



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE DIREITO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO  
MESTRADO EM DIREITO, ESTADO E CONSTITUIÇÃO

PATRÍCIA RAMOS BARROS

***REMINISCÊNCIAS COLONIAIS E INCOERÊNCIAS ENTRE A NOÇÃO DE SAÚDE  
GLOBAL E O TERCEIRO MUNDO: A ATUAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA  
SAÚDE EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA***

BRASÍLIA

2017

PATRÍCIA RAMOS BARROS

***REMINISCÊNCIAS COLONIAIS E INCOERÊNCIAS ENTRE A NOÇÃO DE SAÚDE  
GLOBAL E O TERCEIRO MUNDO: A ATUAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA  
SAÚDE EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA SANITÁRIA***

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Direito, Estado e Constituição da Universidade de Brasília, realizada sob a orientação do Professor Doutor George Rodrigo Bandeira Galindo.

BRASÍLIA

2017

Após sessão pública de defesa desta Dissertação, a candidata Patrícia Ramos Barros foi considerada \_\_\_\_\_ pela Banca Examinadora.

---

Professor Doutor George Rodrigo Bandeira Galindo  
Universidade de Brasília  
Orientador

---

Professor Doutor João Henrique Ribeiro Roriz  
Universidade Federal de Goiás  
Membro

---

Professora Doutora Larissa Liz Odreski Ramina  
Universidade Federal do Paraná  
Membro

---

Professora Doutora Débora Diniz  
Universidade de Brasília  
Membro

Brasília, 29 de maio de 2017.

*À minha amada filha Luísa, companheira de todos os momentos.  
Ao meu esposo João, pela paciência e pelo amor dedicados a mim a cada dia.*

*“E foi por isso que decidi recusar tudo o que, de perto ou de longe, por boas ou más razões, faz morrer ou justifica que se faça morrer.”*

*Albert Camus, A Peste, 1947.*

## AGRADECIMENTOS

Muito ansiei pelo momento de expressar minha gratidão a pessoas tão queridas e importantes nessa trajetória. Este trabalho representa muito mais do que um título acadêmico. Ele marca meu retorno (definitivo) à universidade e o reencontro comigo mesma. Daí porque são tão especiais aqueles que me acompanharam de perto nesse desafio.

Ao meu orientador, Professor George Rodrigo Bandeira Galindo, agradeço por ter me recebido tão bem na universidade, desde nossa primeira conversa informal sobre o Programa de Pós-Graduação. Agradeço por me fazer acreditar que era possível retomar a vida acadêmica. Sua dedicação, sua paciência, seu conhecimento, suas ideias e suas opiniões foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

À querida Natália Medina, agradeço pela amizade, pela companhia (virtual em vários momentos, mas sempre presente), pelo coração aberto para conversar, discutir, opinar sobre o que fosse necessário. Agradeço por seus bons conselhos em pontos críticos desse caminho. Nossas conversas sempre foram muito produtivas academicamente, além de muito prazerosas!

À amiga Luciana Fernandes Coelho, pelo carinho ao longo do curso e pela disposição de revisar este texto, mesmo com o pouco tempo que dispunha.

Ao amigo Luís Paulo Bogliolo Piancastelli de Siqueira, pelas excelentes dicas, pelos ótimos comentários e pelo esforço contínuo de acompanhar este trabalho, mesmo estando fisicamente tão distante.

À amiga Nathaly Mancilla Órdenes, pela companhia nos muitos dias de biblioteca, pela prestimosa leitura desta dissertação e pelo seu humor peculiar!

À amiga de sempre, Adriana P. S. R. Vidal, por acompanhar-me em todos os passos dessa trajetória.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa “Crítica & Direito Internacional”, pelas interessantes discussões, que me apresentaram a disciplina sob uma nova perspectiva.

A todos os professores e aos colegas do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito.

À Universidade de Brasília e a todos os seus servidores, em especial os da Secretaria da Pós-Graduação da Faculdade de Direito, na pessoa da sempre bem disposta Euzilene.

