pardas), enquanto houve um aumento considerável de 20,5% para as amarelas, 37,7% para as pardas e 100% para a população indígena. Desde 2009, os casos de aids são relatados como mais prevalentes em mulheres negras, cuja tendência se repete entre homens negros desde 2012. No ano de 2018, 54,8% dos casos ocorriam entre homens negros e 58% entre mulheres negras⁸⁴¹.

Os dados são reveladores: comparando os anos de 2008 e 2018, o boletim aponta queda de 22,2% na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 22,5% na proporção de óbitos de pessoas negras⁸⁴². Isto nos mostra que, não apenas a política de universalização dos ARVs permanece insuficiente (pois não chega a negros e pobres), como a lacuna entre os tratamentos oferecidos para brancos e negros tem aumentado. Em 2018, foram notificados 10.980 óbitos⁸⁴³, que quando distribuídos por raça/cor marcam 59,8% entre negros (45,4% pardos e 14,5% pretos), 39,5% entre brancos, 0,4% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. Dentre os óbitos de negros, a proporção entre mulheres foi superior à observada entre homens: 61,5% e 59,0%, respectivamente⁸⁴⁴.

Diante da característica agora controlável do vírus, é possível atrelar o fenômeno do aumento de casos e de óbitos entre pessoas negras a outros círculos de exclusão que acompanham o HIV. Para além do estigma sexual que acompanha a doença, os indivíduos negros enfrentam o preconceito racial que, historicamente, os diferencia no tratamento recebido nas unidades de atendimento de saúde. Se os indivíduos brancos portadores do vírus possuem mais acesso ao teste, e conseqüentemente, ao

educadores e visava a inclusão de educação sexual nas escolas, foi vítima da criação e circulação de *fake news* a seu respeito. As *fake news* espalharam rumores sobre a inclusão de um suposto “kit gay” a ser distribuído nas escolas públicas, caso o candidato do Partido dos Trabalhadores, Fernando Haddad, ganhasse. A mentira sobre o “kit gay” foi amplamente explorada por Jair Bolsonaro, que saiu vitorioso das eleições. Ver Congresso em Foco. *Kit gay nunca foi distribuído em escola; veja verdades e mentiras*. 11 de janeiro de 2020. Disponível em <<https://congressoemfoco.uol.com.br/educacao/kit-gay-nunca-foi-distribuido-em-escola-veja-verdades-e-mentiras/>>. Acessado em abril de 2020.

⁸⁴¹ Brasil. Ministério da Saúde. *Ibid.* 2019, p.27.

⁸⁴² Brasil. Ministério da Saúde. *Ibid.* 2019, p.31.

⁸⁴³ Brasil. Ministério da Saúde. *Ibid.* 2019, p.28.

⁸⁴⁴ Ministério da Saúde. *Ibid.* 2019, p.31.

tratamento disponibilizado pelo SUS, torna-se natural a diminuição de casos que evoluem para a Aids e que podem levar ao óbito. Assim, o aumento da taxa de óbitos entre negros, sobretudo, entre mulheres negras, tem indicado a ausência não apenas das políticas de saúde, mas também de outras políticas públicas que alcancem essa parcela da população. Portanto, este dado recoloca no centro do debate a importância de se considerarem as determinações sociais da saúde e suas implicações no trato das doenças, cujo cuidado também implica a remoção de barreiras de acesso à cidadania e ao cuidado integral da saúde.

Em março de 2018, a Fiocruz deu início a uma nova tentativa de abordagem da doença, incluindo um novo estudo para uma profilaxia de pré-exposição, a PrEP, que combina o uso das drogas Tenofovir e Emtricitabina como método de proteção e prevenção ao HIV. De uso diário, com rotina similar ao uso das pílulas anticoncepcionais, a PrEP tem sido testada com grupos considerados mais expostos à doença: homossexuais, travestis, transexuais, trabalhadores do sexo e casais sorodiscordantes. O estudo, que é viabilizado e tem o tratamento garantido pelo SUS, ainda apresenta números incipientes: em 2018, das 60 mil pessoas que se estimam em situação indicativa para o uso da PrEP, apenas 7 mil estavam contempladas pelo programa⁸⁴⁵.

O surgimento de novos tratamentos naturalmente aumenta a dependência nacional na produção de fármacos para o controle da doença, o que, por sua vez, também aumenta a necessidade de investimentos nos laboratórios públicos e na aquisição dos insumos necessários para sua produção. Assim, interpretações como a do Complexo-Industrial da Saúde têm urgido considerar as interseções entre a produção industrial e a inovação científica em saúde para pensar caminhos que contribuam na diminuição das iniquidades. Isso se torna relevante especialmente quando temos em mente que as recentes disputas entre diferentes modelos de sistemas de saúde têm se dado, sobretudo, a partir da justificativa do parco acesso das populações a bens e serviços de saúde, e da suposta necessidade de ampliação dos mercados privados de seguros de saúde como meio de solucionar a demanda pública. Como nos lembra Cid Vianna, os sistemas de saúde lidam hoje com dois

⁸⁴⁵ DataLabe. *Ainda precisamos falar sobre HIV. Jovens nascidos nos anos 1990 já são os mais afetados pelo HIV na história do país*. 01 de dezembro de 2018. Disponível em <<https://datalabe.org/ainda-precisamos-falar-sobre-hiv/>>. Acessado em abril de 2020.

aspectos fundamentais, que acabam por moldar o comportamento de seus agentes: “um é a tecnologia e o outro é o aspecto financeiro da valorização do capital. Para o primeiro, constituiu-se o que se denomina complexo médico-industrial, enquanto que, para o segundo, tem-se o aparecimento de um complexo médico-financeiro”⁸⁴⁶.

Somado a isso, como aponta o relatório do Inesc, é possível observar que o mercado farmacêutico brasileiro apresentou crescimento de 17,8% em 2016, e de 9,3% em 2017, tendo, neste mesmo ano, faturado R\$ 69,5 bilhões. Ainda segundo o relatório, o crescimento do setor permaneceu acima do PIB brasileiro, sendo um dos poucos segmentos que não foram afetados pela crise de 2008⁸⁴⁷. No entanto, a dependência brasileira de importações para a saúde nos levou a alcançar a soma de US\$ 20 bilhões, fazendo com que o desafio de garantir o direito e o acesso universal, equânime e integral à saúde a 210 milhões de pessoas, passe, portanto, pela capacidade de se consolidar e gerir um sistema produtivo da saúde que atenda à população⁸⁴⁸. Segundo Gadelha, o Brasil importou 94% dos princípios ativos necessários para a produção de fármacos em 2019, aumentando o grau de dependência do país em relação à sua capacidade produtiva tecnológica⁸⁴⁹.

Recentemente, o programa nacional de combate ao HIV/Aids precisou lidar ainda com mudanças estruturais na sua organização institucional que ameaçam inclusive, a compra e a produção de medicamentos ARV. O Decreto nº. 9.795/2019, assinado pela administração do governo Jair Bolsonaro (2018-2022), determinou a renomeação do antigo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/Aids e das Hepatites Virais para “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST” (DDCCI), tornando a juntar numa única pasta doenças virais, verminoses e infecções bacterianas, cujos determinantes sociais diferem substancialmente. Em nota, a ABIA considerou a

⁸⁴⁶ Vianna, C. M. de M. *Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2):375-390, 2002.

⁸⁴⁷ INESC. *Em 10 anos, despesas do Ministério da Saúde com medicamentos dobraram*. 04/12/2019. Disponível em <<https://www.inesc.org.br/em-10-anos-despesas-do-ministerio-da-saude-com-medicamentos-dobraram/>>. Acessado em julho de 2020.

⁸⁴⁸ CEE. *Carlos Gadelha: Para garantir o SUS universal, país precisa consolidar o complexo industrial da saúde*. 28/05/2020. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Disponível em <<https://cee.fiocruz.br/?q=Entrevista-Carlos-Gadelha>>. Acessado em julho de 2020. Entrevista.

⁸⁴⁹ CEE. *Carlos Gadelha: Para garantir o SUS universal, país precisa consolidar o complexo industrial da saúde*. *Idem*.

ação um erro grave, já que a nova estrutura não promoverá maior integração entre as áreas agregadas. Segundo a associação, as patologias ali reunidas possuem diferenças “no que se refere a formas de transmissão, escalas de impacto, segmentos populacionais diretamente afetados, dinâmicas sociais, indicadores e fatores epidemiológicos, dentre outros agentes”⁸⁵⁰. Além disso, a ABIA considera que a epidemia do HIV/Aids “afeta em especial jovens gays e pessoas trans e a resposta exige uma abordagem focada em combate ao estigma. Já as verminoses afetam em especial as crianças e a resposta depende de uma abordagem focada em saneamento básico”⁸⁵¹.

Outro agravante no acoplamento das doenças crônicas e infecções sexualmente transmissíveis em uma única pasta se refere ao orçamento. Em 2018, o orçamento para a pasta de HIV/Aids era de R\$1,7 bilhão. Em 2019, o valor divulgado foi de R\$2,2 bilhões. Entretanto, o aumento não se tornou significativo na prática, já que incorporou a verba destinada para a compra de medicamentos para Hepatite C (R\$300 milhões), além do novo orçamento da compra de ARVs (que subiu de R\$1,2 bilhões em 2018, para R\$1,3 bilhões em 2019)⁸⁵². Assim, tais mudanças na estrutura institucional do MS podem ampliar a invisibilidade da doença, reduzindo o acesso da população a informações cruciais para a sua prevenção e tratamento. Segundo a ABIA, é possível que as próximas compras de medicamentos também sejam afetadas. Isso porque o decreto que modifica o organograma do MS também transfere ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), a responsabilidade de aquisição e distribuição de todos os insumos estratégicos, incluindo medicamentos. Neste sentido, o DDCCI deverá apenas definir a programação de insumos considerados “críticos”, debilitando as funções anteriormente exercidas pela pasta, como a licitação, compra, armazenamento e distribuição de ARVs⁸⁵³. Para a ABIA,

Isso significa que a vasta expertise desenvolvida nesses terrenos pelos quadros técnicos do antigo Departamento será descartada, ainda que tenha sido essencial para, ao longo dos anos, assegurar as reduções importantes nos preços dos medicamentos. Além disso, foi essencial na gestão da distribuição para os pacientes,

⁸⁵⁰ Agência de Notícias da AIDS. *ABIA: Entenda o desmonte da resposta à aids no Brasil*. 28 de maio de 2019. Disponível em <<https://agenciaaids.com.br/noticia/abia-entenda-o-desmonte-da-resposta-a-aids-no-brasil/>>. Acessado em abril de 2020.

⁸⁵¹ Agência de Notícias da AIDS. *Idem*.

⁸⁵² Agência de Notícias da AIDS. *Idem*.

⁸⁵³ Agência de Notícias da AIDS. *Idem*.

na tomada de posicionamentos políticos sobre abusos cometidos por empresas farmacêuticas, dentre outros. Sob gestão do DAF, não há garantias de que haverá a devida flexibilidade para compras emergenciais ou capacidade de articulação política para negociações mais efetivas de preço ou mesmo uma dinâmica de armazenagem e distribuição que esteja devidamente articulada com o monitoramento e o controle epidemiológico⁸⁵⁴.

A situação atual enfrentada pelo DDCCI parece caminhar para a instauração de uma saúde que é concebida a partir da sua comercialização, sem que essa esteja comprometida com a manutenção dos direitos cidadãos, e com o acesso universal a bens públicos que deveriam ser inalienáveis. Tal projeto teria, portanto, a função de garantir o posicionamento do Brasil em um lugar de subserviência na política internacional, portando-se de acordo com as regras da governança neoliberal da saúde.

6.2

Saúde Global e Cooperação Sul-Sul em Saúde: a experiência brasileira

O aumento da relação entre saúde e política externa tem sido apontado como um acontecimento global, intensificado pela natureza transnacional dos fenômenos que afetam hoje a saúde das populações e que também implicam em um vínculo cada vez mais próximo entre comércio e saúde. Segundo Drager e Fidler, os países foram urgidos a “reorientar sua saúde e suas políticas externas de maneira a alinhar seus interesses nacionais às realidades diplomáticas, epidemiológicas e éticas de um mundo globalizado”⁸⁵⁵. Fidler também chama atenção para o fato de que, tradicionalmente, a política externa estabeleceu uma hierarquia em suas funções, privilegiando temas como segurança e poder econômico, o que, até os séculos anteriores, a fez reservar o lugar tradicional da saúde pública à “baixa política”⁸⁵⁶. Tal hierarquia se dava, pois, a saúde pública “geralmente era categorizada como uma questão de desenvolvimento ou dignidade humana”⁸⁵⁷, o que exigia enxergar a promoção da saúde como uma ação superior às questões econômicas e militares.

⁸⁵⁴ Agência de Notícias da AIDS. *Idem*.

⁸⁵⁵ Drager, N.; Fidler, D.P. *Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy*. Editoriais. Bulletin of the World Health Organization | March 2007, 85 (3), p. 162.

⁸⁵⁶ Fidler, D.P. *Health as foreign policy: harnessing globalization for health*. Globalization for health. Health Promotion International, Vol. 21 No. S1, 2007, p. 54.

⁸⁵⁷ Fidler, D.P. *Health as foreign policy: harnessing globalization for health*. *Idem*.

O destacamento tradicional da política externa da pasta da saúde, segundo Fidler, também explica a dificuldade na execução prática da Declaração de Alma Ata, que, apesar de expressar “o otimismo da aplicação universal da epidemiologia, tecnologia e ideologia da justiça social”, emergiu em um dos períodos mais difíceis das relações internacionais no pós-Segunda Guerra Mundial – tornando dramático o abismo entre política externa e saúde “no momento em que a política de saúde apresentou sua estratégia global mais ambiciosa e otimista”⁸⁵⁸. Da dificuldade em se compreender a dignidade humana como um tema relevante e urgente no campo político, surgem as problemáticas securitizações das questões de saúde, nas quais doenças infecciosas passam a ser compreendidas como ameaças à segurança nacional – tornando a saúde um tema relevante apenas quando afeta a segurança política, econômica ou militar dos Estados⁸⁵⁹. Desse modo, ainda que a saúde tenha sido sempre um tema importante, seu novo alinhamento à política externa foi possibilitado graças a um aumento da sua prioridade nos avanços tecnológicos e comerciais, transformando-a em um tema prioritário e fazendo com que, no século XXI, ela passasse a fazer parte da adaptação dos governos e de seus sistemas nacionais de governança à globalização⁸⁶⁰. Entretanto, como temos visto, tal ganho de importância também se dá aliado à submissão da saúde aos desejos do mercado, transformando-a em uma valiosa commodity sempre que reduzida apenas ao oferecimento de serviços de saúde, ou à compra de insumos, medicamentos e equipamentos.

O forte engajamento da política externa brasileira na diplomacia da saúde tem registro desde a década de 1990, com a participação do então embaixador Celso Amorim nas rodadas de negociação do Acordo TRIPS e o seu subsequente exemplar desempenho nas negociações da Declaração Ministerial de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública, em 2001. Com a Rodada de Doha, foi possível transformar as ambiguidades do TRIPS em flexibilidades, de modo que a agenda internacional se voltasse “para o desenvolvimento e a justiça social”, permitindo a licença compulsória e a garantia da produção nacional e facilitando a

⁸⁵⁸ Fidler, D. P. *Reflections on the revolution in health and foreign policy*. Bulletin of the World Health Organization | March 2007, 85 (3), p.243. Tradução livre realizada pela autora.

⁸⁵⁹ Ruckert, A.; Labonté, R.; Lencucha, R.; Runnels, V.; Gagnon, M. *Diplomacia da Saúde Global: uma revisão crítica da literatura*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

⁸⁶⁰ Drager, N.; Fidler, D.P. *Foreign policy, trade and health*. *Idem*.

importação/exportação de remédios, vacinas e meios de diagnósticos pelos países em desenvolvimento⁸⁶¹. Além disso, de 1999 a 2003, o Brasil participaria do primeiro grupo de trabalho para o delineamento da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT), com a representação brasileira tendo assumido a vice-presidência do grupo. Graças à liderança brasileira nas negociações preliminares do Tratado, o Órgão de Negociação Intergovernamental – criado em 2000 pela 53ª Assembleia Mundial de Saúde – teria sua direção atribuída ao Embaixador Amorim, que novamente lideraria o processo de elaboração e negociação do texto do tratado sobre o CQCT. Em 2003, já sob a presidência do Embaixador Luiz Felipe Seixas Correia, o texto seria aprovado e submetido à 56ª Assembleia Mundial de Saúde, que decidiu pela sua adoção e aprovação por unanimidade. Com isso, foi possível prever a implantação de políticas tributárias com objetivo de reduzir o consumo do tabaco; bem como estabelecer medidas de proteção contra a exposição à fumaça; regulamentar a divulgação das informações sobre os produtos de tabaco, suas embalagens e mensagens de advertências sanitárias; estabelecer programas de educação e conscientização sobre os malefícios do uso do tabaco; além de proibir a publicidade do produto e implantar programas de tratamento da dependência da nicotina⁸⁶².

Cabe ressaltar, que é nesse contexto que a Cooperação Sul-Sul (CSS) ganharia em volume e relevância mundial, impulsionada pelo crescimento econômico chinês e o seu impacto nas economias de renda média. Apesar de ter surgido conceitual e politicamente muitas décadas antes – se consagrando a partir dos princípios defendidos na Conferência de Bandung (1955) e da definição de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento no Plano de Ação de Buenos Aires (1978) –, foi a partir do início do século XXI que a CSS poderia finalmente ser viabilizada e reforçada em torno da solidariedade entre os países em desenvolvimento; do respeito à soberania e não intervenção ou não interferência nos assuntos internos de outro país; da promoção de interesses e benefícios mútuos; e da criação de capacidades humanas no trato dos problemas de desenvolvimento, permitindo uma

⁸⁶¹ Amorim, Celso. *A Política Internacional da Saúde: um episódio singular*. Prefácio. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 22.

⁸⁶² Teixeira, L. A. da S.; Paiva, C. H. A.; Ferreira, V. N. *A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005*. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 3:e00121016, p. S117.

relação de maior horizontalidade entre os países do Sul, especialmente quando comparada aos modelos de cooperação tradicional, estabelecidos pelos países desenvolvidos no Norte do globo. Não obstante, o aumento das práticas de CSS tornava evidente suas diferenças em relação à Cooperação Norte-Sul (CNS), cuja verticalidade e pouca integração dos beneficiários nas suas iniciativas gerava dificuldades para que os países em desenvolvimento absorvessem e se apropriassem dos recursos oferecidos, além de os sobrecarregarem pela sobreposição das iniciativas aos processos já implantados nacionalmente – o que frequentemente demonstrava um desconhecimento ou ignorância acerca da experiência local e do seu saber na implementação de iniciativas para o desenvolvimento.

No Brasil dos anos 2000, a CSS se expressaria, portanto, como uma parte importante da política externa do país, se intensificando e se tornando mais sistemática durante o Governo Lula da Silva (2003-2011), impulsionada em grande medida pela intensa atuação diplomática presidencial que, com o objetivo de estreitar relações diplomáticas e empresariais, chegou a visitar ao menos 29 países em dez viagens à África⁸⁶³. Em um contexto em que as relações internacionais e a ação diplomática eram facilitadas pela própria vontade do presidente, a agenda da saúde, defendida pelos técnicos da área e pelos movimentos sociais, pôde ser colocada ainda mais em evidência. Dessa forma, foi possível liderar a assinatura da Declaração Ministerial de Oslo, em 2007, composta pelos Ministros das Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia, na qual estes afirmaram que

a saúde é uma das questões de política externa de longo prazo mais importantes, mas ainda amplamente negligenciadas, do nosso tempo. Vida e saúde são nossos bens mais preciosos. Existe uma consciência crescente de que o investimento em saúde é fundamental para o crescimento e desenvolvimento econômico. É geralmente reconhecido que ameaças à saúde podem comprometer a estabilidade e a segurança de um país. Acreditamos que a saúde como questão de política externa precisa de um foco estratégico mais forte na agenda internacional. Portanto, concordamos em fazer do impacto na saúde um ponto de partida e uma lente definidora que cada um de nossos países utilizará para examinar elementos-chave da política externa e estratégias de desenvolvimento e para dialogar sobre como lidar com as opções políticas desse perspectiva. Como Ministros das Relações Exteriores, trabalharemos para: aumentar a conscientização sobre nossa vulnerabilidade comum diante das ameaças à saúde, trazendo os problemas de saúde mais fortemente para as arenas de

863 Garcia, Ana; Kato, Karina; Fontes, Camila. *A história contada pela caça ou pelo caçador? Perspectivas sobre o Brasil em Angola e Moçambique*. Rio de Janeiro: PACS, Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul, 2013, p.11.

discussões e decisões sobre política externa, a fim de fortalecer nosso compromisso com a ação concertada no nível global; construir cooperação bilateral, regional e multilateral para a segurança global da saúde, fortalecendo a hipótese de colaboração e intermediação de amplo acordo, responsabilidade e ação; reforçar a saúde como elemento essencial nas estratégias de desenvolvimento e combate à pobreza, a fim de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; garantir que seja dada maior prioridade à saúde no tratamento de questões comerciais e na conformidade com os princípios de Doha, afirmando o direito de cada país de fazer pleno uso das flexibilidades do TRIPS para garantir o acesso universal aos medicamentos; fortalecer o lugar das medidas de saúde na gestão de conflitos e crises e nos esforços de reconstrução. Para esse fim, preparamos um primeiro conjunto de etapas acionáveis para elevar a prioridade da saúde na política externa em uma Agenda de Ação. Comprometemo-nos a buscar essas questões em nossos respectivos contextos regionais e em organismos internacionais relevantes. Convidamos Ministros das Relações Exteriores de todas as regiões a se juntarem a nós em novas maneiras de explorar meios e alcançar nossos objetivos⁸⁶⁴.

Como observam Cueto e Lopes, esta declaração seria um marco na tentativa brasileira de recuperar seu papel de liderança no campo da saúde, especialmente no combate à aids, seguida da iniciativa presidencial de investimento, em 2008, de mais de US\$ 10 milhões para a construção da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, a primeira da África de propriedade pública, destinada à produção de medicamentos para aids, malária e outras doenças⁸⁶⁵. Além disso, a partir de 2008 o tema da saúde seria amplamente apoiado por mecanismos regionais e intrarregionais, estabelecendo a agenda de trabalho da então recém criada Unasul e seu Conselho de Saúde (Unasul-Saúde), formado por ministros da saúde de todos os 12 países do continente sul-americano; além de estreitar os laços com a CPLP na definição de um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP).