Ao Instituto de Relações Internacionais, na pessoa do Professor Doutor Eduardo Viola.

Ao Departamento de História, na pessoa da Professora Doutora Teresa Cristina Kirschner.

Aos colegas do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, por compreenderem e suprirem minhas ausências.

À minha mãe, Maria Aparecida, à minha irmã Fernanda e ao meu irmão Rafael, pelo incentivo constante.

À Luísa, minha filha querida, e ao João, meu esposo, agradeço, mais uma vez, pela persistência dos dois em me apoiarem!

Acima de tudo, agradeço ao meu Senhor Deus, que me presenteou com este mestrado!

## RESUMO

Este trabalho pretende investigar o sentido, as implicações e as contradições da noção de saúde global a partir da análise das condutas da Organização Mundial da Saúde (OMS) em situação de emergência sanitária. Busca-se, em especial, avaliar se o papel exercido pelo direito internacional no campo da saúde global contribui para a manutenção de desigualdades históricas e de assimetrias socioeconômicas no Terceiro Mundo. Sob uma perspectiva historiográfica, o direito internacional é apresentado como uma técnica discursiva hegemônica, que emergiu do encontro colonial e que reproduz até os dias atuais padrões de dominação do norte sobre o sul global. Nesse sentido, a saúde global constitui palco do confronto de diversos interesses e do exercício de poder pelos atores internacionais. O discurso sanitário possui importantes vínculos coloniais, que transparecem na governança contemporânea da saúde global. A atuação da OMS na condução da resposta a uma emergência sanitária, por meio da aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), evidencia reminiscências históricas e incoerências das medidas tomadas em relação às demandas terceiro-mundistas. Há um descompasso entre a propalada saúde global e a priorização dos destinatários das medidas sanitárias emergenciais. Assim, o direito internacional pode ser aplicado para sustentar a lógica colonial de perpetuação de desigualdades histórico-sociais na periferia do sistema internacional. Nesse contexto, faz-se imprescindível o olhar crítico dos internacionalistas a fim de que os países e os povos prejudicados tenham voz, sejam ouvidos e sejam atendidos em suas reivindicações. A saúde global não pode funcionar como simples rótulo.

**Palavras-chave:** Saúde Global; Terceiro Mundo; Organização Mundial da Saúde; Emergência Sanitária; Regulamento Sanitário Internacional.



## ABSTRACT

This work intends to investigate the meaning, the implications and the contradictions of the notion of global health based on the analysis of the World Health Organization (WHO) procedures in a health emergency situation. In particular, it seeks to assess whether the role played by international law in the field of global health contributes to the maintenance of historical inequalities and socioeconomic asymmetries in the Third World. From a historiographical perspective, international law is presented as a hegemonic discursive technique that emerged from the colonial encounter and which reproduces up to the present days patterns of domination from the north to the global south. In this sense, global health is a battlefield of different interests and of the exercise of power by international actors. The sanitary discourse has important colonial ties, which are reflected in the contemporary global health governance. The role of the WHO in the management of the response to a health emergency, through the application of the International Health Regulations (IHR), reveals historical reminiscences and inconsistencies with the measures taken in relation to third-world demands. There is a mismatch between the so-called global health and the prioritization of the recipients of emergency health measures. Thus, international law can be applied to support the colonial logic of perpetuating historical and social inequalities on the periphery of the international system. In this context, the critical view of the international lawyers is indispensable for Third World countries and peoples to have voice, to be heard and be heeded in their demands. Global health cannot work as a simple label.

**Key-words:** Global Health; Third World; World Health Organization; Sanitary Emergency; International Health Regulations.