O desenvolvimento dessa proximidade entre saúde e política externa – reforçada no laço das redes brasileiras de cooperação internacional estabelecidas junto aos organismos regionais – propiciou também o surgimento de uma leitura latino-americana de outros conceitos, como os de *diplomacia* e *governança da saúde*, que viriam a orientar, especialmente, a ação brasileira em saúde a partir dos anos 2010. Na perspectiva latino-americana, a Saúde Global é abordada como “uma categoria sócio-política”, que permite que a saúde seja tratada como uma questão de justiça social, direitos humanos, equidade e bem comum, relacionada à idiosincrasia, ao

864 Oslo Ministerial Declaration. *Ibid.* 2007.

865 Cueto, Marcos.; Lopes, Gabriel. *Ibid.* 2019, p. 19. Tradução livre realizada pela autora.

multiculturalismo, e à identidade multiétnica de nossos povos⁸⁶⁶ – e não apenas aos seus eventuais ganhos econômicos. Assim, a saúde pôde ter sua narrativa recentrada como um bem e uma política de caráter público, que possui implicações e é determinada, a partir de sua construção social.

Com a intensificação do tema da saúde nos foros regionais e na cooperação internacional, o conceito de *diplomacia da saúde* emerge, segundo Buss e Ferreira, “para tratar dos fatores da saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõe os países às influências globais”, possibilitando “uma coordenação melhor e mais coesa entre os setores de saúde e relações exteriores dos governos”, vinculando assim, os objetivos atribuídos à saúde nas agendas globais aos planos nacionais de desenvolvimento⁸⁶⁷. Posto de outra forma, a diplomacia da saúde também pode ser compreendida como uma procura ativa por vínculos entre a saúde nacional e global, com o objetivo de melhor definir e gerar políticas públicas de saúde no espectro global⁸⁶⁸. Portanto, como afirmam Sebastián Tobar *et.al.*, a diplomacia da saúde é um *processo*, uma interação entre “as partes interessadas em saúde pública e outros atores que a influenciam e a política para fins de representação, cooperação, resolução de conflitos, melhoria dos sistemas de saúde e garantia do direito à saúde de toda a população”⁸⁶⁹. Tobar *et. al.* também ressaltam que a diplomacia possui importante papel na governança global da saúde, facilitando negociações em organizações intergovernamentais regionais e globais. Sendo parte de um processo de governança global, a diplomacia da saúde lida com a mediação de interesses coletivos a nível global, onde leis e obrigações comuns são estabelecidas entre

⁸⁶⁶ Alasag. *Documento de Posición sobre la Salud Global desde una Perspectiva Latinoamericana*. Alianza Latinoamericana De Salud Global, Alasag. 2016. Disponível em <<https://pt.scribd.com/document/389844578/004-Documento-de-posicion-sobre-la-salud-global-desde-una-perspectiva-latinoamericana>>. Acessado em julho de 2020.

⁸⁶⁷ Buss, P. M.; Ferreira J. R. *Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar., 2010, p.107.

⁸⁶⁸ Panisset, U. *Conceitos Operacionais para Diplomacia em Saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p.102.

⁸⁶⁹ Tobar, S; Buss, P. M.; Coitiño, A.; Kleiman, A.; Fonseca, L.E.; Rigoli, F.; Sealey, K.; Victoria, V. *Diplomacia de la salud: fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2017a, p.2. Tradução livre realizada pela autora.

Estados, mercados, cidadãos e organizações intergovernamentais ou não governamentais⁸⁷⁰.

Isto posto, o papel do Brasil e de suas instituições implementadoras da cooperação em saúde – a saber, Aisa/MS, Anvisa e Fiocruz – foi sem dúvida fundamental para a criação de uma diplomacia dedicada ao tema. Assim, foi possível estabelecer contra-narrativas e redes de cooperação internacional em saúde orientadas pela perspectiva da saúde como um bem público, um direito humano inalienável e uma condição determinada social e economicamente. Parte dessa leitura da Saúde Global como uma categoria sócio-política, que deve ser abordada a partir da justiça social, tem ligações claras com o próprio movimento sanitarista brasileiro, cuja visão progressista tendia a imaginar “uma espécie de uma extensão do sistema de saúde universal nacional para todos”⁸⁷¹. O desafio, no entanto, foi manter a sua aplicação em contextos mais pragmáticos, onde os resultados são guiados a partir da expectativa de retornos econômicos e políticos muito claros:

de fato, se você olha a saúde global em ideias, se incorpora ideias igualitárias. Mas na prática foram coisas muito utilitárias, por exemplo, o banco de preços de medicamentos, o próprio banco de leite, e as demais capacitações conjuntas são, no fim das contas, coisas que poderiam ser feitas por diferentes regimes políticos. Até porque sempre, na América do Sul sempre tivemos três, quatro países com regimes [políticos] diferentes. Como você explica para um ministro da saúde que ele deve sacrificar parte de seus recursos para apoiar a outro país? Às vezes são países que estão iguais ou piores que ele. Ou até melhores. Eu já vi o Brasil pagar cursos para chilenos, uruguaios, e argentinos, quando não se justificava pela riqueza per capita de cada país. Falem mal ou bem de Cuba, em algumas áreas Cuba também já apoiou países mais ricos. E as motivações podem ser muitas, pode ser esse sentimento universalista, ou como foi no caso brasileiro e no caso cubano, também o interesse de uma espécie de *soft power* através da saúde. E como disse um amigo, uma vez falando sobre o Mais Médicos e a diplomacia cubana de médicos, ele dizia: “há alguma dúvida de que Cuba faz isso por interesse próprio? Não, não há nenhuma dúvida. O mundo seria melhor se todos os países avançassem seus interesses, mandando médicos em vez de mandar soldados? Não, também não há nenhuma dúvida”. Ou seja, em um mundo real no qual os países continuam tendo interesses, tem formas melhores e piores de defender os interesses. Agora que estamos vendo e assistindo as formas piores de defender os interesses, estamos começando a revalorizar as formas um pouco melhores de defendê-los⁸⁷².

Para Deisy Ventura, “as tensões encontradas na política externa brasileira” além de transversais às esferas doméstica e internacional, “se multiplicam de maneira tão

⁸⁷⁰ Tobar, S. *et.al. Diplomacia de la salud... Idem.*

⁸⁷¹ Entrevista 5, concedida à autora. Rio de Janeiro, 11 set. 2020.

⁸⁷² Entrevista 5, concedida à autora. Rio de Janeiro, 11 set. 2020.

opaca quanto vertiginosa”⁸⁷³. Como argumentei em outro trabalho, as narrativas da cooperação Sul-Sul brasileira também puderam agir como parte de uma política de identidade, que buscou redefinir o lugar do Brasil no mundo moderno. Nesse sentido, a Cooperação Sul-Sul também opera como um espaço de conhecimento e poder por meio do qual é possível reproduzir uma identidade brasileira desenvolvimentista e auto interessada, cuja subalternidade é constantemente renegociada. Permeada por diversas ambivalências que atualizam tropos coloniais e trazem novas formas de subjugação, a produção de uma identidade nacional solidária permitiu, por um lado, o ganho político em relação às práticas tradicionais e mais duras no equilíbrio de poder que a cooperação tradicional Norte-Sul ofereceria. Por outro lado, essa identidade articulada na CSS apresentava o Brasil como um par capaz de antecipar os retrocessos e desafios do mundo em desenvolvimento, especialmente quando em comparação com países africanos, o que frequentemente produziu uma imagem do Brasil como legítimo representante dos interesses das populações subdesenvolvidas, posição também articulada em foros internacionais⁸⁷⁴.

Com isso em mente, veremos a seguir como o aumento dos temas da saúde na agenda diplomática levou à criação, em 2009, do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz (Cris/Fiocruz), “com o objetivo de dar maior organicidade à já ampla função de cooperação internacional em saúde desempenhada pela instituição, em estreito alinhamento com a política externa brasileira”⁸⁷⁵. Nesse mesmo ano, seria introduzido pelo Cris a ideia de *cooperação estruturante*, cujo conceito e as práticas dele decorrentes reforçariam a crítica de que a tradicional CNS possui objetivos verticais que não contemplam a efetiva participação dos países em desenvolvimento, recipiendários desse tipo de cooperação. O surgimento da cooperação estruturante e a sua ação em redes no campo da saúde foram sem sombra de dúvidas um grande estímulo à parceria entre a pasta da saúde e as

⁸⁷³ Ventura, Deisy. *Saúde pública e política externa brasileira*. In: SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos – v.10, n.19, dez.2013 – São Paulo, p.111.

⁸⁷⁴ Santos, C; Siman, M; Fernández, M. ‘Two Brazils’: *Renegotiating Subalternity through South-South Cooperation in Angola*. Brazilian Political Science Review, São Paulo, v. 13, n. 1, e0007, 2019.

⁸⁷⁵ Buss, P. M.; Ferreira, J. R. *Cooperação Estruturante em Saúde: ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde e a Cooperação Sul-Sul*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p.126.

relações exteriores, respaldando a atuação brasileira no campo nos anos que se seguiram. Além de uma ferramenta de política externa, a CSS em Saúde se tornaria fundamental para avançar o debate internacional em saúde pública, de modo que os eventuais entraves enfrentados na sua operacionalização e sustento se traduziriam na dificuldade em enfrentar a governança neoliberal da saúde global, tanto doméstica quanto internacionalmente (*ver Apêndice I*).

Figura 1 – Principais fóruns da atuação brasileira em saúde: globais, plurilaterais e regionais (2014-2016)

<p>Globals</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organização Mundial da Saúde (OMS); • Organização das Nações Unidas (ONU); • Organização Mundial do Comércio (OMC); • Programa Acordo de Colaboração para a Prevenção e Gerenciamento de Eventos de Saúde Pública na Aviação Civil (Capsca) (Aviação Civil Internacional/OMS); • Coalizão Global para Pesquisa em Ciência Regulatória; • Cúpula Global em Ciência Regulatória.
<p>Plurilaterais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e espaço lusófono; • BRICS; • International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH); • Fórum Internacional de Reguladores de Produtos para a Saúde (IMDRF); • Cooperação Internacional de Regulação de Cosméticos (ICCR); • Programa Internacional de Reguladores de Medicamentos Genéricos (IGDRP); • Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/S); • Developing Countries Vaccine Manufactureries Network (DCVMN); • Rede de Reguladores de Vacinas para Países em Desenvolvimento (DCVRN); • Programa de Cooperação entre América Latina, Caribe e União Europeia em Políticas sobre Drogas (Copolad); • Redes estruturantes de saúde: Rins, Rets, Resp e RIBLH.
<p>Regionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organização Pan-Americana de Saúde (Opas); • Rede Pan-Americana de Regulamentação Farmacêutica (Rede Parf); • Rede de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (Redetsa); • Codex Alimentarius/Estratégia de Biofortificação da América Latina e Caribe; • Mercado Comum do Sul (Mercosul); • União de Nações Sul-Americanas (Unasul); • Rede de Bancos de Tumores da América Latina e Caribe (Reblac); • Reunião Regional das Américas, preparatória para a Conferência das Partes (COP) 7; • Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (Redssur-Oris).

Fonte: elaborado pelo Ipea (2018)⁸⁷⁶, com dados de Aisa/MS, Ainte/Anvisa e Cris/Friocruz.

6.2.1 A Cooperação Estruturante em Saúde e suas redes internacionais

A concepção de uma cooperação de cunho estruturante visou oferecer uma ação comprometida com o desenvolvimento e o fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países com os quais o Brasil coopera. Neste sentido, o conceito passou a ser apresentado como uma noção qualificada da CSS, que se colocava em contraste às práticas de CNS, cujas críticas frequentemente percebiam as

⁸⁷⁶ IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: levantamento 2014 – 2016*. *Ibid.* 2018, p.51

prioridades do país desenvolvido/doador em torno de objetivos que se direcionavam a doenças e problemas de saúde específicos,

o que encobre a “*causa das causas*” dos problemas e da *verdadeira necessidade de cooperação, que são os determinantes sociais da saúde e a fragilidade dos sistemas de proteção social e de saúde*; a cooperação em geral carece de sustentabilidade, isto é, finalizados os projetos e com a saída dos “doadores”, em geral a situação volta ao estado anterior à cooperação empreendida; não se observam transformações substantivas na institucionalidade dos países e instituições “receptores” da cooperação, na sua capacidade de planejamento ou gestão, na produção e difusão de conhecimentos, nem substantivamente na capacitação dos recursos humanos que estiveram envolvidos no processo⁸⁷⁷.

Neste sentido, Célia Almeida *et.al.*, afirma que a cooperação estruturante significa uma mudança de paradigma, que tem por objetivo integrar (i) a formação de recursos humanos; (ii) o fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e (iii) o rompimento com a transferência passiva de conhecimentos e tecnologias⁸⁷⁸. Assim, pode ser caracterizada também como uma cooperação que é

centrada no 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 saúde⁸⁷⁹.

Tendo suas raízes na própria concepção de um sistema de direitos a partir dos quais o SUS se origina, tal abordagem parece ter sido cunhada buscando respaldar politicamente a ação internacional brasileira na área da saúde. Neste sentido, é possível compreender as ações brasileiras de cooperação técnica Sul-Sul em saúde como ações que buscavam, à sua maneira, encampar narrativas alternativas àquelas da governança neoliberal da saúde. A partir desta perspectiva, a cooperação estruturante passa a focalizar não apenas nos *direitos pessoais* (individuais) na esfera da saúde, mas, sobretudo, “os *direitos sociais* de cobertura garantidos pelo Estado, com base nos *direitos políticos* dos cidadãos”⁸⁸⁰ (coletivos). Para Ferreira e Fonseca,

⁸⁷⁷ Buss, P. M.; Ferreira, J. R. *Cooperação Estruturante em Saúde. Ibid.* 2017, p.131. *Grifos meus.*

⁸⁷⁸ Almeida, C.; Campos, R. P. de; Buss, P. M.; Ferreira, J. R.; Fonseca, L. E. *A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar., 2010, p.28.

⁸⁷⁹ Almeida, C.; *et.al.* *A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”*.

Idem.

⁸⁸⁰ Buss, P. M.; Ferreira, J. R. *Cooperação Estruturante em Saúde. Ibid.* 2017, p.133.

numa escala ainda maior, essa estruturação pode aplicar-se na governança global de saúde, alcançando uma ação multissetorial e tomando em conta vários dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), atuando de acordo com a proposta da OMS de Saúde em Todas as Políticas, para a consolidação das modificações que possam haver sido introduzidas no Sistema de Saúde⁸⁸¹.

De toda forma, a revalorização do papel do Estado e dos sistemas de saúde no desenho da cooperação entre países em desenvolvimento buscava, assim, oferecer o planejamento de abordagens intersetoriais em que a saúde pudesse ser pensada de maneira estruturada, não apenas *em*, mas “*com todas as políticas*”⁸⁸². É a partir desta concepção que também se desenvolvem as redes de instituições estruturantes, as quais a Fiocruz viria a liderar desde 2005 (ver *Tabela 1*). A aposta dessas redes estava na potencialização do desenvolvimento de políticas setoriais, especialmente dentro de arranjos regionais, estreitando laços e fornecendo suporte adequado para que os países compartilhassem informações e tecnologias, além de construir capacidades locais que pudessem fortalecer recursos humanos e financeiros no trato dos problemas de saúde e no planejamento de uma agenda estratégica na arena internacional. Aqui, é importante ressaltar a participação, no interior da Fiocruz, de “autores-atores” da reforma sanitária que deu origem ao SUS, o que tornou possível a conjunção entre uma percepção da saúde como direito e a sua prática na cooperação internacional, de modo a valorizar a estruturação dos sistemas nacionais de saúde considerando a saúde um produto social.

Segundo Ferreira e Fonseca, a cooperação estruturante tratou de “apoiar o desenvolvimento do sistema de saúde englobando promoção, prevenção, regionalização, atenção, produção de insumos, etc”, contando com “o reforço de instituições que são pilares para a criação, a sustentação e o aperfeiçoamento de políticas públicas na área da saúde, assim como do funcionamento e da governança do sistema de saúde”⁸⁸³. As redes fomentadas regionalmente e estruturadas no interior de organismos internacionais como a Unasul e blocos de países como a CPLP, se concentraram no trabalho junto aos Ministérios da Saúde, aos Institutos Nacionais de Saúde, às Instituições de Formação de Recursos Humanos e aos

⁸⁸¹ Ferreira, J. R.; Fonseca, L. E. 1 *Cooperação estruturante, a experiência da Fiocruz*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2017, p.2131.

⁸⁸² Buss, P. M.; Ferreira, J. R. *Cooperação Estruturante em Saúde*. *Idem*.

⁸⁸³ Ferreira, J. R.; Fonseca, L. E. 1 *Cooperação estruturante, a experiência da Fiocruz*. *Ibid.* 2017, p.2130.

Centros de Excelência que fossem referência na atenção primária da saúde, dedicando-se sobretudo, à capacitação e produção de insumos que são vistos como essenciais para a manutenção dos sistemas de saúde dos países-membros⁸⁸⁴.

O modelo de cooperação estruturante defendido pela Fiocruz dá um passo, portanto, em direção à formulação de uma estratégia de resistência que permitisse a definição de uma agenda de trabalho conjunta, bem como a atuação em rede a partir de uma perspectiva que recentra as necessidades coletivas nas preocupações com a saúde. Essa abordagem se mostrou como uma alternativa às experiências verticais obtidas junto aos fundos globais e às cooperações tradicionais (como visto no capítulo 4 deste trabalho), cujo enfoque é centrado no combate pontual às doenças e não às raízes socioambientais de suas ocorrências, refletindo a preocupação desses mesmos países de que a propagação dessas doenças signifique uma ameaça às suas populações, ou mesmo a garantia de mercado para as suas empresas farmacêuticas quando da mera transferência de insumos adquiridos no Norte, para o Sul.

Na esteira da intensificação de sua cooperação estruturante, a Fiocruz inauguraria um escritório regional de representação em Maputo, Moçambique, em 2008. A unidade Fiocruz-África é a única da fundação fora do país, e tem como finalidade “articular, acompanhar e avaliar os programas de cooperação em saúde desenvolvidos pelas unidades da Fiocruz com os países africanos”⁸⁸⁵, além de oferecer capacitações, cursos de pós-graduação e coordenar o ensino a distância e a formação politécnica. A inauguração do escritório veio no mesmo ano em que se estabeleceram diversas parcerias com os países da CPLP, como a criação da Rede de Bancos de Leite Humano da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (rBLH-CPLP), hoje integrada à Rede Global de Bancos de Leite Humano (rBLH). No ano seguinte, seria firmado o PECS, construído a partir da cooperação entre os ministérios da saúde dos oito países da comunidade (a saber, Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste). A celebração do primeiro Plano Estratégico vigorou no período de 2009-2012, tendo sua continuidade estendida até 2016, com renovação a posteriori para o período 2018-2021. Assim, o escritório em Maputo acabou

⁸⁸⁴ Ferreira, J. R.; Fonseca, L. E. 1 *Cooperação estruturante, a experiência da Fiocruz. Idem.*

⁸⁸⁵ Ver *Fiocruz África*. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/unidade/fiocruz-africa>>. Acessado em julho de 2020.

também por acompanhar o processo estruturante das cooperações em saúde, bem como a implantação e reformulação dos institutos nacionais de saúde dos países da CPLP por meio de diversas redes, como as Rides, Rest e Rinsp.

Tabela 1 – Seleção* de Redes de Instituições Estruturantes das quais a Fiocruz faz parte, por data de fundação

Redes de Cooperação Estruturante	Fundação	Secretaria Executiva
Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde – RETS	1996	Fiocruz
Redes de Investigação e Desenvolvimento em Saúde – RIDES	2000	CPLP
Rede Latino-Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano –rLABLH**	2005	Fiocruz
Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde – RPAS	2006	OPAS/OMS
Rede de Bancos de Leite Humano da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – rBLH-CPLP**	2008	Fiocruz
Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde – Redesul-Oris**	2009	Fiocruz
Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – RETS-CPLP	2009	Fiocruz
Rede de Escolas Técnicas de Saúde da União de Nações Sul-Americanas – RETS-Unasul**	2009	Fiocruz
Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde em Malária – RIDES-Malária	2009	CPLP
Redes de Investigação e Desenvolvimento em Saúde em IST e VIH/Sida – RIDES-VIH	2010	CPLP
Aliança Latino-Americana para a Saúde Global – ALASAG	2010	INSP/México
Rede dos Institutos Nacionais de Saúde da União de Nações Sul-Americanas – RINS-Unasul**	2010	Fiocruz
Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública da União de Nações Sul-Americanas – Resp-Unasul**	2011	Fiocruz
Rede de Institutos Nacionais de Câncer – RINC-Unasul**	2011	Fiocruz
Rede dos Institutos Nacionais de Saúde Pública da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – RINSP-CPLP	2011	Fiocruz
Rede de Gestão de Risco de Desastres – GRIDS**	2012	Unasul
Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde em Tuberculose – RIDES-TB	2013	CPLP
Rede Global de Bancos de Leite Humano – rBLH	2015	Fiocruz
Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública da América Latina – Resp-AL	2019	Fiocruz
Rede Regional da América Latina no âmbito da <i>International National Public Health Institutes</i> , IANPHI – Rede IANPHI	2019	Fiocruz

* Seleção de redes que envolvem a participação de organismos regionais, podendo haver mais redes do que as reunidas nesta tabela. ** Redes já extintas, substituídas e/ou integradas por redes subsequentes.

Fonte: elaboração própria⁸⁸⁶.

⁸⁸⁶ A partir da análise de documentos e informações disponíveis em <<https://www.cplp.org/id-2370.aspx>>; <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/integracao-regional/13221-documentos-da-uniao-de-nacoes-sul-americanas>>; <<http://www6.ensp.fiocruz.br/resp/?q=pt-br/node/395>>; e <<https://rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh>>. Acessado em julho de 2020.

O modelo de cooperação em saúde executado junto à Unasul também guardou semelhanças àquele estabelecido com a CPLP. Seu Plano de Trabalho preliminar, aprovado em 2009, ficou conhecido como a “Agenda de Saúde Sul-Americana”⁸⁸⁷. Com o objetivo de sanar as iniquidades que atravessam o continente, o plano de trabalho tinha lugar no Unasul-Saúde, que foi instituído em 2008 baseando-se na premissa de que a saúde, além de um direito humano e social, “deve ser integrada ao conceito mais amplo de proteção social e, como tal, desempenhar um papel muito importante no desenvolvimento social harmonioso”⁸⁸⁸. Originalmente composto por ministros da saúde dos 12 países do continente sul-americano, o Conselho possuía como objetivos consolidar a integração regional em saúde “por meio de políticas consensuais, atividades coordenadas e esforços de cooperação entre os países”⁸⁸⁹. Sua curta vigência se deu de 2008 a 2019, quando seus esforços foram interrompidos pelos governos de direita do Brasil, da Argentina, do Chile, da Colômbia, do Paraguai e do Peru, que decidiram de forma conjunta suspender a sua participação no bloco, ocasionando o seu desmonte.

Não obstante, o alto engajamento de personalidades políticas, ministros e sociedade civil permitiu que a Unasul-Saúde oferecesse um espaço de *advocacy* para a cooperação estruturante, tendo em sua constituição o compromisso com a promoção “da responsabilidade e a participação do cidadão nas questões de saúde, como um bem público que afeta toda a sociedade”⁸⁹⁰. Entre os principais objetivos do Conselho figuravam pautas como (i) fortalecer os sistemas e serviços de saúde e suas instituições estruturantes; (ii) fortalecer o desenvolvimento e a gestão dos recursos humanos para a saúde; (iii) estabelecer um escudo epidemiológico sul-americano, de acordo com os regulamentos internacionais, avançando no processo de harmonização e homologação de normas sanitárias; (iv) abordar os DSS a partir

⁸⁸⁷ Almeida, C.; *et.al.* *A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”*. *Ibid.* 2010, p.31.

⁸⁸⁸ UNASUR. *Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la UNASUR*. Brasil: Salvador, Bahia. Reunión Extraordinaria de Jefas y Jefes de Estados y de Gobierno de la UNASUR, 16 de diciembre de 2008. Art. 4, p.1. *Tradução livre realizada pela autora*. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_UNASUL/DEC.2008.CSS.PDF>. Acessado em julho de 2020.

⁸⁸⁹ Almeida, C.; *et.al.* *A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”*. *Idem.*

⁸⁹⁰ UNASUR. *Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la UNASUR*. *Ibid.* 2008, Art. 4, p.2.

de medidas intersetoriais, considerando as particularidades regionais e temas como segurança alimentar, mudanças climáticas, ambiente saudável, etc.; (v) promover a pesquisa e o desenvolvimento de inovações em saúde; (vi) promover o acesso universal a medicamentos, de modo a negociar conjuntamente para assegurar medicamentos, vacinas e equipamentos médicos a preços justos, além de fomentar um complexo regional de produção da saúde⁸⁹¹.

Para além das iniciativas já apontadas, a Unasul contava ainda com o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), sediado no Rio de Janeiro, e cuja operação compreendeu o período de 2011 a 2019. A cargo do ISAGS ficava uma extensa produção intelectual, que visava integrar as diferentes perspectivas e necessidades dos países do bloco em um espaço de diálogo aberto, baseado em evidências e pesquisas científicas que originaram a produção de livros, revistas e conferências. O ISAGS também acompanhava a participação da Unasul nas Assembleias Mundiais da Saúde (AMS), produzindo relatórios internos e informes que permitiram conhecer os posicionamentos comuns das 65^a, 66^a e 67^a AMS⁸⁹². Dessa forma, o ISAGS desempenhava um importante papel de integração regional em torno do tema da saúde, tendo contribuído, de outubro de 2016 a abril de 2018 com a publicação mensal da revista “*Salud al Sur*”⁸⁹³, onde as principais notícias e avanços científicos e tecnológicos eram circulados publicamente, de modo a orientar a gestão e a governança em saúde. As publicações da revista frequentemente giravam em torno de quatro eixos temáticos principais. Assim, em um levantamento das 17 edições publicadas, é possível notar que ao menos 13 traziam discussões acerca de Medicamentos e Tecnologia em Saúde; 11 sobre Vigilância Sanitária; 10 sobre Sistemas e Serviços de Saúde; e 10 sobre Determinantes Sociais da Saúde. Para além dos quatro eixo principais, a revista contou ainda com uma imensa variedade de subtemas, que, atentos à situação sanitária da região, incluíam desde discussões sobre a cooperação internacional e o papel da integração regional em saúde para o alcance dos ODS; até o impacto de

⁸⁹¹ UNASUR. *Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la UNASUR*. *Ibid.* 2008, Art. 6, p.2.; e UNASUR. *Resolución 09/2009*. Guayaquil, Ecuador, el 24 de noviembre del 2009.

⁸⁹² Faria, Mariana; Giovanella, Ligia; Bermudez, Luana. *A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano*. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 920-934, Out-Dez 2015.

⁸⁹³ Em português, “*Saúde ao Sul*”, nome que inspira o título do presente capítulo.

doenças como a zika, HIV/aids e febre amarela; a necessidade de pensar a saúde na região considerando sua interculturalidade; e o compromisso do bloco com a ampliação do direito à saúde de maneira transfronteiriça, concebendo também os migrantes continentais como sujeitos de direitos e partícipes de uma cidadania sul-americana compartilhada.

O Unasul-Saúde pôde assim, incorporar o conceito de cooperação estruturante traduzindo-se na sua melhor aplicação prática, acrescentando ainda, um alto grau de integração regional às iniciativas empreendidas pelo bloco. Segundo Faria, Giovannella e Bermudez, mesmo sem ter possuído um assento na Assembleia Mundial da Saúde, com direito a um representante oficial, os países-membros da Unasul apresentaram posições comuns em ao menos 26 resoluções, entre 2010 e 2014 – o que, durante este período de sua existência, logrou fortalecer o bloco como um importante ator no cenário da Saúde Global⁸⁹⁴. Ainda que os temas variassem entre as resoluções aprovadas em conjunto pelos países-membros da Unasul, ao menos oito delas tratavam de resoluções sobre o tema de medicamentos⁸⁹⁵. Apesar de não serem vinculantes, as resoluções adotadas na AMS possuem caráter técnico qualificado, com a recomendação de práticas e protocolos para lidar com os problemas de saúde, produzindo novas diretrizes para a Saúde Global⁸⁹⁶. Como ressaltam Faria *et.al.*, com a Unasul a saúde pôde se tornar um lócus importante de integração regional e de promoção do direito à saúde, baseando-se na universalidade, equidade e integralidade como princípios fundamentais⁸⁹⁷ – princípios esses que foram reforçados na Declaração de Alma-Ata (1978) e na Carta De Ottawa (1986), e que permaneceram basilares para a constituição do SUS.

Desde 2008 até julho de 2015, o Unasul-Saúde debateu e decidiu conjuntamente “sobre temas como a epidemia de H1N1, a eleição da direção da OPAS e a criação de um banco regional de preços de medicamentos”⁸⁹⁸. Cabe lembrar ainda, que a

⁸⁹⁴ Faria, Mariana; *et.al.* A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Ibid.* 2015, p. 920.

⁸⁹⁵ Faria, Mariana; *et.al.* A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Ibid.* 2015, p. 929.

⁸⁹⁶ Faria, Mariana; *et.al.* A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Ibid.* 2015, p. 922.

⁸⁹⁷ Faria, Mariana; *et.al.* A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Ibid.* 2015, p. 921.

⁸⁹⁸ Faria, Mariana; *et.al.* A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Ibid.* 2015, p. 923.

Unasul teve suas origens na Comunidade de Nações Sul-Americanas (CASA), criada em 2004 como uma resposta à insistência estadunidense na constituição de uma Aliança de Livre Comércio nas Américas (Alca). Portanto, é singular que a Unasul tenha representado um projeto de integração regional progressista, no qual o conjunto de direitos sociais foram valorizados e a responsabilidade de sua proteção social era reforçada e atribuída como um dever do Estado.

Por fim, resta ressaltar que a Unasul congregava ao menos seis redes de cooperação estruturante em saúde, com diferentes finalidades. Além das redes que se dedicavam à capacitação de recursos humanos, centradas nos institutos e escolas nacionais de saúde pública, como a Rins, a Resp, a Rets, e a Rinc, a saúde também era tema relevante para a rede de gestão de risco de desastres (GRIDS), e tinha sua participação pautada pelo objetivo de incorporar a variabilidade das mudanças climáticas nas considerações da saúde, visando reduzir os efeitos e o impacto de desastres climáticos e ambientais. Outra de suas redes buscava ainda reforçar os mecanismos administrativos já bastante limitados nos países da região, levando à criação da Redesul-Oris para a assessoria dos projetos de cooperação em saúde. O papel das Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional (Oris) no desenvolvimento da diplomacia da saúde na região foi fundamental, na medida em que coordenavam as atividades no interior dos ministérios da saúde e nas próprias chancelarias. Seu fortalecimento e funcionamento em rede permitiu a construção de visões compartilhadas entre as Oris sul-americanas e a elaboração conjunta de agendas estratégicas. Para Tobar *et. al.*, a rede “apresentou-se como um mecanismo apropriado para o intercâmbio de informações, para a identificação de ofertas e demandas da cooperação e para a formação de quadros”⁸⁹⁹. Contudo, a interrupção de suas atividades tornou-se inevitável por conta dos “altos e baixos da dinâmica de trabalho e a conjuntura do Conselho de Saúde Sul-Americano”, que com o fim da Unasul resultara “em uma oportunidade desperdiçada para o desenvolvimento contínuo da diplomacia em saúde da região”⁹⁰⁰.

⁸⁹⁹ Tobar, S.; Coitiño, A.; Kleiman, A. *Os ministérios da saúde e o desenvolvimento da diplomacia da saúde*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017b, p.603.

⁹⁰⁰ Tobar, S.; Coitiño, A.; Kleiman, A. *Os ministérios da saúde e o desenvolvimento da diplomacia da saúde*. *Idem*.

Embora a Redesul-Oris tenha elevado a integração regional em saúde, outros atores como a OPAS/OMS, Unicef e Unfpa, também são apontadas por Tobar *et. al.* como importantes facilitadoras no sustento de algumas atividades, ao proverem ajuda externa e cooperação internacional para o fortalecimento das Oris na América Latina ⁹⁰¹. Isto levou à execução, em 2015, do Programa de Fortalecimento da Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde (PFCDS), executado em parceria entre a Fiocruz e o Centro Colaborador sobre Saúde Global e CSS da OPAS/OMS. A parceria pode melhorar o desempenho das Oris por meio da análise da governança global da saúde, adotando a estruturação da cooperação em saúde “como eixo conceitual, baseado em uma abordagem de ‘construção de capacidades para o desenvolvimento’”⁹⁰². Dentre os diversos desafios enfrentados pelas Oris na sua incursão na política externa e nas relações internacionais, destacam-se as necessidades de: posicionar a saúde estrategicamente nas estruturas de governança global, de modo a coordenar processos coletivos; melhorar a articulação e harmonização de políticas nacionais e sub-regionais com o apoio de processos de integração para melhorar sua projeção global; além de promover um relacionamento diário e direto entre a OPAS e os processos de integração, promovendo sinergias e complementaridade⁹⁰³.

Isto posto, com a descontinuação das atividades da Unasul entre 2018-2019, as redes de cooperação estruturante na América do Sul sofreriam novas adaptações (ver *tabela 1*), garantindo o seu sustento por meio de uma expansão para a América Latina ou para uma dimensão global de interação. Assim, em 2019, a Resp mudaria para Resp-AL, de modo a contemplar não apenas as escolas de saúde pública dos países que compunham a Unasul, mas se estenderia por toda a América Latina; a Rede Latino-Ibero-Americana de Bancos de Leite Humano (rLABLH), que se mantém ativa também na articulação global da rede (rBLH); a Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (RPAS), que desde 2006 tem sua secretaria executiva alocada na OPAS/OMS, respondendo à demanda de integração entre instituições de ensino, pesquisa e gestão dos oito países do Tratado

⁹⁰¹ Tobar, S.; Coitiño, A.; Kleiman, A. *Os ministérios da saúde e o desenvolvimento da diplomacia da saúde. Ibid.*, 2017b, p.594.

⁹⁰² Tobar S, Buss P, Coitiño A, *et al.* *Diplomacia de la salud: fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en las Américas.* Rev Panam Salud Publica. 2017a, p.3. Tradução livre realizada pela autora.

⁹⁰³ Tobar, S. *et.al.* *Diplomacia de la salud... Ibid.* 2017a, p.5.

de Cooperação Amazônica, a saber, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela⁹⁰⁴; a Aliança Latino-Americana para a Saúde Global (ALASAG), que está instaurada a partir da Reunião do “Conselho Global de Educação em Saúde”, realizada em 2010 no Instituto Nacional de Saúde Pública do México, desde então tem a missão de “promover a abordagem global da saúde no ensino, treinamento, pesquisa e cooperação técnica na América Latina por meio de colaborações interinstitucionais”⁹⁰⁵; e, por fim, a Rins-Unasul que passaria a agregar os demais países da América Latina no âmbito de outra instituição, a *International Association of National Public Health (IANPHI)*, passando a se chamar “Rede Regional da América Latina IANPHI – Rede IANPHI”.

Segundo os relatos ouvidos nas entrevistas para esta pesquisa, os esforços liderados pelas redes de cooperação não se findaram completamente graças também ao papel desempenhado pela Fiocruz, que, além de figurar como secretaria executiva de diversas redes, pôde sustentar a coordenação e animação de seus encontros nos momentos finais do bloco. Contudo, a diferença primordial na estrutura disponível hoje, é que, com o fim da Unasul, o alcance que essas redes possuem foi diminuído dramaticamente. Assim, à medida em que as redes deixaram de ter uma conexão direta com os governos em seus diferentes níveis ministeriais, e passaram a ter seu escopo restrito aos institutos dos quais fazem parte, seu grau de autonomia foi reduzido ao nível técnico-científico que circunda as suas possibilidades de ação. Em outras palavras, ainda que as redes possuam a participação de alguma instância governamental, questões que envolvam uma eventual partilha ou cooperação em aspectos comerciais serão muito mais difíceis de serem abordadas, tornando mais difícil também, a garantia de soluções regionais claras e que estejam bem definidas entre as diferentes instâncias ministeriais dos governos, como a saúde e a política externa.

⁹⁰⁴ OPAS. *Rede Pan-Amazônica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1717:rede-pan-amazonica-de-ciencia-tecnologia-e-inovacao-em-saude&Itemid=725>. Acessado em julho de 2020.

⁹⁰⁵ Fiocruz; IDRC. *Implantación de la Agenda 2030 y sus ODS a Nivel Nacional em América Latina: respuestas institucionales en siete países de la región. Abordajes preliminares*. Rio de Janeiro: Centro de Relações Internacionais em Saúde – CRIS/Fiocruz; e International Development Research Centre - IDRC, 2018, p. 20. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/33426/2/Relatorio_ODSenLA_abordajespreliminares.pdf>. Acessado em julho de 2020.

6.2.2 As dificuldades em se estabelecer uma saúde “ao Sul”

Apesar da proeminência da saúde nos discursos diplomáticos do início do século XXI, a história recente da CSS brasileira nos leva a observar o quadro mais amplo com certa cautela. O momento atual, de relativo retraimento da cooperação e das articulações multilaterais, em comparação com a “era de ouro” da cooperação brasileira⁹⁰⁶, nos revela dificuldades e fraquezas institucionais persistentes. Como argumentam Marcondes e Mawdsley, para além das diferentes prioridades políticas e as preferências pessoais das últimas gestões presidenciais na era pós-Lula; e, para além dos problemas econômicos enfrentados pelo Brasil diante da crise financeira global e das fragilidades estruturais da economia brasileira, a cooperação internacional no Brasil careceu de um investimento na sua durabilidade a longo prazo. Para os autores, as principais dificuldades da cooperação brasileira têm sido: (i) em se alcançar mudanças legislativas e reformas institucionais nas agências e ministérios encarregados da cooperação para o desenvolvimento; (ii) no desafio de criar constituintes públicos e políticos para a CSS no Brasil; e (iii) nos impactos da duradoura rivalidade interministerial⁹⁰⁷.

Embora a cooperação para o desenvolvimento continue sendo executada, desde o governo Rousseff ela tem sido “menos articulada em termos de alta solidariedade Sul-Sul e mais na linguagem ‘pragmática’ dos interesses econômicos”⁹⁰⁸. Neste sentido, a ausência de um marco legal para a coordenação das atividades de cooperação; de um orçamento independente à ABC; da definição de uma estratégia clara; de uma percepção da opinião pública de sua utilidade na manutenção de boas relações com outros países e do ganho político e econômico que a cooperação pode oferecer são todos componentes importantes que ancoram os projetos de cooperação para o desenvolvimento brasileiro a partir de uma perspectiva altamente vulnerável às mudanças políticas e às preferências particulares de cada governo. Tais fatores levam Marcondes e Mawdsley a considerar a expansão da cooperação

906 Cabral, Lidia. *How Brazil missed its golden South-South co-operation moment*. The Conversation. March 15, 2016. Disponível em <<https://theconversation.com/how-brazil-missed-its-golden-south-south-co-operation-moment-56189>>. Acessado em julho de 2020.

907 Marcondes, D.; Mawdsley, E. *South–South in retreat? The transitions from Lula to Rousseff to Temer and Brazilian development cooperation*. *International Affairs* 93: 3. 2017, p.682.

908 Marcondes, D.; Mawdsley, E. *South–South in retreat? Idem. Tradução livre realizada pela autora*.

sob a liderança carismática de Lula como uma exceção à regra, tendo a administração de Dilma Rousseff provocado um “retorno à normalidade”, ainda que oferecesse algum grau de continuidade ao tema, que, desde o governo FHC, “enfetizava a busca da CSS por meio de relacionamentos com atores-chave, como Angola e Moçambique”⁹⁰⁹.

Apesar das dificuldades em manter a cooperação como um importante instrumento de política externa mediante suas sucessivas trocas governamentais e suas mudanças nas orientações políticas, entre 2014-2016 ao menos 126 instituições brasileiras da administração pública federal, estaduais, municipais, universidades e organizações não governamentais participaram de mais de 400 iniciativas de cooperação técnica internacional⁹¹⁰. Os investimentos também se mantiveram relativamente estáveis nos últimos anos. A cooperação realizada pelo Brasil – correspondente à soma das contribuições para organizações internacionais e bancos regionais, assistência humanitária, bolsas de estudo e cooperação técnica –, atingiu R\$ 2,9 bilhões em valores correntes, entre 2005-2009⁹¹¹; em 2010, totalizou R\$ 1,6 bilhão⁹¹²; já entre 2011-2013, os gastos foram da ordem de R\$ 2,8 bilhões⁹¹³; e, entre 2014-2016, houve um aumento relativo, chegando a R\$ 4 bilhões⁹¹⁴. Contudo, este aumento não necessariamente refletiu um incremento nas iniciativas de cooperação, uma vez que os gastos foram destinados, em sua grande maioria, aos dispêndios com organismos internacionais, bancos regionais e fundos multilaterais: entre 2005-2009, esses dispêndios significaram 76% do orçamento (totalizando, R\$ 2,2 bi); em 2010, 81.4% (R\$ 1,3 bi); entre 2011-2013, 53% (R\$ 1,48 bi); e entre 2014-2016, 80% (R\$ 3,2 bi). Isto significa que, com exceção do período de 2011-

909 Marcondes, D.; Mawdsley, E. *South-South in retreat? Ibid.* 2017, p.698

910 IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: levantamento 2014 – 2016*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: IPEA: ABC, 2018, p.16.

911 IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: Ipea: ABC, 2010, p.19.

912 IPEA; ABC. *Brazilian cooperation for international development: 2010*. Editor: Renato Baumann. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: Ipea: ABC, 2014, p.5.

913 IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2011 – 2013*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: IPEA: ABC, 2016, p.5.

914 IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: levantamento 2014 – 2016*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: IPEA: ABC, 2018, p.9.

2013, em média apenas 20% do orçamento da cooperação tem sido empregado em ações diretas, lideradas pelo governo brasileiro.

Nesse contexto, se o volume de investimentos não se alterou substantivamente até 2016, no mesmo ano a narrativa oficial diminuiria o uso do termo “Cooperação Sul-Sul”, concentrando-se no termo mais amplo “cooperação técnica para o desenvolvimento” para cobrir as iniciativas coordenadas pela ABC, como pode ser verificado nos sites e mídias sociais oficiais. Essa mudança refletia a visão de governo do ex-presidente Michel Temer, uma tendência que se fortaleceu durante o primeiro ano de presidência de Bolsonaro em 2019: a ideia de que a CSS é um termo política e ideologicamente carregado, identificado com uma política externa “de esquerda”⁹¹⁵. O relatório Cobradi, publicado em 2016, afirmaria que

a experiência brasileira retratada em modalidades como cooperação científica e tecnológica (capítulo 3) impõe refletir sobre o discurso predominante, que tende a limitar a cooperação brasileira a uma leitura política, associando-a à Cooperação Sul-Sul (CSS). Não se trata aqui de desconstruir um tal discurso, mas apenas de reconhecer que, por sua diversidade, seu alcance e sua complexidade, a Cobradi extrapola os limites tradicionalmente impostos pelo discurso político – que tende a resumi-la à CSS⁹¹⁶.

A inflexão no uso do termo “CSS” não significou, ao menos imediatamente, um abandono dessa forma de cooperar. O sustento da modalidade permaneceu expressivo no trabalho exercido pelas instituições implementadoras da cooperação em saúde. O trabalho desempenhado pela Fiocruz merece destaque aqui por ser uma das poucas instituições implementadoras da cooperação brasileira que reúne produção científica, capacidade tecnológica e unidades produtivas – compondo, portanto, um sistema produtivo e tecnológico que unem pesquisa, inovação, produção de fármacos e vacinas (com Biomanguinhos e Farmanguinhos), e prestação de serviços⁹¹⁷. A despeito da mudança no tratamento “oficial” dado pelo governo federal à Cooperação Sul-Sul, que no início do mandato Bolsonaro classificava os parceiros em desenvolvimento e países africanos como

915 NeST Latam. *South-South Global Thinkers Report. Institutional frameworks and governance for South-South and Triangular Cooperation in Latin America: early lessons from Covid19*. Latin American Chapter – NeST: Network of Southern Think-Tanks. 2020. *No prelo*.

916 IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2011 – 2013*. *Ibid.* 2016, p.172.

917 CEE. Carlos Gadelha: *Para garantir o SUS universal, país precisa consolidar o complexo industrial da saúde*. 28/05/2020. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Disponível em <<https://cee.fiocruz.br/?q=Entrevista-Carlos-Gadelha>>. Acessado em julho de 2020. Entrevista.