## SUMÁRIO

• <b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
• <b>CAPÍTULO PRIMEIRO</b> – O Terceiro Mundo perante o Direito Internacional .....	15
1.1. As origens coloniais do Direito Internacional: uma perspectiva historiográfica a partir das contribuições de Martti Koskenniemi e de Antony Anghie.....	15
1.1.1. O direito internacional enquanto técnica discursiva.....	15
1.1.2. A relevância da história para o direito internacional e o “giro historiográfico” proposto por Martti Koskenniemi.....	21
1.1.3. A “missão civilizadora” e a emergência do direito internacional.....	30
1.2. As Abordagens do Direito Internacional ao Terceiro Mundo.....	36
1.3. O resgate da expressão Terceiro Mundo como afirmação de uma identidade histórica: as complexidades e as implicações no contexto contemporâneo.....	43
• <b>CAPÍTULO SEGUNDO</b> – A saúde pública como tema da agenda internacional.....	<b>47</b>
2.1. Dos primeiros delineamentos à noção de saúde global.....	47
2.1.1. Aspectos históricos da cooperação sanitária internacional e a delimitação de um novo campo epistemológico.....	47
2.1.2. As sutilezas da saúde dita global.....	56
2.2. A governança da saúde global.....	64
2.2.1. O poder do discurso sanitário.....	64
2.2.2. Entrelaçamentos possíveis com o projeto colonial.....	68
2.2.3. Realidades e limites da governança.....	74
• <b>CAPÍTULO TERCEIRO</b> – A Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua atuação em emergências sanitárias .....	<b>84</b>
3.1. Qual é o papel da OMS na governança global? .....	84
3.2. A gestão de situações de epidemia por meio do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) .....	95
3.3. O caso emblemático da epidemia de Zika .....	103
3.3.1. O desenrolar dos fatos e as circunstâncias do caso .....	103
3.3.2. Medidas de enfrentamento da epidemia.....	112
3.4. Reminiscências coloniais e incoerências na atuação da OMS perante o Terceiro Mundo: a eventual possibilidade de responsabilização jurídica perante o Direito Internacional .....	120
3.4.1. A persistência da lógica colonial e as incongruências da OMS .....	120
3.4.2. É possível responsabilizar internacionalmente a OMS? .....	126
• <b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>135</b>
• <b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>139</b>

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a saúde global tem sido um tema frequente na mídia, com significativa repercussão também em pesquisas nas diversas áreas do conhecimento. A recente epidemia de Zika – que se espalhou principalmente pela América Latina – é apenas um dos eventos sanitários<sup>1</sup> que alarmou políticos, executivos, agências das Nações Unidas, organizações humanitárias e a sociedade em geral (BIRN et al., 2017, p. 403). Embora tal epidemia tenha deflagrado a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o assunto não tem despertado o devido interesse dos especialistas em direito internacional, nem mesmo nos países mais atingidos pelo vírus Zika.

De modo geral, pouca atenção tem sido dada ao exercício do poder no campo da saúde global, deixando-se de inquirir sobre quem o exerce, quem são os maiores favorecidos e quem são os definidores da agenda da saúde global. A própria noção de saúde global é questionável. Não possui contornos bem definidos, tampouco representa uma “evolução linear” da antiga saúde pública internacional. Suas pretensões são ambiciosas, pois visa a atender toda a população do mundo. Mas quem, afinal, pertence à categoria “global”? Quem é contemplado por ela?

Ainda que a saúde global não se restrinja a surtos epidêmicos<sup>2</sup>, a atualidade e a gravidade dos impactos imediato e protraído da epidemia de Zika evidenciam a necessidade de estudos que investiguem os intrincamentos das emergências sanitárias com o direito internacional, sobretudo em relação ao Terceiro Mundo. Isso porque notoriamente foi a área do globo que mais sofreu – e ainda sofre - com epidemias.

O presente trabalho tem por objeto de estudo as condutas da OMS em situação de emergência sanitária, segundo as normas de direito internacional e perante os interesses do Terceiro Mundo. Nesse ponto, vale registrar que, embora a escolha da categoria terceiro-mundista possa causar certo estranhamento, ela se justifica em virtude da adoção de um marco

---

<sup>1</sup> Há, ainda, os casos de gripe H1N1, Diabetes, Ebola e resistência antimicrobiana (BIRN et al., 2017, p. 403).

<sup>2</sup> “*Virtually every crisis has global health implications affecting up to hundreds of millions of people, whether related to financial collapse, precarious employment, wars and displacement, ecological disasters, climate change, or any other catastrophe, including due to political instability, social insecurity, and dismantling of social infrastructure, such as health care services.*” (BIRN et al., 2017, p. 413).

teórico crítico do direito internacional. São as Abordagens do Terceiro Mundo ao Direito Internacional (*Third World Approaches to International Law – TWAIL*<sup>3</sup>).

A pesquisa pretende analisar o papel do direito internacional na saúde global, no sentido de manter desigualdades históricas e assimetrias socioeconômicas no Terceiro Mundo, por intermédio da atuação da OMS nas emergências sanitárias.

Embora a história do direito internacional não seja seu objeto central, a investigação será conduzida sob uma perspectiva histórica, na tentativa de correlacionar de forma crítica as interligações existentes entre o direito internacional e a saúde pública, principalmente a partir da expansão colonial do século XIX. A revisitação da história do direito internacional perpassará a análise dos caminhos da saúde pública internacional até a contemporânea saúde global.

O objeto da pesquisa também será explorado sob o ângulo da função legitimadora da linguagem do direito internacional. Examinar-se-á a associação do discurso jurídico – e das linguagens técnicas, em geral – às ideias de neutralidade, de racionalidade, de objetividade e de isenção de interesses políticos. O intuito é demonstrar os diversos interesses subjacentes – e, em grande parte, propositadamente omitidos – ao discurso jurídico internacional no campo da governança da saúde global.

No caminho para chegar ao objetivo pretendido, lançou-se mão primordialmente da revisão bibliográfica a respeito do surgimento do direito internacional moderno e de suas correlações com o tema da saúde pública ao longo do tempo. Em seguida, definiu-se o caso prático que ilustraria as observações aqui feitas. Definida a epidemia de Zika como parâmetro de avaliação do direito internacional em emergências sanitárias, apresentou-se o instrumento jurídico aplicável ao caso, seguindo com o relato dos principais fatos ocorridos durante a epidemia e das decisões dela decorrentes, encabeçadas pela OMS.

O trabalho foi dividido em três capítulos que tratarão das relações estabelecidas entre o direito internacional, o Terceiro Mundo e a saúde global, sem se descuidar dos aspectos históricos que permeiam a conexão entre esses três fatores, conforme ressaltado acima.

O primeiro capítulo, que fornecerá os fundamentos teóricos para a análise proposta, cuidará especificamente do tratamento do Terceiro Mundo pelo direito internacional. No primeiro tópico, serão apresentadas as origens coloniais do direito internacional a partir da perspectiva

---

<sup>3</sup> A partir daqui, adotar-se-á a sigla no idioma inglês não apenas por comodidade gráfica/facilidade ortográfica, mas também por ser a forma pela qual as Abordagens do Terceiro Mundo ao Direito Internacional são prioritariamente divulgadas no meio acadêmico.

historiográfica de Martti Koskenniemi e de Antony Anghie. Inicialmente, a ênfase será no direito internacional enquanto técnica discursiva. Em seguida, passa-se à discussão a respeito da importância do conhecimento da história do direito internacional e da relevância para a disciplina do “giro historiográfico” proposto por Koskenniemi. Assentada a necessidade de uma reflexão histórica, o segundo tópico abrangerá a emergência do direito internacional moderno a partir de encontro colonial e a reprodução da dinâmica da “missão civilizadora” até os dias atuais. Para situar essas ideias em um quadro teórico, o terceiro tópico discorrerá brevemente a respeito das TWAIL, justificando também o significado do resgate do termo “Terceiro Mundo”.