“mulambada”⁹¹⁸, a cooperação em saúde em alguma medida consegue se destacar das declarações polêmicas graças a prática e conhecimento acumulados em um sistema produtivo que há décadas colhe bons resultados. A prova disso é a continuidade de seus esforços e de seu reconhecimento internacional, tendo sido designado como centro colaborador da OMS nos temas de saúde global e cooperação Sul-Sul, contando com um Plano de Trabalho de quatro anos de duração (2014-2017). A Fiocruz possui ainda outros quatro centros colaboradores na OMS (voltados para temas como leptospirose, saúde e ambiente, escola técnica em saúde e políticas farmacêuticas)⁹¹⁹, além de participar de uma multiplicidade de redes globais, plurilaterais e regionais de cooperação (*ver figura 1*).

Se domesticamente as bases para consolidação da CSS não pareciam satisfatoriamente suficientes, por sua vez, a tentativa de encampar uma resistência integrada e coordenada regionalmente foi, sem sombra de dúvidas, atravessada por diversos desafios. Para além da crise internacional experimentada a partir de 2008, com a derrubada dos mercados financeiros após o estouro da bolha imobiliária estadunidense – ocasionada pela expansão desregulada do crédito e agravada com o socorro bilionário aos bancos europeus e americanos –, a partir de 2015, diversos governos conservadores de direita seriam eleitos na América Latina, interrompendo o fluxo de consenso e o concerto diplomático alcançados pela Unasul. Em parte, é possível atribuir a ascensão dos governos de direita aos efeitos retardatários da crise de 2008 e da queda no preço das commodities, que só começaram a ser sentidos com mais intensidade pelos países sul-americanos no começo da década de 2010. Para citar alguns exemplos, a partir da segunda metade da década, teríamos a eleição do candidato de centro-direita Mauricio Macri (2015-2019) na Argentina; no Brasil, a presidente Dilma Rousseff (2011-2016) sofreria um golpe político que culminaria no seu *impeachment* em 2016, encerrando seu mandato dois anos mais cedo e sendo substituída por seu vice-presidente, Michel Temer (2016-2018), integrante do MDB, partido de oposição; no Peru, Pedro Pablo Kuczynski (2016-2018) seria eleito, mas renunciaria dois anos depois, devido à repercussão de seu

⁹¹⁸ UOL. *Vice de Bolsonaro, Mourão chama países emergentes de "mulambada"*. 17/09/2018. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/politica/eleicoes/2018/noticias/2018/09/17/mourao-vice-de-bolsonaro-chama-aliados-do-brasil-de-mulambada.htm>>. Acessado em novembro de 2020.

⁹¹⁹ IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: levantamento 2014 – 2016*. *Ibid.* 2018, p.54.

envolvimento em casos de corrupção ligados à construtora brasileira Odebrecht; no Paraguai, o empresário conservador Horacio Cartes (2013-2018) alcançaria o posto de presidente do país, após um controverso processo de *impeachment* de seu antecessor, Fernando Lugo (2008-2012) – a ocasião do *impeachment* geraria ainda a rejeição da eleição de Cartes pela Unasul e Mercosul, o que acarretaria sanções e suspensões ao Paraguai nos dois blocos⁹²⁰. Em 2018, a onda conservadora se manteria com as eleições de Jair Bolsonaro, no Brasil; Iván Duque, na Colômbia; Sebastián Piñera, no Chile; além da questionável autoproclamação da ex-presidente da Bolívia, Jeanine Áñez, após a pressão pela renúncia de Evo Morales, que havia sido democraticamente eleito para o seu quarto mandato.

Ademais, a partir de 2016 é notável a abstenção brasileira em obter um papel relevante na diplomacia em saúde. Sendo o Brasil apontado como a grande liderança regional que possibilitou a criação da Unasul e a sua manutenção, fica claro que, a partir da gestão de Michael Temer, a organização passou a ter diversos problemas no sustento de suas iniciativas. Obviamente, esta não foi uma exclusividade da Unasul ou da diplomacia em saúde, mas da diplomacia em geral, na medida em que o Brasil deixava de oferecer uma presença qualificada nos debates e nas disputas por posições importantes nas organizações internacionais. Desse modo, a descontinuidade das operações da Unasul e suas instituições em 2019 tem sido observada como uma consequência da mudança política no continente. Tal mudança pode ser analisada como decorrente do alinhamento submisso da diplomacia brasileira aos Estados Unidos sob o governo Bolsonaro, seguida do retraimento do multilateralismo na política externa dos Estados Unidos, que, desde a eleição de Donald Trump (2017-2020) tem atacado os espaços internacionais de concerto democrático – retirando inclusive, sua participação formal da OMS⁹²¹.

⁹²⁰ Agência Brasil. “Paraguai é suspenso do Mercosul e pode também sofrer sanções na Unasul”. 24/06/2012. Disponível em <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-06-24/paraguai-e-suspenso-do-mercosul-e-pode-tambem-sofrer-sancoes-na-unasul>>. Acessado em julho de 2020.; e Correio Braziliense. “Fim de sanções ao Paraguai na Unasul só ocorrerão com eleições democráticas”. 24/07/2012. Disponível em <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/mundo/2012/07/24/interna_mundo,313369/fim-de-sancoes-ao-paraguai-na-unasul-so-ocorrerao-com-eleicoes-democraticas.shtml>. Acessado em julho de 2020.

⁹²¹ BBC. *Em meio a novo pico de coronavírus no país, Trump oficializa saída dos EUA da OMS*. 07/07/2020. Disponível em <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53329605>>. Acessado em julho de 2020.

Não obstante, a própria saída da Unasul, anunciada em 2018 por Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Paraguai e Peru, foi precedida pela criação, em 2019 – por esses mesmos países mais Equador e Guiana –, do bloco ProSur: “Foro para o Progresso e Integração da América do Sul”. O ProSur nasce sob o pretexto de coordenar, de maneira mais simples e direta, sem dispor de uma sede administrativa, temas como: infraestrutura (incluindo obras públicas, transportes e telecomunicações); energia; saúde; defesa; segurança e combate ao crime; e desastres. No que concerne a pasta da saúde, é notória sua redução. Se antes, a Unasul concebia a saúde de maneira mais complexa, como um direito ampliado e uma medida de proteção social das populações do continente; agora o ProSur se limita a defini-la como “o acesso universal aos sistemas de saúde”⁹²². Se comparado com a Unasul, que contava com a participação de todos os ministros da saúde do continente em seu Conselho, o ProSur também apresenta problemas por estar sendo administrado por dirigentes da área diplomática, com menor participação da área da saúde. Neste sentido, isto pode ser visto como uma falha, já que

a grande riqueza que se teve, quando começaram a discutir aqui na região, os tratados de livre comércio, era poder juntar diplomacia com advogados, com o pessoal da área da saúde e discutir conjuntamente. Porque você pega, por exemplo, a emissão da licença compulsória no Brasil, do Efavirenz, a única emissão, foi porque houve uma conjunção de fatores e de um grupo de pessoas que estavam à frente e com esse poder, que consegui juntar e transformar isso numa decisão estratégica. Mas se você vai discutir isso hoje, eu já participei de reuniões no GIPI, do Grupo Interministerial de Propriedade Intelectual, e eu costumo falar que é uma torre de babel. Se você fala que na área de saúde é fundamental gerar uma licença compulsória porque um produto está a preços abusivos, e as versões genéricas na Índia custam 20 vezes ou 30 vezes menos, qual vai ser a posição dos outros ministérios? Porque tem que ser uma decisão de governo, não é uma decisão do ministério da saúde. O ministério da agricultura, o MAPA, vai dizer que não. Que não concorda porque pode prejudicar os interesses de exportação, de frango, de laranjas, de produtos... e que isso pode gerar retaliações, se você faz licença compulsória de uma empresa de um país que é um grande importador do Brasil. Qual vai ser a posição do MRE? “*Ah, com esse país temos relações que nós não queremos estremecer, e a empresa é desse país, então com esse país nós não aceitamos*”. E aí tem outros interesses. Então nós não temos hoje a possibilidade de o Brasil recuperar a posição que já teve no passado⁹²³.

Diante do aprofundamento das fissuras na integração regional, também ficou nítida a dificuldade de manutenção da abordagem brasileira para uma cooperação mais

⁹²² PROSUR. *Declaración de los Ministros de Relaciones Exteriores de PROSUR y Lineamentos para el Funcionamiento del Foro para el Progreso y Integración de América del Sur - PROSUR*. Nueva York, 25 de septiembre de 2019. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_integracao/docs_PROSUL/Declaracin_y_Lineamientos_PROSUR_NY_25-09-2019.pdf>. Acessado em julho de 2020.

⁹²³ Entrevista 8, concedida à autora. Rio de Janeiro, 25 set. 2020.

estruturante, interna e externamente. Os atores entrevistados para esta pesquisa enfatizaram o desgaste da noção de cooperação estruturante ressaltando alguns de seus desafios práticos, como: a dificuldade da incorporação do termo nas ações ministeriais⁹²⁴; a dificuldade na tradução do conceito para outros países⁹²⁵, que também implica na dificuldade da percepção dos dispêndios em saúde como investimento público e não como gastos⁹²⁶; a perda de referência e de

⁹²⁴ “Eu acho que especificamente o esforço que tem sido feito de cooperação técnica Sul-Sul com os países do continente Africano, na minha opinião, todos podem ser considerados estruturantes. Eu não vou falar de outros lugares, de outras regiões, de outros espaços, porque eu não tenho essa experiência tão profunda assim. Mas a impressão que dá é que existe um apego, de um segmento, a gente sabe muito bem, aqui do Brasil, em ficar falando que ‘a, b e c é estruturante e o resto não é estruturante’. Então eu confesso que eu discordo um pouco desse emprego e dessa distinção. Na minha opinião, estruturante é o que você pensa em termos de estrutura, de impactar estrutura em longo prazo. Você pensa em instituição, você pensa em coisas maiores. E eu te digo isso, por exemplo, se a gente faz um programa ou um projeto, uma ação simplificada para atacar um agravo específico, não significa que não é uma ação estruturante. Se você pensa em termos de coisas que são estruturantes, se você pensa em capacitar recursos humanos, que na minha opinião, é um dos nós críticos para sistemas de saúde, você pode atacar essa questão pontualmente, em uma ação, mesmo que seja uma ação muito pontual, para atacar um agravo muito pontual. Mas se você pensa de forma global... para mim isso já é estruturante (...). E às vezes eu acho que esse termo traz um protagonismo que assim, eu acho importante falar em estruturante porque eu acho que traz ideias e traz conceitos que são muito importantes, porque eu acho que isso é um dos papéis da pesquisa, que é defender algum projeto de sociedade, e eu entendo e concordo com isso, mas eu acho que a gente também não pode achar que você falar estruturante define tudo. Eu acho que precisa ser definido. E é uma birra que eu tenho, porque eu acho que na cooperação em saúde isso virou uma espécie de pai nosso, uma coisa meio sagrada, uma instituição que classifica então o que é e o que não é estruturante”. Entrevista 4, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁹²⁵ “Essa ideia de redes estruturantes é interessante, mas não é fácil de traduzir. *Tem países que não entendem muito. Tem que ter algum país que seja uma locomotiva como foi Brasil, porque no fim das contas a Unasul era algo assim na América Latina, que o Brasil podia liderar.* Mas são três, quatro experiências de 100, de 1000 que existem entre universidades, associações profissionais e de outros tipos de redes que são possíveis de existir. Então o processo que me parece importante era o processo da própria Unasul. A Unasul não era o conjunto das quatro, cinco redes. A Unasul era a matriz na qual essas redes, e outras redes, e outras iniciativas, poderiam vir surgindo”. Entrevista 5, concedida à autora. Rio de Janeiro, 11 set. 2020. *Grifos meus.*

⁹²⁶ “E no passado o Brasil foi reconhecido mundialmente pelo programa de [combate à] aids; pela produção local; pela engenharia reversa e cópia de produtos que eram privilégios de multinacionais; pela doação... lembre-se que o Brasil andou doando um elenco de antirretrovirais a 12 países na América Latina e na África. Eu acho que eram 500 tratamentos, e o programa de [combate à] aids fez isso como uma Cooperação Sul-Sul para países que precisam, para que eles também possam durar. A fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique foi um projeto de anos de cooperação da Fiocruz, que montou lá uma fábrica que teve problemas, porque também pra eles em Moçambique, eles colocaram isso dentro de uma instância que vê todas as empresas que têm participação do governo, e verificaram que era a única não dava lucro. Porque tem a Companhia Moçambicana de aviação, de gás, elétrica, de cerveja... essas companhias todas dão lucro. Agora, a fábrica de medicamentos não. Então se pensou, “*porque nós temos que investir quando antigamente nós recebíamos medicamentos doados pelo fundo global, pelo Pepfar americano?*”. A compreensão disso dentro do país, ela é difícil. Para nós fica muito claro que nós temos que falar é em investimento, e não em gastos da saúde”. Entrevista 8, concedida à autora. Rio de Janeiro, 25 set. 2020. *Grifos meus.*

institucionalidade do termo⁹²⁷; e a dificuldade em separar os impactos do modelo estruturante da prática de outros tipos de cooperação⁹²⁸.

6.3

Considerações finais

Como alertam Comoraff & Comaroff, a visão das pessoas como consumidoras de um mercado global, e não como participantes de uma comunidade particular, tem originado conjuntos de identidades que contribuem menos à história ou à sociedade do que as qualidades humanas podem oferecer⁹²⁹. Neste sentido, mal o sujeito pós-colonial brasileiro é reconhecido como cidadão e ele já precisa dar conta de si mesmo, sem que consiga acessar plenamente os direitos que lhe foram prometidos constitucionalmente. Isto porque o pleno exercício do direito à saúde depende de uma razão universal, que acolha as diferenças sem deixar de reconhecer a humanidade que nos torna comuns. Neste sentido, “não se pode falar de sujeito universal sem que se admita uma noção do direito na qual todos sejam idênticos,

⁹²⁷ “Há 3 anos atrás [2017] a gente conseguiu fazer uma reunião em que nós colocamos juntos, a Fiocruz junto com o ISAGS e o Pnud, e pelo menos três pessoas de cada um dos países da América do Sul, nos 12 países: uma pessoa que trabalhava saúde e medicamentos; uma pessoa que trabalhava no escritório de patentes, no instituto de propriedade intelectual; e uma pessoa que trabalhava no contencioso, que aqui nós temos a defesa do consumidor. Isso para trabalhar conjuntamente, ver que cooperação poderia haver entre os países, para assegurar o acesso a medicamentos e ver se um país poderia ajudar o outro; para emitir licenças compulsórias, ou para ver quando tivesse casos de abuso de poder econômico – um ponto que não tem sido muito explorado na área de saúde mas em outras áreas sim; contencioso em outras áreas de litígio em relação às patentes. Mas depois se acabou. *Porque quando acabou a Unasul e o ISAGS as pessoas perderam a referência e a capacidade de se reunir, mesmo que online.* Agora, tem as redes informais, Redes de Institutos de Saúde, Redes de Escolas de Saúde Pública. *Mas são redes que podem funcionar, mas que não têm poder decisório. E essas redes dificilmente chegam ao poder decisório hoje, em seus respectivos países.* Aqui no Brasil, por exemplo, é um caos. Você não chega ao Ministério da Saúde ou ao Ministério das Relações Exteriores para discutir a sério uma questão dessas, com o governo que nós temos.” Entrevista 8, concedida à autora. Rio de Janeiro, 25 set. 2020. *Grifos meus.*

⁹²⁸ “Eu acho que a gente acaba tendo uma discussão muito endógena. A gente parte do pressuposto de que a cooperação nacional estruturante é o melhor modelo. Eu acho que é um supermodelo, é um modelo incrível. *Mas é um modelo que a gente não conseguiu sustentar. É um modelo cujos impactos eles coincidem com outras iniciativas, então também é difícil a gente entender se foi só a gente, se foi o Fundo Global.* Por exemplo, a cooperação em aids. Ao mesmo tempo em que o Brasil cooperou para caramba em aids, a gente tinha o Pefar. Como teria sido a nossa cooperação sem o Pefar? Eu não sei. Talvez os países não tivessem habilidade sequer de absorver. Porque as pessoas morriam sem o tratamento. Então quando se tem o tratamento é legal você ter alguém que possa dar a cooperação técnica, mas sem o tratamento, não tem o que fazer”. Entrevista 3, concedida à autora. Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

⁹²⁹ Comaroff, J.; Comaroff, J. L. *Millennial Capitalism and the Culture of Neoliberalism.* In: Edelman, M.; Haugerud, A. (eds.). *The Anthropology of Development and Globalization.* Oxford: Blackwell Publishing, 2005, p.182.

todos tenham valor”⁹³⁰. Como nos lembra Mbembe, desde o período colonial o Estado tem permitido e viabilizado a formalização de práticas discriminatórias exercidas pelos mercados, como no caso do tráfico e escravização de seres humanos⁹³¹. O aprofundamento formal dessas práticas discriminatórias na atualidade tem se dado, sobretudo, a partir da retirada de direitos e da transformação dos seres humanos, em sua generalidade, em coisas inanimadas, em números e indicadores de crescimento econômico.

Nas últimas duas décadas, a execução da diplomacia brasileira em saúde enfrentou grandes tensões, que se refletiram na consolidação de um posicionamento internacional em defesa dos sistemas nacionais de saúde ao mesmo tempo em que o SUS sofria para ser preservado no âmbito nacional. As negociações em torno do TRIPS, da fabricação de ARVs, e o papel da Fiocruz na construção de redes de cooperação estruturantes, são exemplares de uma atuação que buscava o reconhecimento e o exercício efetivo do direito universal à saúde no Brasil. Suas ações, no entanto, foram constantemente constrangidas pela impossibilidade de acessar o campo político internacional, e marcadas pela dificuldade de: (i) acompanhar o desenvolvimento capitalista europeu e estadunidense; e (ii) de poder definir, de maneira sustentada, as políticas globais de saúde, tendo como ponto de partidas as necessidades e urgências dos países em desenvolvimento. Dito isto, os duros entraves encarados pela cooperação estruturante na sua operacionalização e no seu sustento como uma ferramenta de defesa dos UHS, se traduzem na dupla dificuldade em lidar com a governança neoliberal da saúde global tanto no âmbito doméstico quanto no internacional.

Domesticamente, a dificuldade em levar a cooperação estruturante adiante se verificou na ausência de estruturas legislativas e reformas institucionais que pudessem dar conta da CSS e sua existência no sentido geral, mas não apenas; em sua essência, o desenvolvimento das capacidades institucionais que a cooperação estruturante compreende, é percebido pelos atores da CSS como um processo não-linear, que depende de múltiplas dinâmicas e de investimentos a longo prazo⁹³². Isto

⁹³⁰ Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. *Ibid.* 2018, p.174.

⁹³¹ Mbembe, A. *A crítica a razão negra*. *Idem.*

⁹³² BRICS Policy Center, Centro de Estudos e Articulação da Cooperação Sul-Sul, Agência Brasileira de Cooperação. *Caminhos para a construção de sistemas e processos de monitoramento*

torna mais difícil a sua tradução automática em resultados ou impactos sociais, além de demandar a devida alocação de recursos para que se desenvolvam práticas de monitoramento e avaliação dessas iniciativas, gerando a memória institucional que apoiará processos e planejamentos futuros. Ainda que o desenvolvimento de capacidades nacionais permita a formulação e execução de soluções de desenvolvimento endógenas e mais sustentáveis, é preciso compreender que este é um processo complexo, que “envolve dimensões interdependentes, abrangendo mudanças nos níveis individual, organizacional, interinstitucional e social”⁹³³ que nem todos os países conseguem replicar em seus territórios. Neste sentido, outro problema decorrente é o seu planejamento, que não parece ter sido suficientemente articulado com a manutenção do SUS, carecendo de um maior alinhamento que favorecesse a construção de uma percepção pública da capacidade produtiva dos investimentos em saúde, bem como do seu papel no fortalecimento do Estado e do conjunto de direitos sociais que ele pode oferecer. Como exposto neste capítulo e no capítulo 5, a construção dessa percepção foi, a todo momento, atravessada pela concessão de privilégios formais aos serviços privados de saúde no âmbito doméstico.

Internacionalmente, as dificuldades em se manter uma *advocacy* pelo UHS têm se ampliado à medida em que o apoio e os recursos diplomáticos para se contrapor às narrativas mercantilizantes da saúde tornam-se cada vez mais escassos e são absorvidos pela ascensão de governos de extrema direita. Tais governos têm apostado em uma dinâmica de financeirização da vida que transcende os mercados e ocupa as relações entre países, instalando-se no próprio interior dos organismos internacionais. Dessa forma, se a princípio as organizações internacionais tiveram como objetivo gerar medidas de confiança mútua, aumentando a segurança por meio da criação de alianças, coalizões e mecanismos de resolução de disputas⁹³⁴; a atual desmobilização e o descrédito oferecido por governos extremistas a essas esferas de concerto internacional e regional, têm deixado as relações bilaterais mais sensíveis às variações dos humores e polarizações políticas, fragmentando a

e avaliação da cooperação sul-sul. Brasília, Ministério das Relações Exteriores, 1ª edição, Brasília, 2017, p. 10.

⁹³³ BRICS Policy Center, Centro de Estudos e Articulação da Cooperação Sul-Sul, Agência Brasileira de Cooperação. *Caminhos... Ibid.* 2017, p. 11.

⁹³⁴ Herz, Monica; Tabak, Jana; Hoffmann, A. R. *Organizações Internacionais: história e práticas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

capacidade de resposta coletiva e as saídas disponíveis aos países em desenvolvimento.

7.

Conclusão

Esta tese nasceu da busca por compreender as condições de possibilidade para a produção de novas subjetividades, novas formas de resistências e de governo sobre a vida. Ao longo do processo de pesquisa, foi possível perceber que as políticas que permitem a preservação da vida envolvem sobretudo a (re)definição do *demos* e de quem a ele pertence. Também foi possível observar, por meio da análise da construção do sistema nacional de saúde, que essa definição é um processo doméstico, mas que, ao mesmo tempo, tem sua dinâmica influenciada e seus limites autorizados pela política internacional. Como consequência, ao investigar os sentidos atribuídos ao direito à saúde nas políticas de construção de sistemas de saúde, no Brasil e na agenda da Saúde Global, esta tese conduziu a algumas conclusões, as quais tentarei sumarizar a seguir.

Como vimos no capítulo 2, no contexto da biopolítica e da arte de governo liberal, a população passou a ser gerenciada pelo Estado com o objetivo de regulamentar o comportamento humano, tornando a intervenção estatal pela manutenção da vida ou da morte uma tecnologia de poder. Para Foucault, isto se deu a partir da naturalização e generalização de eventos aleatórios que ocorrem na multiplicidade biológica⁹³⁵, como as epidemias e os episódios de fome, o que tornava possível a economicização da vida humana e a sua regulamentação utilitarista enquanto espécie, tornando a morte admissível quando em prol de um melhor funcionamento do Estado e do mercado. Assim, a vida e a morte, a saúde e a doença, passavam a ser elementos resguardados e controlados pelo Estado, de modo que a sua previsibilidade pudesse orientar as políticas econômicas.

Crucial para a admissibilidade da morte nesta nova forma de organização da vida, estava a compreensão do corpo humano enquanto espécie. Para tanto, Foucault afirmou que o racismo se inscreve nos mecanismos de controle do Estado⁹³⁶ a partir do aperfeiçoamento das técnicas de governo experimentadas no século XVIII, facilitando a divisão da população em subespécies e possibilitando a criação de um inimigo comum, inferior, o qual poderia ser deixado à morte. Porém, como vimos nos capítulos 2 e 3, o que Foucault não observou em suas análises foi o quanto essa distinção é fundadora do próprio Estado-nação europeu. Afinal, foi com o encontro

⁹³⁵ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”, *Ibid.* 1997, p. 252. Tradução livre realizada pela autora.

⁹³⁶ Foucault, M. “*Society Must Be Defended*”. *Ibid.* 1997, p. 254.

colonial no século XVI que se pôde não apenas pré-definir aqueles/as cujas vidas valiam menos, mas também fundamentar a compreensão de um inimigo externo comum à Europa, originando uma racionalidade que destituía de humanidade os habitantes dos territórios invadidos pelas potências europeias. Crucial para o sustento de relações mais equilibradas no mercado de trocas europeu, o colonialismo já inaugurava, portanto, raça e racismo como dispositivos fundamentais na determinação de quais corpos poderiam ser fadados à morte. Neste sentido, a preservação da vida por meio da biopolítica se fazia possível quando o elemento de alteridade era colocado para fora do Estado-nação europeu, quando o ônus da morte e do trabalho forçado poderia ser terceirizado. O equilíbrio econômico que a biopolítica viria a permitir foi assim garantido com a expansão ultramarina dos mercados europeus, que se sustentava na destituição de humanidade das populações indígenas e negras com o objetivo de justificar sua bárbara escravização.

Isto posto, este trabalho buscou observar como a instabilidade da noção de existência humana atribuída às populações que outrora foram colonizadas, têm marcado até hoje as escolhas políticas e o lugar social que permitem o direito à saúde e à vida desde a sua primeira interação com o mundo europeu. Assim, vimos que, se para o exercício pleno da biopolítica no território europeu foi preciso localizar um inimigo externo; no contexto colonial este inimigo é desde o início localizado internamente, dentro da própria população que o constitui. Neste sentido, o território pós-colonial luta pela possibilidade da biopolítica e das intervenções estatais pela garantia da vida quando, desde o princípio, a organização da vida em sociedade é pautada pela certeza da morte e do seu papel na garantia do lucro e da manutenção de uma desordem social que atua em prol da ordem econômica. No Brasil, foi a partir desse processo de retirada da humanidade de pessoas escravizadas, que puderam ser incorporadas ideias e políticas eugênicas que viam a própria população brasileira como inimiga do seu desenvolvimento. Sendo pintada como um impedimento à constituição da “civilidade” do país, a divisão social brasileira entre latifundiários, escravos e homens brancos e livres também impôs um entrave ao usufruto da cidadania e do conjunto de direitos e deveres que ela implica. Por muito tempo, a inserção tardia no sistema internacional foi marcada por esse suposto “atraso civilizatório”, cuja conta é cobrada não daqueles que nos

colonizaram, mas do próprio povo colonizado. Assim, a constituição de uma subjetivação racista na divisão social estruturou e ainda estrutura a sociedade brasileira enquanto corpo coletivo. As implicações desse processo, além de apartar mais da metade da população do acesso ao conjunto de bens sociais de que têm direito, reforça a negação de sua existência enquanto comunidade política.

O desenvolvimento desta tese teve de se confrontar, portanto, com uma concepção de direito à saúde e à vida que, em sua matriz, só é de fato usufruída e possibilitada a partir de uma dimensão racializada. A determinação histórica daqueles que podem ou não acessar o conjunto de direitos e deles fazer uso influenciou não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também a um ambiente saudável em seu entorno. *Afinal, a saúde no Brasil é constituída como um privilégio da branquitude, formalizado e regulado com a assinatura da carteira de trabalho.* Como vimos no capítulo 5, até 1990 as ações estatais que contemplavam a saúde dirigiam-se, sobretudo, à medicina previdenciária. Concentrada principalmente nos centros urbanos do país, a saúde dos trabalhadores formais era garantida pelo INAMPS sob a lógica de que um corpo doente se tornaria um entrave para o trabalho, além de um problema individual e econômico. Assim, aos trabalhadores informais e rurais restavam as poucas ações de prevenção do MS e a caridade nas Santas Casas e demais instituições filantrópicas. *Portanto, é apenas com o SUS que a promessa de inclusão social em um sistema de direitos pôde ser vislumbrada.* Ainda que o direito à saúde tenha sido altamente excludente em sua origem – pois se constitui a partir da destituição de humanidade de outrem –, a sua formalização em um território pós-colonial tem um impacto gigantesco na qualidade de vida das pessoas. O direito à saúde tem o potencial de ser, em certa medida, reparador de injustiças sociais que se perpetuam por séculos. A garantia da manutenção da vida em boa saúde pelo Estado, sem distinção entre os cidadãos e por meio do SUS, traz consigo a promessa de inclusão da parcela excluída da população. Assim, o SUS transforma – ao menos constitucionalmente – aqueles que antes eram vistos como alvos das políticas públicas em partícipes na sua definição e execução. Há, portanto, o vislumbre em se romper com a ideia de uma cidadania regulada⁹³⁷, e assim instaurar uma cidadania plena e universal.

⁹³⁷ Santos, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*. *Ibid.* 1979, p. 75.

Por meio deste movimento de redefinição da cidadania, foi possível que se arvorasse um projeto verdadeiramente universal de garantia do direito humano à saúde. Contudo, muito embora a conquista do SUS tenha sido fruto de uma vitória popular, desde a sua implementação ela é confrontada por inúmeras tentativas de esvaziamento. Como visto nos capítulos 4 e 5, isto também se deu a partir da recepção hostil de um cenário internacional em mudança. O SUS se constituía ao mesmo tempo em que o encolhimento das redes de proteção social, garantidas pelo Estado, se tornava o imperativo político do novo século. À medida que os esforços para a implementação do SUS são empreendidos, a governança global da saúde passa a reconhecer a autoridade sobre a manutenção da vida não mais como uma tarefa exclusiva dos Estados. Assim, passa a transferi-la gradualmente para o mercado e suas aspirações filantropicistas⁹³⁸, de modo que o comportamento humano também fosse cada vez mais regulado e orientado pelo lucro e pela competição. Isto permitiu a instauração de uma ordem social e econômica que tende a ser disruptiva *per se*, e que, ao se dar em um terreno livre de regulamentações como o mercado, se sustenta justamente no enfraquecimento (i) das políticas de proteção social; (ii) da tomada de decisões democráticas; e (iii) no consequente aumento das iniquidades.

O avanço da governança neoliberal da saúde se refletia, portanto, na própria montagem do SUS, cuja estrutura operacional já nasce híbrida, obrigada a disputar com o mercado a provisão de recursos públicos. Dessa forma, o processo de exclusão social acabou se dando por dentro da própria dinâmica constitutiva do sistema, cuja duplicidade tem erodido continuamente a possibilidade de sua universalidade, reavivando a segregação social e reforçando a ideia de que o SUS é um sistema exclusivo para pobres. Mesmo disfrutando de uma concepção da saúde como um direito constitucional, uma série de implicações passaram a complexificar seu pleno exercício. Quando consideramos sua natureza híbrida e a perspectiva de seu subfinanciamento histórico, é possível perceber que a competição que alimenta a governança neoliberal não é um elemento natural, mas sim parte da formalização de privilégios, consagrada no financiamento público de determinados atores privados. É a formalização da desigualdade por meio da

⁹³⁸ Ver Thompson, C. *Philanthrocapitalism: rendering the public domain obsolete?* *Ibid.* 2017.; e Birn, Anne-Emanuelle. *Philanthrocapitalism, past and present.* *Ibid.* 2014.

atuação jurídica do Estado que faz com que os direitos passem a ser vistos a partir de uma lógica que submete a justiça social a uma função econômica.

Transformando o Estado em um mero facilitador de negócios, no nível doméstico, tais privilégios se acumularam em leis que autorizam a dedução (por vezes, integrais) de impostos e contribuições sociais que estimulam a oferta e a demanda de serviços privados, além de reduzirem o investimento público disponível para o SUS (*ver Apêndice I*). Nesse contexto de subfinanciamento, a introdução de medicamentos e terapias de alta complexidade tecnológica, sem que haja um investimento público no seu desenvolvimento ou no desenvolvimento de ao menos parte de seus componentes pelo complexo industrial nacional, acumula imensos desafios ao cumprimento do objetivo de universalização da saúde. Isto tem gerado, por exemplo, uma recorrente judicialização de casos para a garantia do acesso à tratamentos, medicamentos e atenção à saúde. Este é o caso dos medicamentos ARV, como vimos no capítulo 6, mas não apenas; esta dificuldade também se comprovou quando da recente aprovação pela Anvisa de um novo medicamento utilizado no tratamento da atrofia muscular espinhal em crianças, o Zolgensma, cujo custo está estimado em US\$2,1 milhões por paciente. O tratamento da doença já havia sido iniciado anteriormente por demandas judiciais que envolviam o medicamento Nusinersena (Spinraza), que hoje custa anualmente ao Ministério da Saúde, R\$ 1,3 milhões⁹³⁹. A longo prazo, à medida que o país não disponha dos meios necessários para a produção nacional desses tratamentos e a demanda se multiplique, sua garantia via judicialização poderá comprometer grande parte do orçamento disponível para a saúde – que em 2021 sofrerá um corte de cerca de 35 bilhões de reais⁹⁴⁰. Assim, ao olharmos sua aplicação individual à luz de um orçamento geral cada vez mais restrito – ou melhor, congelado até 2036 pela EC 95 –, a judicialização da saúde coloca a existência do SUS sobre uma corda bamba.

Naturalmente, recorrer à justiça em busca da atenção a sua saúde ou à saúde de seus familiares é um direito inquestionável dos cidadãos na busca por soluções que

⁹³⁹ CEE Fiocruz. *Zolgensma, o tratamento de 2 milhões de dólares. Vamos tratar as crianças ou a indústria?* por Jorge Bermudez. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Saúde e Sustentabilidade. 27/05/2019. Disponível em <<https://www.cee.fiocruz.br/?q=Zolgensma-o-tratamento-de-2-milhoes-de-dolares>>. Acessado em novembro de 2020.

⁹⁴⁰ CNS. *Em 2021, SUS pode perder o valor de 35 vezes o orçamento anual do Samu*. 08/09/2020. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1360-em-2021-sus-pode-perder-o-valor-de-35-vezes-o-orcamento-anual-do-samu>>. Acessado em novembro de 2020.

aliviem seu sofrimento, mas é fundamental que, para acompanhar o crescimento dessas demandas e o surgimento de novas tecnologias, também se criem políticas públicas correspondentes, o que apenas a legislação doméstica não parece dar conta de resolver. Não obstante, torna-se cada vez mais urgente a regulamentação dos mercados e da precificação abusiva que a propriedade intelectual no campo da saúde global tem permitido. Caso contrário, a conta da incorporação tecnológica e da sua distribuição equitativa não fechará, colocando os países em uma encruzilhada que, conhecidamente, nos leva à defesa absurda da redução dos direitos civis em prol do equilíbrio fiscal e econômico das contas públicas. Como nos lembra Brown, se o cidadão passa a ser o ponto final de toda a responsabilidade pela sua vida e saúde, sua submissão à governança neoliberal tem o deixado cada vez mais desprotegido e inseguro, sendo ele mesmo “um índice da economização neoliberal”⁹⁴¹.

Neste sentido, se antes a instabilidade da noção de existência humana, vivida pelas populações racializadas, tinha como objetivo principal a dominação absoluta sobre indivíduos colonizados, na atualidade essa instabilidade se expande para compreender o maior número de pessoas possível. Mbembe nos lembra que essa dominação letal⁹⁴² – na qual a noção de raça é fundamental para determinar quem deve morrer e quem devemos deixar viver –, faz com que na virada para o século XXI, a financeirização da vida possa sustentar os diversos níveis de discriminação social originalmente provocados no encontro colonial, os estendendo às demais populações. A intervenção pela manutenção da vida deixa de ser um elemento crucial na organização social exercida pelo Estado; é a crueldade e o terror da expectativa da morte, experimentadas por nossos antepassados no período colonial, que organiza o comportamento humano em uma ordem disruptiva, generalizando a necropolítica e os seus efeitos para além da população negra e indígena que outrora fora escravizada. Como afirma Almeida, as mazelas econômicas vividas nas colônias agora se espalham ao redor do mundo, ameaçando “fazer com que toda a humanidade venha a ter o seu dia de negro, que pouco tem a ver com a cor da pele,

⁹⁴¹ Brown, W. *Ibid.* 2018, p.47.

⁹⁴² Mbembe, A. *Necropolítica. Ibid.*, 2018, p.48.

mas essencialmente com a condição de viver para a morte, de conviver com o medo, com a expectativa ou com a efetividade da vida pobre e miserável”⁹⁴³.

Diante deste cenário é que se coloca o tensionamento entre a diplomacia em saúde e a manutenção do sistema de saúde brasileiro, demonstrado nos capítulos 5 e 6. Ao longo do período que vai de 2000 a 2015, no plano internacional, o país se consolidava como defensor dos UHS, embora não tenha conseguido preservar seu próprio sistema de saúde das legislações, no âmbito doméstico, que o enfraqueciam e que ampliavam os gastos públicos com o setor privado. Assim, ao mesmo tempo em que a diplomacia brasileira e a cooperação Sul-Sul se fortaleciam fazendo avançar pautas de saúde pública – como a flexibilização dos TRIPS, a universalização do acesso a medicamentos, a defesa dos UHS, a centralidade dos DSS no combate às iniquidades, e a necessidade de abordar a saúde em todas as políticas –, as medidas domésticas de subfinanciamento do SUS se intensificavam e eram conduzidas pelo próprio Estado, que sacramentava a retirada de investimentos em políticas de proteção social para redirecioná-los às políticas de proteção do risco financeiro. Isto posto, o debate entre UHS e UHC nos confronta com a percepção de que a construção de sistemas nacionais de saúde *per se*, é um elemento de disputa no sistema internacional, o que, por sua vez, torna a própria existência do SUS um problema de política internacional. Neste sentido, se quisermos tratar da saúde nacional a partir de uma perspectiva que a reconhece como um direito humano e um bem público, é preciso compreender que esse debate também deverá ser conduzido (e certamente constrangido) internacionalmente. Afinal, com a proliferação de epidemias e emergências sanitárias em escala planetária, a saúde tem se tornado cada vez mais global, e qualquer estratégia a ser perseguida no futuro precisará levar em conta a sua dimensão globalizante, bem como as iniquidades entre e intra países que a governança neoliberal alimenta.

Dito isto, esta tese acende o alerta para que se observe a própria economia política internacional da saúde, na qual o estudo das seguradoras de saúde parece ser imperativo nas agendas de pesquisas que visem compreender a montagem de sistemas de saúde no período pós-2015. Em grande parte, a vitória avassaladora da UHC nas agendas de desenvolvimento tem sua origem nos investimentos

⁹⁴³ Almeida, Silvio. *Racismo Estrutural*. *Ibid.* 2020, p.125.

bilionários da Iniciativa Global da Saúde, lançada em 2009 pelo governo estadunidense de Barack Obama. Originária de um período de crise financeira mundial, a proposta da cobertura universal parece ter logrado consagrar os sistemas de saúde híbridos como a grande aposta internacional; uma hibridez que, em vez de regular as iniciativas privadas a partir do interesse público, redireciona o centro da tomada de decisões para o mercado. Desde então, a UHC tem sido apoiada por instituições filantrópicas, agências de cooperação bilaterais, Banco Mundial, OIT e OMS, ganhando inclusive, uma visibilidade muito maior do que as demais submetas presentes no ODS 3 da Agenda 2030. De seu sentido mais amplo que era “garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades”, o ODS 3 passa assim a centrar-se no alcance da submeta 3.8 de UHC, “incluindo proteção contra riscos financeiros, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos”⁹⁴⁴. Ainda que a cobertura universal possa ser um meio para se garantir o acesso aos serviços de saúde, ela não compreende todos os aspectos que o direito a saúde, enquanto um direito humano, pode oferecer. Assim, é preciso enfatizar que a cobertura não se relaciona com a saúde em suas dimensões ambiental, política e socioeconômica, que implicam na construção social de uma condição de vida saudável a qual todos os seres humanos devem ter direito.

Por sua vez, a centralidade do mercado nas decisões que determinam o curso da vida humana também pôde ser verificada na conformação do orçamento e da agenda política da OMS, que, como vimos no capítulo 4, passa a ser determinada em grande parte por contribuições privadas, reduzindo a capacidade de representação democrática por meio dos Estados e seus governos eleitos. Em suma, o crescente questionamento da legitimidade das organizações internacionais em determinarem a agenda global da saúde, longe de ser um fenômeno recente, ocupa as transformações ocasionadas pela intensificação da governança neoliberal nas últimas décadas. A OMS também é impactada, portanto, por um movimento que refunda sua percepção do direito à saúde, na medida em que passa a operar não à serviço de sua carta constitutiva, mas sim daqueles que podem financiar a sua existência.

⁹⁴⁴ Ver <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

Ao longo dos últimos anos, pareceu significativo que a concepção global do direito à saúde tenha se fragmentado justo quando aumentam as demandas para que o direito à saúde atenda à universalidade de fato, o que, diante da pandemia de Covid-19, tem se tornado ainda mais crítico. Embora a OMS tenha afirmado recentemente que a imunização extensiva é “um *bem público global* para a saúde na prevenção, contenção e interrupção da transmissão a fim de pôr fim à pandemia, uma vez que vacinas seguras, de qualidade, eficazes, e acessíveis estejam disponíveis”⁹⁴⁵, o risco é que esta tenha sido apenas uma promessa retórica. Afinal, isto não é o que vem se verificando com a multiplicação dos acordos bilaterais entre grandes farmacêuticas e países desenvolvidos, antes mesmo que uma vacina em teste tivesse sua eficácia comprovada. Uma vez que estes acordos determinam condições específicas de transferência de tecnologia e o pagamento de royalties e direitos patentários, a possibilidade de compartilhamento das soluções imunológicas entre os países tem diminuído dramaticamente, fazendo com que as saídas sejam pensadas, sobretudo, nacionalmente.

Isto posto, o cenário de tensão entre a saúde pública e a propriedade intelectual tem reforçado a compreensão da saúde em termos econômicos, opondo assim, direitos coletivos (das populações) aos direitos individuais (das iniciativas privadas). Ainda que o acordo TRIPS permita que as farmacêuticas produtoras das vacinas em teste imponham proteções de patentes para monopolizar a produção e maximizar seus lucros, desde as flexibilizações alcançadas na Declaração Ministerial de Doha foi possível fazer uso do licenciamento compulsório como uma ferramenta útil na produção de medicamentos genéricos a preços acessíveis. Contudo, como ressalta Gostin *et.al.*, no contexto das vacinas essas flexibilidades de propriedade intelectual “não podem resolver a falta de infraestrutura, capacidade, conhecimento técnico e reconhecimento regulatório necessário para [a produção de] vacinas genéricas”⁹⁴⁶, deixando os países em desenvolvimento em uma situação sanitária ainda mais alarmante. A este respeito, a iniciativa da OMS com a *Covax Facility* apesar de bem-vinda, tem sido insuficiente: com a contribuição de 186 países, a organização garantirá a distribuição de 2 bilhões de doses até o final de 2021, o que garantirá a

⁹⁴⁵ WHO. *Seventy-Third World Health Assembly. A73/CONF./1 Rev.1. Idem. Grifos meus.*

⁹⁴⁶ Gostin, L.; Karim, S. A.; and Meier, B. M. “*Facilitating Access to a COVID-19 Vaccine through Global Health Law.*” *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, October 6, 2020, p. 624.

vacinação de apenas 20% de suas populações⁹⁴⁷. A OMS tem feito apelos ao G20 para que as maiores economias do mundo reconheçam a gravidade da pandemia e forneçam estratégias de saída financeira adequadas, reiterando a necessidade de sua participação e investimento na *Covax*⁹⁴⁸. Entretanto, para os países que já negociam bilateralmente a produção de vacinas para sua população, a *Covax* tem sido articulada “como uma *apólice de seguro* inestimável para proteger seus cidadãos, tanto direta quanto indiretamente”⁹⁴⁹ caso os acordos bilaterais realizados acabem por não produzir vacinas eficazes. Financiada em grande parte pela Fundação Gates e Wellcome Trust, a *Covax* acaba emulando, internacionalmente, outra estratégia híbrida de provisão da saúde, na qual, igualmente, o poder de decisão recai sobre os mercados. Enquanto os países ricos celebram contratos bilionários com as farmacêuticas, as vacinas que “sobrarem” serão destinadas aos países menos afortunados, transformando a iniciativa em uma espécie de sistema de imunização para pobres.

No momento em que escrevo, a pandemia se aproxima de seu décimo-primeiro mês de duração, comprovando que ainda permanecerá por muito tempo em alguns lugares. Em todo o mundo, já foram confirmados aproximadamente 109 milhões de casos e 2,4 milhões de mortes⁹⁵⁰. De certo modo, a dimensão catastrófica da doença abre a oportunidade para que os países retomem as negociações em torno de uma concepção da saúde mais igualitária. Apenas nas Américas, a Covid-19 reúne mais de 48 milhões de casos de infecção, quase metade de todos os casos notificados ao redor do mundo⁹⁵¹. O quadro clínico das iniquidades presentes na região, que antes já enfrentava um cenário prévio de aumento da insegurança alimentar, da

⁹⁴⁷ As doses destinadas para países de baixa renda adquiridas com o *Covax Facility* serão pagas por meio de um mecanismo financeiro separado, intitulado “Gavi *Covax AMC*”, a ser financiado via Assistência Oficial ao Desenvolvimento (AOD). Ainda assim, o financiamento total depende da arrecadação atingida, o que torna provável que os 92 países de baixa renda elegíveis para AOD também devam compartilhar alguns dos custos de produção e entrega das vacinas de Covid-19, estimados entre US\$ 1,60 e US\$ 2 por dose. Segundo a OMS, o *ACT Accelerator* (criado para acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso equitativo a diagnósticos, tratamentos e vacinas para a Covid-19, no qual o *Covax* está incluído) enfrenta ainda a falta de financiamento imediato de US\$ 4,3 bilhões, e necessita de US\$ 23,9 bilhões adicionais para o ano de 2021. Ver <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

⁹⁴⁸ WHO. *Letter to the G20*. 19 November 2020. Disponível em <<https://www.who.int/publications/m/item/letter-to-the-g20>>. Acessado em novembro de 2020.

⁹⁴⁹ Ver <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>

⁹⁵⁰ Ver WHO. *Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Disponível em <<https://covid19.who.int/>>. Acessado em fevereiro, 2021.

⁹⁵¹ *Idem*.

subnutrição e da epidemia de doenças crônicas não-transmissíveis – como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, cânceres e doenças respiratórias crônicas; agora se agrava com a Covid-19 e os efeitos do isolamento social para a economia, dificultando também a manutenção dos empregos e da produção. Segundo o último relatório divulgado pela Cepal, a crise sanitária provocou “a pior contração econômica e social das últimas décadas, tanto no âmbito mundial como nas economias da América Latina e do Caribe”. Para 2020, o relatório prevê uma queda de 9,1% no PIB dos países da região, além de aumentos catastróficos dos níveis de pobreza, cuja estimativa é de que alcance 37,3%, seguida da taxa de desocupação, que chegará a 13,5%⁹⁵². As previsões do relatório também apontam que “em 2020 o nível do PIB per capita da região seja equivalente ao de 2010, e o da pobreza ao de 2006, o que suporia uma década perdida em termos econômicos e quase uma década e meia em termos sociais”⁹⁵³.

Diante deste cenário, compreender a saúde como um direito humano, e, sobretudo, como um bem público global, exige um nível de consenso mundial que só foi visto em dois momentos anteriores: quando da fundação da própria OMS em 1948, e com a Declaração de Alma-Ata, em 1978. Ainda assim, um possível retorno às instâncias de concerto multilateral se torna possível com a recente eleição da chapa Biden-Harris, que traz consigo a expectativa de que os Estados Unidos retomem sua posição de liderança na saúde global. Contudo, cabe lembrar que isso se dará a partir da herança de um relacionamento fraturado com a OMS⁹⁵⁴, e que pouco ainda se sabe acerca das decisões que Biden tomará sobre a reforma da organização em meio à guerra comercial que o país tem travado com a China. Ademais, esse também é um momento particularmente difícil para o povo brasileiro, que não poderá contar com um retorno à época de ouro de sua diplomacia em saúde.

Isto posto, além de expor e agravar as iniquidades sociais sofridas no Brasil, a pandemia de Covid-19 também destacou a centralidade da relevância do SUS na manutenção da vida da população, em meio à um governo que trabalha pela sua

⁹⁵² Cepal. *Estudo Econômico da América Latina e do Caribe, 2020*. Resumo executivo (LC/PUB.2020/13). Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal), 2020, p.7.

⁹⁵³ Cepal. *Estudo Econômico da América Latina e do Caribe, 2020*. *Idem*.

⁹⁵⁴ NYT. *Trump Gave W.H.O. a List of Demands. Hours Later, He Walked Away*. 27/11/2020. Disponível em <<https://www.nytimes.com/2020/11/27/world/europe/trump-who-tedros-china-virus.html?searchResultPosition=2>>. Acessado em dezembro de 2020.

destruição e paralisia. A nítida incapacidade do governo Bolsonaro em dialogar diplomaticamente também tem acendido o alerta para o futuro das relações comerciais com a China, principal parceiro comercial brasileiro. Inúmeros têm sido os episódios em que Bolsonaro e seus filhos se alinharam ao discurso trumpista e acusaram, sem provas e via *Twitter*, a China de ser responsável pelo novo coronavírus. O clã Bolsonaro tem proferido uma série de declarações anti-ciência, que negam a gravidade da pandemia e ainda alimentam *fake news* de cunho xenofóbico sobre a vacina produzida pela farmacêutica chinesa Sinovac, em parceria com o Instituto Butantan. Além disso, é preocupante que o presidente Bolsonaro tenha equipado a Anvisa com militares de sua confiança, o que tem sido lido pelos especialistas como uma estratégia para dificultar a aprovação das vacinas em teste no país⁹⁵⁵. Neste sentido, as posições recentes da política externa brasileira têm sido mais um sinal do projeto deliberado de enfraquecimento do Estado como provedor de políticas de proteção social e do estado fraturado em que a diplomacia da saúde global se encontra.

Por estes motivos, domesticamente o desafio ainda é imenso. O Brasil experimenta uma situação diferente da maior parte dos países em desenvolvimento, por dispor não apenas de conhecimento técnico qualificado, mas também de plantas públicas de produção e armazenamento de imunobiológicos e vacinas. Isto não garante, entretanto, que a imunização da população será tarefa fácil: a produção das vacinas ainda dependerá de negociações sobre o pagamento de royalties às farmacêuticas líderes do processo de inovação, bem como do planejamento financeiro para a produção dos insumos necessários (como, por exemplo, as aquisições de seringas, agulhas e algodão). Mesmo dispondo de quase onze meses para preparar o enfrentamento da doença, o Brasil ainda segue sem um cronograma de imunização adequado, sem a definição clara de quais vacinas serão usadas, e sem uma perspectiva de imunização que equilibre a distribuição das vacinas por toda a

⁹⁵⁵ O Globo. *Associação de servidores da Anvisa critica indicação de militar para diretoria da agência*. 12/11/2020. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/associacao-de-servidores-da-anvisa-critica-indicacao-de-militar-para-diretoria-da-agencia-24743546>>. Acessado em dezembro de 2020.

federação – o que tem levado à multiplicidade de iniciativas estaduais e municipais que não seguem uma orientação geral comum⁹⁵⁶.

As demandas de saúde agravadas pelo surgimento de uma doença ainda incontrolável como a Covid-19, mostram que apesar do enorme potencial produtivo que a pasta possui na geração de empregos, bens e serviços, este não está sendo aproveitado pelo Estado brasileiro, que à custa da vida de 240 mil brasileiras e brasileiros, insiste no descumprimento de sua Constituição. A dificuldade em fazer refletir os processos de luta pelo direito à saúde nas políticas de Estado sob o governo Bolsonaro, em última instância, tem como consequência política e socioeconômica uma absoluta privação de direitos das parcelas mais vulneráveis da população. Assim, preserva-se não o direito à vida, mas a sentença de morte, tornando ainda mais nítidas as consequências que as desarticulações das políticas de saúde, nacional e internacionalmente, podem trazer para a população. Neste sentido, ainda que não tenha recuado no reconhecimento do direito à saúde, o governo brasileiro segue sem conseguir garantir a sua efetividade. O risco de que até mesmo o reconhecimento da saúde como um direito seja revertido no futuro, é latente; mas também é característico deste governo que trabalha sistematicamente contra o Estado de Direitos de sua população. Diante do risco, é possível dizer que a Covid-19 não nos leva a um cenário completamente desconhecido, mas sim evidencia e potencializa o tratamento da saúde como privilégio de poucos.

Longe de ser uma doença que se manifesta de maneira isolada, o tratamento da Covid-19 tem exigido uma série de ações não-farmacológicas, que vão além da sua percepção clínica e biomédica, e que implicam a compreensão de um cenário no qual grande parte da população mundial é mantida incapaz de cuidar de sua saúde de maneira adequada. A este respeito, a dura realidade experienciada pela população negra brasileira revela que, mesmo com a existência de um sistema universal de saúde, as condições socioeconômicas em que historicamente ela está inserida tornam impossíveis a garantia da vida e da saúde por meio do cumprimento de medidas de isolamento social, além de evidenciar a insuficiência da renda para dar conta de gastos extras com saúde e habitação de qualidade sem que isso signifique

⁹⁵⁶ O Globo. 'Não há plano', dizem cientistas sobre vacinação contra a Covid-19 no Brasil. 09/12/2020. Disponível em <<https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/nao-ha-plano-dizem-cientistas-sobre-vacinacao-contra-covid-19-no-brasil-24788311>>. Acessado em dezembro de 2020.

grandes danos a sua segurança financeira e alimentar. Assim, a sua submissão a condições degradantes de trabalho e de vida tem reforçado a centralidade do debate sobre raça e racismo na garantia do direito à saúde, uma vez que são esses os corpos que vivem em ambientes e habitações que não contam com mais de um cômodo ou com ampla ventilação, com esgotamento sanitário e/ou abastecimento de água, além de serem esses os corpos que se desgastam no enfrentamento da informalidade e da sobrevivência em ocupações cujas práticas de limpeza e de cuidado do outro são mais predominantes que a possibilidade do cuidado de si.

O parco enfrentamento das iniquidades históricas no Brasil tem gerado um aumento catastrófico da vulnerabilidade social em que muitas populações se encontram. No boletim da 53ª semana epidemiológica (de 27 de dezembro de 2020 a 02 de janeiro de 2021), de um total de 268.877 óbitos por SRAG⁹⁵⁷, as pessoas negras totalizavam a maioria, com a somatória de pretos (14.924; 5,6%) e pardos (96.711; 36%) chegando a 111.635 (41,6%) vidas perdidas. O número, contudo, não é preciso: 53.394 vidas tiveram a notificação sobre raça/cor ignorada ou não informada. O relatório também aumenta a preocupação com o número alarmante de casos (2.986; 0,3%) e de mortes entre indígenas (836; 0,3%) o que, dada a proporção de sua população, é suficiente para extinguir diversas etnias⁹⁵⁸. Por sua vez, a própria inclusão do quesito raça/cor para análise da situação epidemiológica da Covid-19 não esteve presente nos primeiros boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, sendo incluído apenas a partir da 13ª semana epidemiológica. A sua incorporação como categoria de análise foi fruto da luta conjunta exercida pelo Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da Abrasco, da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade, que se posicionaram contra a invisibilidade e a dificuldade de mensurar a iniquidade presente no avanço da pandemia⁹⁵⁹.

⁹⁵⁷ Desse total, o Ministério da Saúde afirma que 191.552 óbitos foram diagnosticados como causados pela Covid-19. Entretanto, outros 73.494 óbitos por SRAG não tiveram sua causa especificada. Ver Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial 44. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 02/01/2021)*. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020. Disponível em <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acessado em novembro de 2020.

⁹⁵⁸ Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial 39. Ibid.* 2020, p.31.

⁹⁵⁹ Santos, Márcia P. A. dos; Nery, Joilda S.; Goes, Emanuelle F.; Silva, Alexandre da; Santos, Andreia B. S. dos; Batista, Luís E.; Araújo, Edna M. de. *População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde*. Estudos Avançados 34 (99), 2020. doi: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.014

Além disso, os trabalhadores considerados “essenciais” para estarem na linha de frente durante a Covid-19 conformam uma mão-de-obra substantivamente racializada e feminina, que têm de lidar com a sobrecarga de trabalho e a informalidade. De acordo com o Secretário-Geral da ONU, António Guterres, “quase 60% das mulheres em todo o mundo trabalham na economia informal, ganhando menos, poupando menos e correndo maior risco de cair na pobreza”⁹⁶⁰. Segundo o IBGE, no trimestre encerrado em outubro de 2020, entre a população ocupada (84,3 milhões), 38,8% encontram-se na informalidade (32,7 milhões). Outros 14,1 milhões de pessoas estavam desempregadas⁹⁶¹, e, entre esses, a retomada de empregos com carteira assinada tem priorizado a contratação de homens. No segundo semestre de 2020, enquanto 107,5 mil vagas foram ocupadas por homens desde março; para as mulheres, 220 mil postos de trabalho foram fechados⁹⁶².

O que vivemos hoje também é reflexo do que Françoise Vergès, chamaria de “economia do desgaste dos corpos racializados”, que institui a limpeza enquanto prática de cuidado e instrumentaliza a separação entre *limpo* e *sujo*, atuando diretamente na gentrificação e na militarização das cidades⁹⁶³. Não obstante, as mulheres negras têm sido utilizadas pelo Estado e pelo capital, como aquelas cujos corpos estão o tempo todo “à serviço” da sociedade e que precisam ser separadas, física e espacialmente, daqueles corpos outros que têm direito à saúde e ao descanso⁹⁶⁴. São delas os corpos considerados supérfluos, ao mesmo tempo em que é sobre elas que recai o peso e a responsabilidade em garantir o sustento e a reprodução de toda a sociedade. É também a ligação histórica entre os corpos dessas mulheres e a atualização de práticas eugênicas que permitem a sua constante exploração. A ideia de “limpeza” tem sido construída ao longo dos últimos três

⁹⁶⁰ Ver <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/put-women-and-girls-centre-efforts-recover-covid-19>

⁹⁶¹ IBGE. *Número de desempregados chega a 14,1 milhões no trimestre até outubro*. PNAD Contínua. 29/12/2020. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29782-numero-de-desempregados-chega-a-14-1-milhoes-no-trimestre-ate-outubro>>. Acessado em janeiro de 2021.

⁹⁶² Folha de SP. *Retomada de empregos com carteira assinada prioriza contratação de homens*. 05/01/2021. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2021/01/retomada-de-empregos-com-carteira-assinada-prioriza-contratacao-de-homens.shtml>>. Acessado em janeiro de 2021.

⁹⁶³ Vergès, Françoise. *Ibid.* 2020, p. 125.

⁹⁶⁴ Vergès, Françoise. *Ibid.* 2020, p. 126.

séculos a partir da narrativa do branqueamento como limpeza da raça, valendo-se de argumentos e práticas racistas para atribuir aos corpos negros o lócus da sujeira e da insalubridade. *Neste contexto, todo o descaso com a saúde pública não é um mero acaso, mas uma atualização do projeto eugênico de branqueamento nacional.* Afinal, o descumprimento do direito à saúde não ocorre apenas quando nos faltam leitos nos hospitais. A ausência da saúde como um direito começa quando a prevenção de doenças e de fatalidades evitáveis se torna inalcançável na realidade vivida pela população em risco. E o fato de esse descumprimento ser frequente entre as populações negra e pobre nada tem a ver com a sua capacidade de seguir recomendações sanitárias, mas sim, com as iniquidades primárias e com o racismo estrutural a que são submetidas historicamente, e que dificultam a vigilância, o diagnóstico e o tratamento de sua saúde de maneira adequada.

Por este motivo, é preciso pensar a saúde pública, a saúde global e o direito à saúde a partir da forma na qual o racismo se manifesta em suas estruturas. Segundo Carla Akotirene, o cisheteropatriarcado, o capitalismo e o racismo coexistem como modeladores de experiências e subjetividades da colonização até os dias atuais⁹⁶⁵. Portanto, é a coexistência desses modelos de opressão que permite que problemas de saúde em zonas periféricas sejam observados como problemas de segurança, passíveis de serem tratados com violência e repressão quando o mesmo não ocorre nos bairros brancos e mais caros das cidades. *Na medida em que a precarização da vida atualiza as formas de escravidão contemporânea, combater os avanços da governança neoliberal da saúde é também se alinhar à luta antirracista pela preservação de seu povo.*

Atuando justamente por meio do silenciamento, da separação e do isolamento das populações vulneráveis, a arte de governo neoliberal se consagra na tentativa de fazer sustentar uma democracia sem a participação do *demos* de que falávamos no início dessa conclusão. É o apagamento do povo, somado ao esvaziamento da sua cidadania, que implica nossa transformação em sobras viventes, desprovidas de direitos, que devem ser mantidas inertes e incapazes de reagir. Mas este não é, nem será o retrato real das vidas que, mesmo sob a iminência da morte, por séculos têm se levantado e se movimentado para se manterem vivas. Como declarado

⁹⁶⁵ Akotirene, Carla. *Ibid.* 2019, p.51.

recentemente pela médica e ativista Jurema Werneck, “nós mulheres negras temos tido a responsabilidade, temos sido chamadas a ter que responder, no cotidiano, para sermos uma força contrária a essas forças da morte” [sic.]⁹⁶⁶. Por fim, é preciso lembrar que a despeito das privações e tentativas de marginalização que sofrem, as iniciativas populares que outrora tiveram papel fundamental na construção e idealização do SUS, hoje voltam a insurgir por todos os cantos do país recuperando as ações de atenção básica à saúde e saúde comunitária. Iniciativas como o “Painel Unificador Covid-19 nas Favelas do Rio de Janeiro”⁹⁶⁷; Frente pela Vida⁹⁶⁸; Observatório de Olho na Quebrada⁹⁶⁹; Mapa Corona nas Periferias⁹⁷⁰, Mães da Favela⁹⁷¹, Teia de Solidariedade Zona Oeste⁹⁷² entre tantas outras, têm ocupado espaços em que a proteção do Estado não chega, reacendendo a participação popular no tema da saúde pelas periferias do país. São iniciativas como essas que nos mostram que a cidadania – e o conjunto de direitos que a acompanha – também se constrói e resiste na vivência coletiva.

⁹⁶⁶ Jurema Werneck, em entrevista ao “estúdio CBN”. *Negros estão nas ruas porque morrem por racismo ou pela Covid-19*. 03/06/2020. Entrevista. Disponível em <<https://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/303738/negros-estao-nas-ruas-porque-ou-eles-morrem-por-ra.htm>>. Acessado em junho de 2020.

⁹⁶⁷ Ver <https://experience.arcgis.com/experience/8b055bf091b742bca021221e8ca73cd7/>

⁹⁶⁸ Ver <https://frentepelavida.org.br/>

⁹⁶⁹ Ver <https://drive.google.com/file/d/1zHMrBSjvxzTKnGYIEEbGJpZzdxm70afM/view>

⁹⁷⁰ Ver <https://www.institutomariellefranco.org/mapacoronanasperiferias>

⁹⁷¹ Ver <https://www.maesdafavela.com.br/>

⁹⁷² Ver <https://www.mulheresazonaoeste.bonde.org/>

8.

Referências Bibliográficas

ABC. *Cooperação Técnica Brasileira em Saúde*. Brasília: Publicação da Agência Brasileira de Cooperação, ViaABC. 2007.

Adorno, F. P. Power over Life, Politics of Death: Forms of Resistance to Biopower in Foucault. In: Lemm, V.; and Vatter, M. (eds). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism*. New York: Fordham University Press, 2014.

Akotirene, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Alasag. *Documento de Posición sobre la Salud Global desde una Perspectiva Latinoamericana*. Alianza Latinoamericana De Salud Global, Alasag. 2016.

Almeida, C. *Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais*. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 2:e00197316. 2017.

Almeida, C.; Campos, R. P. de; Buss, P. M.; Ferreira, J. R.; Fonseca, L. E. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. RECHS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar., 2010.

Almeida Filho, Naomar de. *Bases históricas da Epidemiologia*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, Set. 1986.

Almeida, Silvio. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra (Feminismos Plurais/coordenação de Djamila Ribeiro). Pólen Livros, 2020.

Amorim, Celso. *A Política Internacional da Saúde: um episódio singular. Prefácio*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Ballestrin, L. *América Latina e o giro decolonial*. Revista Brasileira de Ciência Política, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013.

Baltar, Marcos; Bezerra, Charlene. *Paulo Freire e os Estudos Críticos do Letramento: o Sulear e a Relação Norte-Sul*. Revista Línguas & Letras, Unioeste, Vol. 15, nº 28. Primeiro Semestre de 2014.

Bahia, Lígia. *O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições*. Futuros do Brasil: textos para debate. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz - CEE/Fiocruz, nº 9, Julho de 2017.

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Julio de 1993.

Basu, Soumita; Nunes, João. *Health Crises and the United Nations: What Does It Mean for Global Health? Strategic Analysis*, 44:5, 420-428, 2020.

Batista, L. E.; Barros, S. *Enfrentando o racismo nos serviços de saúde*. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1:e00090516

Becerra Posada F., J. Mujica O. *Equidad en Salud para el Desarrollo Sostenible*, Revista de Salud Pública y Nutrición, 15(1), pp.16- 26, 2016.

BEMFAM. *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc. Março, 1997.

Benchimol, Jaime. *Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro*. In Ferreira, J.; e Delgado, L. de A. N. (org.). *O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

Bendavid, Eran; and Miller, Grant. “*The US Global Health Initiative: informing policy with evidence.*” JAMA vol. 304,7 (2010): 791-2. doi:10.1001/jama.2010.1189.

Berlinguer, Giovanni. *Globalização e Saúde Global*. Estudos Avançados 13 (35), 1999.

Bhabha, H. K. *The Location of Culture*. London: Routledge, 1994.

Birn, Anne-Emanuelle. *Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/ global health agenda*. Hypothesis, 12(1): e8, doi:10.5779/hypothesis.v12i1.229. 2014.

Birn, Anne-Emanuelle; Pillay, Yogan; Holtz, Timothy H. (org.). *Textbook of international health: global health in a dynamic world*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2009.

Bogues, A. *Radical anti-colonial thought, anti-colonial internationalism and the politics of human solidarities*. In Shilliam, R. (ed.) *International Relations and Non-Western Thought Imperialism, colonialism and investigations of global modernity*. London: Routledge, 2011, chapter 12, pp.197-214.

Bonfim, P. R. *Educação Eugênica: as recomendações de Renato Kehl a educadores, pais e escolares*. *History of Education in Latin America – HistELA*, v. 2, e17449, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de HIV e Aids. Boletim Epidemiológico Especial*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial | dez. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Especial 39. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 48 (22/11 a 28/11/2020)*. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. 2019.

Brasil. *Racismo como determinante social da saúde*. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir, 2011.

BRICS Policy Center, Centro de Estudos e Articulação da Cooperação Sul-Sul, Agência Brasileira de Cooperação. *Caminhos para a construção de sistemas e processos de monitoramento e avaliação da cooperação sul-sul*. Brasília, Ministério das Relações Exteriores, 1ª edição, Brasília, 2017.

Brown, Wendy. *Cidadania Sacrificial: neoliberalismo, capital humano e políticas de austeridade*. Tradução de Juliane Bianchi Leão. Coleção Pequena Biblioteca de Ensaio. Zazie Edições, 2018.

Brown, Wendy. *Undoing the demos: neoliberalism's stealth revolution*. First edition. New York: Zone Books, 2015.

Brown, T. M.; Cueto, M.; Fee, E. "A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, jul.-set. 2006.

Browne, Simone. *Dark matters: on the surveillance of blackness*. Durham and London: Duke University Press. 2015.

Buss, P. M.; e Tobar, S. (org.) *Diplomacia da Saúde e Saúde Global. Perspectivas Latino-Americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Buss, P. M.; Matida, A. Informe. *Declaração de Istambul sobre Saúde Global*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(9), set, 2009.

Buss, P.M.; Filho, A.P. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1). 2007.

Buss, P. M.; Magalhães, D. de P.; Setti, A. F. F.; et.al. *Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(12), dez, 2014.

Buss, P. M.; Ferreira J. R. *Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)*. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, mar., 2010.

Buss, P. M.; Ferreira, J. R. *Cooperação Estruturante em Saúde: ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde e a Cooperação Sul-Sul*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Cardona, D.; Acosta, L. D.; Bertone, C. L. *Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010)*. Gaceta Sanitaria, Volume 27, Issue 4, 2013.

Carneiro, Sueli. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. (Tese de doutorado), Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Roseli Fischmann. São Paulo, 2005.

Carneiro, Sueli. (2003) *Mulheres em movimento: contribuições do feminismo negro*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Carneiro, Sueli. (2003) *Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Carvalho, José Murilo de. *Forças Armadas e política no Brasil*. Todavia, 2019.

Carvalho, José Murilo de. *Os bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*. Companhia das Letras, 4ª edição, 2019.

Carvalho, José Murilo de. *A formação das almas - O imaginário da República no Brasil*. Companhia das Letras, 2017.

Carvalho, José Murilo de. *Cidadania no brasil: o longo caminho*. Civilização Brasileira, 2001.

CDSS. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

Cepal. *Estudo Econômico da América Latina e do Caribe, 2020*. Resumo executivo (LC/PUB.2020/13). Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal), 2020.

Chakrabarty, Dipesh. *Postcoloniality and the Artifice of History: Who Speaks for "Indian" Pasts?* Representations, No. 37, Special Issue: Imperial Fantasies and Postcolonial Histories, Winter, 1992.

Chakrabarty, Dipesh. *Provincializing Europe: postcolonial thought and historical difference*. Princeton, N.J. Princeton University Press, 2008.

Chakrabarty, D. *Habitations of Modernity: essays in the wake of subaltern studies*. The University of Chicago Press, 2002.

Chalhoub, S. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 4ª reimpressão, 1996.

Chatterjee, P. *Nationalist Thought and the Colonial World: A Derivative Discourse?* Delhi: Oxford University Press, 1986.

Chaturverdi, V. (ed.). *Mapping Subaltern Studies and the Postcolonial*. London: Verso, published in association with New Left Review, 2000.

Chorev, N. *Restructuring Neoliberalism at the World Health Organization*. Review of International Political Economy, 20:4, 2013.

Comaroff, J.; Comaroff, J. L. *Millennial Capitalism and the Culture of Neoliberalism*. In: Edelman, M.; Haugerud, A. (eds.). *The Anthropology of Development and Globalization*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.

Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. *Seção II – Da Saúde. Artigo 196*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.

Corrêa, Sonia. 'The Brazilian response to HIV and AIDS in troubled and uncertain times'. In: Basthi, Angelica; Parker, Richard; and Tertto Jr., Veriano (eds). *Myth vs. Reality: Evaluating the Brazilian Response to HIV in 2016*. ABIA and Global AIDS Policy Watch, July 2016.

Côrtes, Soraya V. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

Costa, R. *Odara, tudo que é bom e bonito!* São Paulo: Edições Barbatana, 2ªed., 2018.

Cox, R. W. *Social Forces, States and World Orders: Beyond International Relations Theory*. In: Keohane, R. O. *Neorealism and Its Critics*. New York: Columbia University Press, 1986.

Cueto, M. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

Cueto, M. 'The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care'. In: *Public Health Then and Now*. American Journal of Public Health. November 2004, Vol 94, No. 11.

Cueto, M.; Lopes, G. *AIDS, Antiretrovirals, Brazil and the International Politics of Global Health, 1996–2008*. Social History of Medicine. Oxford University Press: doi:10.1093/shm/hkz044So, 2019

Diwan, Pietra. *Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo*. 2ª ed., 3ª reimpressão. São Paulo: Contexto, 2020.

Drager, N.; Fidler, D.P. *Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy*. Editorials. Bulletin of the World Health Organization | March 2007, 85 (3).

Duarte, Elisabeth Carmen; Barreto, Sandhi Maria. *Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012.

Escobar, A. *Encountering Development*. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

Scorel, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

Esteves, P. *Agora somos todos países em desenvolvimento? A Cooperação Sul-Sul e os ODS*. Revista Pontes, v. 13, p. 8-17, 2017.

Esteves, P; Assunção, M. *The South–South Partnership Puzzle: The Brazilian Health Expert Community in Mozambique*. In: Bergamaschi, I.; Moore, P.; Tickner, A. B. (org.) *South-South Cooperation Beyond the Myths Rising Donors, New Aid Practices?* Book Series: International Political Economy Series, Palgrave Macmillan UK, 2017.

Faria, Mariana; Giovanella, Ligia; Bermudez, Luana. *A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano*. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 920-934, Out-Dez 2015.

Federici, Silvia. *O feminismo e a política dos comuns*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Fidler, P. D. *The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy*. Bulletin of the World Health Organization, 2001.

Fidler, D.P. *Health as foreign policy: harnessing globalization for health*. *Globalization for health*. Health Promotion International, Vol. 21 No. S1, 2007.

Fidler, D. P. *Reflections on the revolution in health and foreign policy*. Bulletin of the World Health Organization | March 2007, 85 (3).

Filho, A. P. *Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(11):2080-2081, nov, 2011.

Ferranti D; Rodin J. *Universal health coverage: the third global health transition?* Lancet, vol 380. September 8, 2012.

Fernández, M. *As Relações Internacionais e seus epistemicídios*. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, Dourados, v.8. n.15, jan./jun 2019.

Fernández, M.; Esteves, P. *Silencing Colonialism: Foucault and the International*. In: Bonditti P., Bigo D., Gros F. (eds) *Foucault and the Modern International*. The Sciences Po Series in International Relations and Political Economy. New York: Palgrave Macmillan, 2017.

Ferreira, Aparecida de Jesus. *Letramento Racial Crítico através de narrativas autobiográficas: com atividades reflexivas*. Ponta Grossa: Editora Estúdio Texto, 2015.

Ferreira, Aparecida de Jesus (Org.). *Narrativas Autobiográficas de Identidades Sociais de Raça, Gênero, Sexualidade e Classe em Estudos da Linguagem*. Campinas, SP: Pontes Editores, 2015.

Ferreira, J. R.; Fonseca, L. E. 1 *Cooperação estruturante, a experiência da Fiocruz*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), 2017.

Ferguson, James. *Global Shadows: Africa In the Neoliberal World Order*. London: Duke University, 2006.

Fiocruz; IDRC. *Implantación de la Agenda 2030 y sus ODS a Nivel Nacional em América Latina: respuestas institucionales en siete países de la región. Abordajes preliminares*. Rio de Janeiro: Centro de Relações Internacionais em Saúde – CRIS/Fiocruz; e International Development Research Centre - IDRC, 2018.

Foucault, Michael. *Crise da medicina ou crise da antimedicina?* (1974). In: verve. revista semestral autogestionária do Nu-Sol. Rio de Janeiro, v.18, 2010.

Foucault, Michael. *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège De France, 1977-1978*, ed., Michael Senellart. New York: Palgrave Macmillan, translated edition, 2009.

Foucault, M. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège De France, 1978-1979*, ed., Michael Senellart. New York: Palgrave Macmillan, *translated edition*, 2008.

Foucault, M. “*The Politics of Health in the Eighteenth Century*”, In: *The Foucault Reader*, edited by Paul Rabinow. New York: Pantheon Books. 1984.

Foucault, M. “*What is Enlightenment?*” In: *The Foucault Reader*, edited by Paul Rabinow. New York: Pantheon Books. 1984.

Foucault, M. Foucault, M. “*Right of Death and Power over Life*”. In: *The Foucault Reader*, edited by Paul Rabinow. New York: Pantheon Books. 1984.

Foucault, M. *“Society Must Be Defended”*: Lectures at the College de France, 1975-1976. Edited by Mauro Bertani and Alessandro Fontana. General Editors: Francois Ewald and Alessandro Fontana. Translated by David Macey. New York: Picador. 1997.

Franco-Giraldo, *Salud global: una visión latino-americana*. Rev Panam Salud Publica 39(2), 2016.

Frantz, Fanon. *The Wretched of the Earth*. Translated by Richard Philcox. New York, Grove Press, 2004 [1963].

Freire, Paulo. *A importância do ato de ler: em três artigos que se completam*. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

Fried, L. P.; Bentley, M. E.; Buekens, P.; Burk, D. S.; Frenk, J.J.; and Klag, M.J. *Global Health is Public Health*. The Lancet, 375, 2010

Gadelha, Carlos Augusto Grabois. *Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política Industrial*. Rev Saúde Pública 40(N Esp). 2006.

Gadelha, C. A. G.; Temporão, J. G. *Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6), 2018

Galvão, Jane. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

Garcia, Ana; Kato, Karina; Fontes, Camila. *A história contada pela caça ou pelo caçador? Perspectivas sobre o Brasil em Angola e Moçambique*. Rio de Janeiro: PACS, Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul, 2013.

Giffoni, M. *A Sombra do Monopólio na Indústria Farmacêutica*. In: ISAGS. *Saúde ao Sul*. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. União das Nações Sul-Americanas, Unasul. Rio de Janeiro, n.13, dezembro. 2017.

Giovanella, L.; e Rígoli, F. *Um ajuste injusto: uma análise do relatório do Banco Mundial*. In: ISAGS. *Saúde ao Sul*. Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. União das Nações Sul-Americanas, Unasul. Rio de Janeiro, n.13, dezembro. 2017.

Giovanella, Lígia. *Desafios Contemporâneos dos Sistemas de Saúde*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Giovanella, L, *et.al*. *Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2018.

Giovanetti, Márcia Regina; *et.al*. *A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo*. *Saúde Soc. São Paulo*, v.16, n.2, 2007.

Gomes, L. *Escravidão. Vol. 1: Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares*. Globo Livros, 1ª edição, 2019.

Gonzalez, L. (1992) *A categoria político-cultural da Amefricanidade*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Gonzalez, L. (1984) *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. *Ibid*. 2019.

González, L. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Org. Flávia Rios e Márcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

Gostin, L.; Karim, S. A.; and Meier, B. M. “Facilitating Access to a COVID-19 Vaccine through Global Health Law.” *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, October 6, 2020.

Grovogui, S.N. *Regimes of Sovereignty: International Morality and the African Condition*. *European Journal of International Relations*, 8(3), 2002, pp. 315–338.

Guha, Ranajit (ed.). *Subaltern Studies, Writings on South Asian History and Society*. Oxford University Press, 1982.

Herz, Monica; Tabak, Jana; Hoffmann, A. R. *Organizações Internacionais: história e práticas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

Hiddleston, J. *Foucault and Said: colonial discourse and Orientalism*. In: *Understanding postcolonialism*. New York: Routledge, 2009.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE. *Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2010-2017*. Contas Nacionais n. 71 • ISSN 1415-9813.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2020*. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2020

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Financing Global Health Visualization*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020.

IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2005-2009*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: Ipea: ABC, 2010.

IPEA; ABC. *Brazilian cooperation for international development: 2010*. Editor: Renato Baumann. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: Ipea: ABC, 2014.

IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: 2011 – 2013*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: IPEA: ABC, 2016.

IPEA; ABC. *Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: levantamento 2014 – 2016*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Agência Brasileira de Cooperação. Brasília: IPEA: ABC, 2018.

Jabri, V. *The Postcolonial Subject: Claiming Politics/Governing Others in Late Modernity*. Routledge, 1st edition, 2013.

Jahn, B. *IR and the state of nature: the cultural origins of a ruling ideology*. Review of International Studies, 1999.

Jardim, E. *A doença e o tempo: aids uma história de todos nós*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Kickbusch, I.; Buss, P. M. *Saúde na agenda pós-2015: perspectivas a meio do caminho*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(10):1-3, out, 2014.

Kilomba, Grada. *Memórias da Plantação. Episódios de racismo cotidiano*. Tradução Jess Oliveira. 1ª ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

Koplan, J. P.; Bond, T. C.; Merson, M. H.; Reddy, K. S.; Rodriguez, M. H.; Sewankambo, N. K.; Wasserheit, J. N. *Towards a common definition of global health. For the Consortium of Universities for Global Health Executive Board*. The Lancet. Vol 373 June 6, 2009.

Lancaster, C. *Foreign aid: diplomacy, development, domestic politics*. Chicago and London, The University of Chicago Press. 2007.

Laurindo-Teodorescu, Lindinalva; e Teixeira, Paulo Roberto. *Histórias da Aids no Brasil, volume I: as respostas governamentais à epidemia de Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Levcovitz, Eduardo; Couto, Maria Helena Costa. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. In: Santanna, José Paranaguá de., et al. (Org.). *Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises 3*. 1ed. Brasília: OPAS/OMS; UnB; ObservaRH; Nesp; Nethis. 2018

Levitt, K. P. *Kari Polanyi Levitt's address to the ASE World Congress, Brock University, June 2015*. Review of Social Economy, DOI: 10.1080/00346764.2016.1231929. Published online: 07 May 2017.

Li, T. M. *To Make Live or Let Die? Rural Dispossession and the Protection of Surplus Populations*. Mr. Antipode Vol. 41 No. S1 2009 ISSN 0066-4812, 2009.

Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, da Silva Dal Pizzol LR, et al. *Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil*. Rev Saude Publica. 2016.

Maia, Kenia Soares; e, Zamora, Maria Helena Navas. *O Brasil e a Lógica Racial: do branqueamento à produção de subjetividade do racismo*. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 30, n.2, 2018.

Maldonado-Torres, N. *Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas*. In: Bernardino-Costa, J.; Maldonado-Torres, N.; Grosfoguel, R. (org.). *Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico*. 2 ed. Belo horizonte: Autêntica Editora, 2019.

Manchester, Alan. *O preço do reconhecimento, 1822-1827*. In *Preeminência Inglesa no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1971.

Marcondes, D.; Mawdsley, E. *South–South in retreat? The transitions from Lula to Rousseff to Temer and Brazilian development cooperation*. *International Affairs* 93: 3. 2017.

Mbembe, A. *A crítica da razão negra*. Tradução de Sebastião Nascimento. N-1 edições, segunda edição, novembro de 2018.

Mbembe, A. *Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. Rio de Janeiro: n-1 edições, 2018.

Mello e Souza, A. *Texto para Discussão (TD) 1615: O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS): implicações e possibilidades para a saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, maio de 2011

Menicucci, T. *História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

Mezzadra, S.; Reid, J.; and Samaddar, R. (eds.). *The Biopolitics of Development: Reading Michel Foucault in the Postcolonial Present*. New Dehli: Springer, 2013.

Muhle, M. *A Genealogy of Biopolitics: The Notion of Life in Canguilhem and Foucault*. In: Lemm, V.; and Vatter, M. (eds). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism*. New York: Fordham University Press, 2014, p. 93.

Nascimento, Beatriz. (1990) *A mulher negra e o amor*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Nascimento, Beatriz. (1976) *A mulher negra no mercado de trabalho*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Nandy, Ashis. *The Intimate Enemy: Loss and Recovery of Self Under Colonialism*. New Delhi: Oxford University Press, second edition, 2009.

Neto, J. M. A. *Primeira República: economia cafeeira, urbanização e industrialização*. In Ferreira, J.; e Delgado, L. de A. N. (org.). *O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

NeST Latam. *South-South Global Thinkers Report. Institutional frameworks and governance for South-South and Triangular Cooperation in Latin America: early lessons from Covid19*. Latin American Chapter – NeST: Network of Southern Think-Tanks. 2020. *No prelo*.

Neves, Lúcia, B. P. das. *A vida política. Parte 2*. In Costa e Silva, A. (coord.) *Coleção História do Brasil Nação: 1808-2010. Volume 1 – Crise colonial e independência 1808-1830*. São Paulo: Fundación Mapfre e Editora Objetiva, 2011.

Neves, M. de S. *Os cenários da República. O Brasil na virada do século XIX para o século XX*. In Ferreira, J.; e Delgado, L. de A. N. (org.). *O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

Noronha, J.C. *Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios*. *Cad Saude Publica* 29(5), 2013

OECD. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. 2019.

Oliveira, A. V. da S. *Exclusão do Sujeito Negro e a Negação de Raça na Produção Acadêmica em Relações Internacionais no Brasil*. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, Dourados, v.8. n.15, jan./jun 2019.

OMS. *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão*. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011.

OMS. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011.

OMS. *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. Signed by Amorim, Celso (Brazil); Doute-Blazy, Philippe (France); Wirayuda, Hasan (Indonesia); Støre, Jonas Gahr (Norway); Gadio, Cheikh Tidiane (Senegal); Dlamini-Zuma, Nkosazana (South Africa); Pibulsonggram, Nitya (Thailand). *The Lancet*. Published online April 2, 2007.

Paiva, Carlos Henrique Assunção; Teixeira, Luiz Antonio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014.

Palmer, Steven. *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

Panisset, U. *Conceitos Operacionais para Diplomacia em Saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Parker, Richard. *Stigma, prejudice and discrimination in global public health*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(1), jan, 2012.

Pereira, J. M. M. (org.) *A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)* / Organização de João Márcio Mendes Pereira e Marcela Pronko. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

Pereira, J. M. M. *O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate à pobreza”*. Topoi, v. 11, n. 21, jul.-dez. 2010.

Pieterse, J. N. *Development Theory. Deconstructions/Reconstructions*. London: SAGE Publications, 2010.

Pinto, Luiz Felipe; Soranz, Daniel Ricardo. *Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.

Pires-Alves, Fernando A.; Maio, Marcos Chor. *A saúde na alvorada do desenvolvimento: o pensamento de Abraham Horwitz*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015.

Pires-Alves, F. A.; Cueto, M. *A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional*. Ciência & Saúde Coletiva, 22(7). 2017.

Pires, Thula Rafaela de Oliveira. *Por uma concepção amefricana de direitos humanos*. In: Hollanda, Heloisa Buarque de (org.). *Pensamento Feminista Hoje: perspectivas decoloniais*. 2020.

Pires, Thula. *“Por um constitucionalismo ladino-amefricano”*. In: Bernardino-Costa, Joaze; Maldonado-Torres, Nelson; Grosfoguel, Ramón (org.). *Decolonialidade e Pensamento Afrodiaspórico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

Pitanguy, Jacqueline. *A carta das mulheres brasileiras aos constituintes: memórias para o futuro*. In: Hollanda, H. B. de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

Prado Jr., Caio. *Formação do Brasil contemporâneo: colônia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1ªed., 2011.

PROSUR. *Declaración de los Ministros de Relaciones Exteriores de PROSUR y Lineamentos para el Funcionamiento del Foro para el Progreso y Integración de América del Sur - PROSUR*. Nueva York, 25 de septiembre de 2019.

Poulantzas, N. *O Estado, o Poder, o Socialismo* (1978). São Paulo: Paz e Terra, 2000, p.65.

Policy Cures Research. *Neglected Disease Research and Development: Uneven Progress*. Funders. 2019.

Policy Cures Research. *Landscape of Emerging Infectious Disease Research and Development: Preventing the Next Pandemic*. Executive Summary. 2020

Policy Cures Research. *Sexual and Reproductive Health Research and Development: Understanding the Spectrum*. Executive Summary. 2020.

Rached, Danielle H.; Ventura, Deisy de F. L. *World Health Organization and the search for accountability: a critical analysis of the new framework of engagement with non-state actors*. *Cad. Saúde Pública*; 33(6):e00100716. 2017.

Ratts, Alex; Rios, Flavia. *Lélia Gonzalez. Retratos do Brasil Negro*. Coord. Vera Lúcia Benedito. São Paulo: Selo Negro, 2010.

Revel, J. *Foucault and His 'Other': Subjectivation and Displacement*. In: Mezzadra, S.; Reid, J.; and Samaddar, R. (eds.). *The Biopolitics of Development: Reading Michel Foucault in the Postcolonial Present*. New Dehli: Springer, 2013.

Revel, J. *Identity, Nature, Life: Three Biopolitical Deconstructions*. In: Lemm, V.; and Vatter, M. (eds). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism*. New York: Fordham University Press, 2014.

Ribeiro, Djamila. *Pequeno Manual Antirracista*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

Ribeiro, H. *Saúde Global: olhares do presente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

Ricupero, Rubens. *O Brasil no mundo*. In Costa e Silva, A. (coord.) *Coleção História do Brasil Nação: 1808-2010. Volume 1 – Crise colonial e independência 1808-1830*. São Paulo: Fundação Mapfre e Editora Objetiva, 2011.

Rist, G. *The History of Development. From Western Origins to Global Faith*. London: Zed Books, 2008.

Rose, N. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey: Princeton University Press, 2007

Ruckert, A.; Labonté, R.; Lencucha, R.; Runnels, V.; Gagnon, M. *Diplomacia da Saúde Global: uma revisão crítica da literatura*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

Said, E. W. *The Text, The World, The Critic*. Massachusetts: Harvard University Press, 1983.

Santos, A. *Rastros de Resistência: histórias de luta e liberdade do povo negro*. São Paulo: Panda Books, 2019.

Santos, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Contribuições em Ciências Sociais 1. Coordenação: Ricardo Benzaquen de Araújo. Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1979.

Santos, C; Siman, M; Fernández, M. 'Two Brazils': *Renegotiating Subalternity through South-South Cooperation in Angola*. Brazilian Political Science Review, São Paulo, v. 13, n. 1, e0007, 2019.

Santos, Márcia P. A. dos; Nery, Joilda S.; Goes, Emanuelle F.; Silva, Alexandre da; Santos, Andreia B. S. dos; Batista, Luís E.; Araújo, Edna M. de. *População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde*. Estudos Avançados 34 (99), 2020.

Schmidt, Rita Terezinha. (2000) *Na literatura, mulheres que reescrevem a nação*. In: Hollanda, Heloísa Buarque de (org.) *Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019

Schwarcz, Lilia M., Starling, Heloisa M. (Org.) *Brasil: Uma Biografia*. Companhia das Letras, 2015.

Schwarcz, Lilia M., Starling, Heloisa M. (Org.) *Dicionário da República: 51 textos críticos*. Companhia das Letras, 2019.

Schwarcz, Lilia M. *História como carteira de identidade em processo. Introdução*. In Costa e Silva, A. (coord.) *Coleção História do Brasil Nação: 1808-2010. Volume 1 – Crise colonial e independência 1808-1830*. São Paulo: Fundação Mapfre e Editora Objetiva, 2011

Schwarcz, Lilia M. *O Espetáculo das Raças*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

Schwarz, Roberto. (1972) *As Ideias Fora do Lugar: ensaios selecionados*. São Paulo: Penguin Classics. Companhia das Letras, 2014.

Sen, Amartya. *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf. 1999.

Seffner, Fernando; and Parker, Richard. 'The neoliberalization of HIV prevention in Brazil'. In: Basthi, Angelica; Parker, Richard; and Terto Jr., Veriano (eds). *Myth vs. Reality: Evaluating the Brazilian Response to HIV in 2016*. ABIA and Global AIDS Policy Watch, July 2016.

Silva, Monika Weronika Dowbor da. *A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)*. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Simas, Luiz Antonio. *O corpo encantado das ruas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

Simas, Luiz Antonio; Rufino, Luiz. *Encantamento sobre política de vida*. Mórula Editorial. Edição do Kindle. 2020.

Souza, Vanderlei Sebastião de. *As Ideias Eugênicas no Brasil: ciência, raça e projeto nacional no entreguerras*. Revista Eletrônica História em Reflexão: Vol. 6 n. 11 – UFGD - Dourados jan/jun 2012.

Souza, Vanderlei Sebastião de. *Por uma nação eugênica: higiene, raça e identidade nacional no movimento eugênico brasileiro dos anos 1910 e 1920*. Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 146-166, jul/dez 2008.

Spivak, G. C. *Pode o subalterno falar?* (1985). Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

Shilliam, R. *Decolonising the Grounds of Ethical Inquiry: A Dialogue between Kant, Foucault and Glissant*. Millennium: Journal of International Studies 39(3). 2011.

Teixeira, L. A. da S.; Paiva, C. H. A.; Ferreira, V. N. *A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005*. Cad. Saúde Pública 2017.

The Economist. *"The birth of philanthrocapitalism. The leading new philanthropists see themselves as social investors"*, in: The business of giving: a survey of wealth and philanthropy. The Economist Survey, Matthew Bishop. 25 Feb 2006.

Thompson, C. *Philanthrocapitalism: rendering the public domain obsolete?* Third World Quarterly, DOI: 10.1080/01436597.2017.1357112. 2017.

Tobar S, Buss P, Coitiño A, et al. *Diplomacia de la salud: fortalecimiento de las oficinas de relaciones internacionales de los ministerios de salud en las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2017.

Tobar, S.; Coitiño, A.; Kleiman, A. *Os ministérios da saúde e o desenvolvimento da diplomacia da saúde*. In: Buss, P. M.; Tobar, S. (org.) *Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

UNASUR. *Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la UNASUR*. Brasil: Salvador, Bahia. Reunión Extraordinaria de Jefas y Jefes de Estados y de Gobierno de la UNASUR, 16 de diciembre de 2008.

UNASUR. *Resolución 09/2009*. Guayaquil, Ecuador, el 24 de noviembre del 2009.

Urt, J. N.; Selis, L. M. R.; Lage, V. C. *A teorização em Relações Internacionais no Brasil importa?*. Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD, Dourados, v.8. n.15, jan./jun 2019.

Ventura, D.; Perez, F. A. *A Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde*. Lua Nova, São Paulo, 92: 45-77, 2014.

Ventura, Deisy F. L. *O direito à saúde e os 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos*. In: Ministério Público Federal. (Org.). *Direitos humanos fundamentais: 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos e 20 anos do reconhecimento da jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos e as mudanças na aplicação do direito no Brasil*. Coletânea de artigos. 1ed. Brasília DF: Ministério Público Federal, 2019.

Ventura, D. F. L.; Yujra, V. Q. *Saúde de migrantes e refugiados*. Coleção Fazer Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2019.

Ventura, Deisy. *Saúde pública e política externa brasileira*. In: SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos. São Paulo, v.10, n.19, dez.2013.

Vergès, Françoise. *Um feminismo decolonial*. Traduzido por Jamille Pinheiro Dias e Raquel Camargo. São Paulo: Ubu editora, 2020.

Vianna, C. M. de M. *Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(2):375-390, 2002.

Villar, Eugenio. *Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil*. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.3, p.7-13, 2007.

Wernli, D.; Tanner, M.; Kickbusch, I.; Escher, G.; Paccaud, F.; Flahault, A. *Moving global health forward in academic institutions*. J Glob Health. 2016;6(1):010409.

WHO. *International health regulations (2005) - 3rd edition*. Geneva, World Health Organization, 2016.

WHO. *Framework of engagement with non-State actors*. World Health Organization; Report by the Director-General. Sixty-Ninth World Health Assembly A69/6. Provisional agenda item 11.3 18 May 2016.

WHO. *Engagement with non-State actors: Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors*. World Health Organization; Report by the Director-General. Executive Board EB146/34. 146th session. Provisional agenda item 22.2. 11 December 2019.

WHO. *Handbook for Non-State Actors on Engagement with the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization; 2018.

WHO. *Engagement with non-State actors. Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors*. Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; Executive Board, EB146/34. 146th session, 11 December 2019, Provisional agenda item 22.2.

WHO. *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. World Health Assembly Resolution 58.33 (2005).

WHO; UNICEF. *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care*. Astana, Kazakhstan: World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 25-26 October 2018.

WHO. *Stronger collaboration, better health: 2020 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*. Geneva: World Health Organization; 2020.

WHO. *Seventy-Third World Health Assembly. A73/CONF./1 Rev.1*

World Bank. *Confronting Aids. Public Priorities in a Global Epidemic*. Washington: Oxford University Press, 1997.

Young, R J. C. *Post-colonialism: a very short introduction*. New York: Oxford University Press. 2003.

Apêndice I – Tensionamentos Domésticos e Internacionais: entre a concessão de privilégios formais aos serviços privados de saúde e a defesa internacional de sistemas universais da saúde

Âmbito nacional*			Âmbito Internacional**	
Concessão de Privilégios Formais aos Serviços Privados de Saúde			Debate UHC x UHS	Diplomacia Brasileira em Saúde
Governo	Leis de Incentivo à oferta	Leis de Incentivo à demanda	Ano, Organização, Documento	
Lula 2003-2011	<p>BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares (em hospitais, <i>leitos não SUS</i> e unidades de diagnóstico)</p> <p>BNDES – Modernização de hospitais filantrópicos e estratégicos para o SUS</p> <p>Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº. 480 de 2004 (promulga a separação das contas dos serviços de terceiros – entre os quais os médicos e autoriza a dedução de impostos e contribuições sociais para profissionais de cooperativas e associações médicas)</p> <p>Lei nº. 10.833 de 2004 (preservação do regime de redução da alíquota de contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) de 7,6% para 3%, para estabelecimentos privados de saúde)</p>	<p>Lei nº. 9.250 de 2005 (as despesas com saúde passam a ser objeto de dedução integral do Imposto de Renda)</p>	<p>2005. OMS. Primeira Comissão Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Brasil atua como país “parceiro” da Comissão, assumindo o compromisso de</p>	

Decreto nº. 5.895 de 2006 (introdução de novos critérios para a concessão do certificado de filantropia: oferta de serviços no percentual mínimo de 60% ou realização de projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS nas seguintes áreas de atuação – estudos de avaliação e incorporação de tecnologias; capacitação de recursos humanos; pesquisas de interesse público em saúde; desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde)

Lei nº. 11.345 de 2006 e Decreto nº. 6.187 de 2007 (criação de fonte de recursos- Timemania – parte da arrecadação é enviada para o Fundo Nacional de Saúde e destinada a Santas Casas, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de reabilitação de portadores de deficiência e parcelamento de débitos tributários)

Lei nº. 11.302 de 2006 (altera o artigo 230 da Lei nº. 8.122 de 1990 – Regime Jurídico Único ao introduzir a possibilidade de assistência ao servidor mediante a forma de auxílio – ressarcimento do valor parcial dos gastos com planos ou seguros privados de assistência à saúde)

progredir nos DSS para melhorar a igualdade na saúde).

2005. OMS. WHA58.33, financiamento sustentável da saúde, cobertura universal e seguro social de saúde – 58ª Assembleia Mundial da Saúde (definiu a cobertura universal como acesso e estabeleceu a proteção contra riscos financeiros como princípio)

2006. OMS. A59/39. Item provisório da agenda 11.3, contribuição da OMS para o acesso universal à prevenção, tratamento e atenção ao HIV/Aids – 59ª Assembleia Mundial da Saúde (estabelece como abordagem estratégica a meta de acesso universal a prevenção, tratamento e cuidados de HIV/Aids, que é apresentada como “*uma oportunidade excepcional*” para melhorar os sistemas de saúde).

2007. Declaração Ministerial de Oslo: “Saúde global: uma questão urgente de política externa de nosso tempo” (os Ministros das Relações Exteriores do Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia emitem uma declaração em que reforçam a necessidade urgente de ampliar o escopo da política externa para incorporar a agenda da saúde global)

2007. Ministério da Saúde. Portaria 886, de 24 de abril (declara de interesse público os direitos de patente sobre o antirretroviral Efavirenz, para fins de concessão de licença compulsória para uso público não comercial, de modo a garantir a viabilidade do Programa Nacional de DST/Aids, assegurando a continuidade do acesso universal e gratuito a

	<p>Resoluções ANS 195 e 196 de 2009, que permitem a comercialização de planos de saúde por coletivos, por adesão (ampliação das vendas de contratos que <i>escapam</i> das regras de reajuste e rescisão e admitem a intermediação de administradoras nas relações entre clientes e empresas de planos)</p>		<p>2009. OMS. WHA62.12, cobertura universal como um dos quatro pilares principais da atenção primária à saúde – 62ª Assembleia Mundial da Saúde (destaca a cobertura universal como um dos quatro pilares principais da atenção primária à saúde e da oferta de serviços por meio da atenção centrada no paciente, liderança inclusiva e saúde em todas as políticas)</p> <p>2009. Departamento de Estado, EUA. Iniciativa Global da Saúde (centrada no combate interagencial às doenças infecciosas e doenças tropicais negligenciadas, bem como no planejamento familiar e promoção da saúde materna e infantil, a estratégia lançada na gestão Obama garantiu investimentos de US\$ 63 bilhões por 6 anos, 2009-2014)</p>	<p>toda medicação necessária ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids)</p> <p>2008. CSS Brasil-Moçambique para a Construção da Fábrica de Medicamentos Antirretrovirais (mais de US\$ 10 milhões foram destinados para a construção da fábrica, a primeira da África de propriedade pública, destinada à produção de medicamentos para aids, malária e outras doenças)</p> <p>2008. Inauguração do escritório regional da Fiocruz em Maputo, Moçambique</p> <p>2008. Criação da Unasul e Conselho de Saúde Sul-Americano (o Conselho reunia ministros da saúde dos 12 países do continente na coordenação de ações estratégicas entre os países e suas agências sub-regionais)</p> <p>2009. Unasul. Resolução 05/2009, aprova a criação do Instituto Sul-Americano de Governança em Saúde (sediado no Rio de Janeiro, o ISAGS tinha como objetivo principal servir como um centro de altos estudos e debate de políticas públicas em saúde, contribuindo, assim, para o desenvolvimento da governança e liderança em saúde nos países da América do Sul)</p> <p>2009. CPLP. Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (Compromisso coletivo de cooperação horizontal e estruturante entre os Estados-Membros da CPLP no setor da saúde. O primeiro plano teve vigência entre 2009-2012, sendo prorrogado até 2016 e posteriormente renovado para o período 2018-2021)</p>
--	--	--	--	--

			<p>2010. OMS. Relatório Mundial da Saúde. “Financiamento Dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a cobertura universal” (encomendado pela diretora-geral Dr.^a Margaret Chan, para prover “indicações práticas sobre modos de financiar os cuidados de saúde”)</p> <p>2010. OMS. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. “Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais” (o relatório conta com o apoio brasileiro no desenvolvimento de ideias, orientações especializadas e suporte financeiro)</p>	
<p>Dilma 2011-2016</p>			<p>2011. OMS. WHA64.9, estruturas de financiamento de saúde sustentável e cobertura universal – 64ª Assembleia Mundial da Saúde (insta os Estados-membros a garantir que os sistemas de financiamento da saúde evoluam de modo a evitar pagamentos diretos significativos no ponto de entrega, a fim de evitar gastos catastróficos com saúde e empobrecimento de indivíduos como resultado da busca pelos cuidados necessários)</p> <p>2011. OIT. Informe Bachelet: “Piso de Proteção Social para uma Globalização Equitativa e Inclusiva” (Coordenado pela OIT e OMS, o relatório defende a “Cobertura de Proteção Social”)</p> <p>2012. OMS. 65ªAMS. Discurso da Diretora-geral Dr.^a Margaret Chan (nas palavras da diretora da OMS, “cobertura universal da saúde é o conceito mais poderoso que a saúde pública tem a oferecer”)</p>	<p>2011. OMS. Primeira Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, Rio de Janeiro (sob o mote “Todos pela Equidade” a Conferência reuniu 120 países, graças à organização e financiamento brasileiro, e produziu uma declaração política que reforçava a estratégia “Saúde em Todas as Políticas”)</p> <p>2011. Lançamento do documento “Racismo como determinante social da saúde”, durante a Conferência Mundial de DSS (produzido pela Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do governo brasileiro)</p> <p>2012. ONU. Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20) (sediada pelo Brasil no Rio de Janeiro, a conferência marcou os vinte anos de</p>

			<p>2012. OIT. R202 - Social Protection Floors Recommendation (No. 202) (a recomendação avança na universalidade do piso de proteção social, incluindo o acesso a cuidados de saúde essenciais e cuidados de maternidade que cumpram os critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade)</p> <p>2012. ONU. A/RES/66/288, “O futuro que queremos” – Documento final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio + 20) (documento político que lança as negociações para a criação de um conjunto de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. O documento reconhece a UHC como principal meio para alcançar o desenvolvimento humano e econômico sustentável)</p> <p>2012. Fundação Rockefeller, Future Health Systems Consortium, DfID. Conferência “Mercados Futuros de Saúde: uma declaração de reunião de Bellagio” (organizada pela Fundação Rockefeller, com apoio do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID), a conferência defendeu abertamente a adoção do conceito de UHC, a redução da intervenção estatal, e uma maior seletividade e focalização nas políticas de saúde)</p> <p>2012. ONU. A/67/L.36. Agenda item 123. Saúde global e política externa – 67ª Assembleia Geral (Pede mais atenção à saúde como uma importante política transversal na agenda internacional, como uma pré-condição e um resultado e indicador de todas as três dimensões do desenvolvimento sustentável; convida os Estados-membros a reconhecerem as</p>	<p>realização da Rio-92 e contribuiu para definir a Agenda 2030)</p>
--	--	--	--	--

ligações entre a promoção UHC e outras questões de política externa; e ressalta a importância de UHC nos sistemas nacionais de saúde, especialmente por meio de atenção primária à saúde e mecanismos de proteção social, incluindo pisos de proteção social determinados nacionalmente)

2013. OMS. A66/24. Item provisório da agenda 17.3. Cobertura Universal da Saúde – 66ª Assembleia Mundial da Saúde

(reconhece que os países veem a UHC como compreendendo dois componentes distintos:
(i) cobertura com serviços de saúde necessários (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), que incorpora muitos componentes diferentes, incluindo: acesso universal a medicamentos, produtos e tecnologias de saúde essenciais; trabalhadores de saúde suficientes e motivados com a combinação certa localizados perto das pessoas; e sistemas de informação que fornecem informações oportunas para a tomada de decisões etc; e
(ii) cobertura com proteção contra risco financeiro, que visa garantir que todas as pessoas obtenham os serviços de saúde de que precisam sem o risco de ruína financeira)

2013. ONU. A/RES/68/98. Saúde global e política externa

– **68ª Assembleia Geral** (Reconhecendo a ligação entre a UHC e outras questões de política externa, insta os Estados-membros a continuarem a considerar as questões de saúde na formulação da política externa; sublinha a necessidade de parcerias para a saúde global para garantir a promoção da implementação efetiva da UHC com base na solidariedade, nos níveis nacional e internacional)

BNDES – Apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares (hospitais, *leitos não SUS* e unidades de diagnóstico)
BNDES – Reestruturação das dívidas bancárias e com fornecedores das Santas Casas e entidades filantrópicas
BNDES – Empréstimos para empresas de planos privados de saúde
Lei nº. 13.097 de 2015 – novas e amplas exceções à vedação constitucional à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas atividades de assistência à saúde, inclusive hospitais filantrópicos

Resolução Receita Federal RFB nº. 1.500/2014 – Dedução do Imposto de Renda de cirurgias plásticas estéticas.

2013. OMS, Banco Mundial. Reunião Ministerial sobre Cobertura Universal de Saúde. Documento: “Rumo à cobertura universal de saúde: conceitos, lições e desafios de políticas públicas” (reconhece que os objetivos de proteção financeira universal e equidade no uso dos serviços necessários são mais bem atendidos quando os sistemas de saúde dependem predominantemente de fundos pré-pagos obrigatórios – de receitas do governo em geral, contribuições obrigatórias para o seguro social ou uma combinação delas – mas ressalta que a capacidade de mobilizar receitas obrigatórias suficientes é limitada em países de baixa renda, onde grande parte da população não está envolvida em empregos formais e regulares)

2015. ONU. A/70/L.1, “Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” (acordo sobre o conjunto de 17 objetivos e 169 submetas que substituíram os ODM estabelecidos em 2000. No campo da saúde o ODS 3 seria aquele que se comprometeria a garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades, além de definir a submeta 3.8 “*alcançar a cobertura universal de saúde, incluindo proteção contra riscos financeiros, acesso a serviços de saúde essenciais e de qualidade e acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos*”)

	Resolução Normativa ANS nº. 396, janeiro de 2016 – desconto nas multas de empresas de planos de saúde			
Temer 2016-2018		Emenda Constitucional 95/2016 – institui Novo Regime Fiscal, que congela os gastos públicos em saúde por 20 anos e estabelece como limite o valor referente ao exercício imediato do ano anterior, corrigido pela variação do IPCA.	2018. OMS. UNICEF. Conferência Global sobre Cuidados de Saúde Primários (produziu a “Declaração de Astana”, que ligaria os auspícios universalizantes dos sistemas de saúde à noção de cobertura e ao alcance dos ODS)	2018. Fim da Unasul, Conselho Sul-americano de Saúde e ISAGS (os esforços do bloco foram interrompidos pelos governos de direita do Brasil, da Argentina, do Chile, da Colômbia, do Paraguai e do Peru decidiram de forma conjunta suspender a sua participação no bloco, ocasionando o seu desmonte)
Bolsonaro 2018-2019			2019. OPAS/OMS. Adoção do termo “Saúde Universal” (incorporação de conceitos distintos como a cobertura, o acesso e os DSS, em uma concepção genérica, traduzida como “Saúde Universal”).	2019. Criação do ProSur, “Foro para o Progresso e Integração da América do Sul” (no que concerne a pasta da saúde, o novo bloco se limita a defini-la como “o acesso universal aos sistemas de saúde”)

Fonte: elaboração própria. *A partir do quadro elaborada por Bahia, L. (2017). **A partir de registros da Assembleia Mundial da Saúde (AMS) (<https://apps.who.int/gb/>); CPLP (<https://www.cplp.org/id-2367.aspx>) e Memória digital ISAGS-Unasul (<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1Jg9E8L1MzJB0AUDWQPM5wJU0kl-iwvp4>).

Apêndice II - Lista de Entrevistados

As entrevistas aqui listadas foram realizadas entre agosto e novembro de 2020. O anonimato foi mantido sempre que requisitado pelos/as entrevistados/as.

Entrevista 1. Gulnar Azevedo e Silva, professora titular do Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ) e presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro, 31 ago. 2020.

Entrevista 2. Rômulo Paes de Sousa, pesquisador sênior da Fundação Oswaldo Cruz, e ex-diretor do Centro Mundial do PNUD para o Desenvolvimento Sustentável (2013-2017). Rio de Janeiro, 31 ago. 2020.

Entrevista 3. Consultor independente da Fundação Bill e Melinda Gates (BMGF). Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

Entrevista 4. Ex-consultora técnica da Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde do Brasil (Aisa/MS). Rio de Janeiro, 03 set. 2020.

Entrevista 5. Felix Rígoli, ex-Especialista em Sistemas de Saúde do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS/Unasul) e Sênior Advisor em Sistemas de Saúde no Escritório da OPAS no Brasil. Rio de Janeiro, 11 set. 2020.

Entrevista 6. Luis Eugenio de Souza, ex-presidente da Abrasco (2012-2015) e vice-presidente/presidente-eleito da Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA). Rio de Janeiro, 11 set. 2020.

Entrevista 7. Luiz Augusto Galvão, ex-Diretor do Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde da OPAS/Washington e pesquisador do Centro de Relações Internacionais da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS/Fiocruz). Rio de Janeiro, 14 set. 2020.

Entrevista 8. Jorge Antonio Zepeda Bermudez, Pesquisador sênior da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), ex-membro do Painel de Alto Nível do Secretário-Geral da ONU sobre Acesso a Medicamentos, ex-diretor-executivo da Unitaid em Genebra, Suíça (2007-2011). Rio de Janeiro, 25 set. 2020.

Entrevista 9. Felix Rosenberg, diretor do Fórum Itaborai/Fiocruz Petrópolis e Secretário Executivo das Redes de Institutos Nacionais de Saúde da CPLP e da Rede IANPHI. Rio de Janeiro, 28 set. 2020.

Entrevista 10: Renato Tasca, ex-coordenador da Unidade de Sistemas e Serviços de Saúde do escritório de representação da OPAS/OMS. Rio de Janeiro, 29 set. 2020.

Entrevista 11: José Gomes Temporão, professor e pesquisador titular aposentado da Fundação Oswaldo Cruz, ex-Ministro da Saúde (2007-2011), ex-diretor executivo do ISAGS (2011-2016), e um dos fundadores do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Rio de Janeiro, 05 nov. 2020.