No segundo capítulo, o campo da saúde pública será apresentado como tema da agenda internacional. O primeiro tópico trabalhará basicamente o caminho percorrido entre a ideia de saúde pública internacional e a noção de saúde global. Para uma compreensão melhor da importância estratégica do tema, serão dedicadas algumas linhas para explicar a prévia cooperação sanitária internacional. Ao fim, serão questionados os limites da saúde global. O segundo tópico se debruçará sobre a governança da saúde global. A princípio, discutir-se-á sobre o poder do discurso sanitário e acerca de suas relações com o projeto colonial. O capítulo se encerrará com a apresentação das realidades e das insuficiências da atual governança da saúde global.

O terceiro capítulo, por sua vez, cuidará da OMS e de sua atuação em emergências sanitárias. No primeiro tópico, será delimitado o papel da OMS na governança da saúde global. No tópico seguinte, será abordada a gestão das epidemias por meio do Regulamento Sanitário Internacional. Como forma de ilustrar o raciocínio desenvolvido na pesquisa, o terceiro tópico utilizará a epidemia de Zika, notadamente por ser a última emergência sanitária declarada pela OMS e em função de o Brasil ter sido o país mais afetado. É essencial destacar que não se trata de um estudo de caso. Serão expostas as circunstâncias de surgimento e de propagação da doença, para, então, relatar-se as condutas tomadas pela OMS. O último tópico avaliará a atuação da OMS no caso apontado a fim de identificar reminiscências históricas e incoerências no que tange aos interesses terceiro-mundistas.

Ao fim da dissertação, espera-se contribuir com algumas conclusões e reflexões, construídas ao longo do trabalho, sobre o objeto de estudo. Para além disso, o maior intuito desta investigação é demonstrar a premência de o direito internacional se voltar para a área da saúde global, a fim de combater a perpetuação de desigualdades históricas em favor do norte global.

Nessa empreitada, a história do direito internacional revela-se como instrumento indispensável, uma vez que ela permite a identificação e a compreensão de exclusões sistêmicas chanceladas pelo direito internacional ao longo do tempo. Certamente a pesquisa terá alcançado sua finalidade acadêmica se for capaz de estimular os internacionalistas a lançarem um olhar crítico sobre os fundamentos históricos da disciplina e, então, enxergar que a saúde global não se limita ao debate tecnicista ou à abordagem de doenças com ferramentas técnicas e comportamentais, veiculadas através de programas, prescrições e incentivos, envolvendo atores globais poderosos (BIRN et al., 2017, p. 535).

## CAPÍTULO PRIMEIRO – O Terceiro Mundo perante o Direito Internacional

### 1.1. As origens coloniais do Direito Internacional: uma perspectiva historiográfica a partir das contribuições de Martti Koskenniemi e de Antony Anghie

#### 1.1.1. O direito internacional enquanto técnica discursiva

Aos internacionalistas talvez seja redundante afirmar que Martti Koskenniemi é um dos mais competentes e eruditos teóricos do direito internacional na atualidade<sup>4</sup>. Assim, é digna de destaque a relevância de sua contribuição acadêmica, a qual por um longo tempo circulou apenas em meios entusiastas de novas abordagens ou abordagens pós-modernistas do direito internacional (GALINDO, 2005, p. 540). Seu trabalho é de vasta abrangência, podendo ser simultaneamente compreendido como uma análise de práticas discursivas dos jusinternacionalistas, como uma teoria da sociedade e da política, como uma crítica ao liberalismo e à modernidade, como uma reinterpretação da história do direito internacional e até mesmo como uma análise da memória e da verdade (JOUANNET, 2011, p. 5). Não obstante os vários campos de investigação, é possível identificar uma estrutura coerente ao longo de todo seu trabalho.

Koskenniemi apresenta o direito internacional como uma técnica discursiva hegemônica, por meio da qual preferências políticas são articuladas em termos jurídicos, sem que seja possível desvinculá-los das condições de contestação política (KOSKENNIEMI, 2004, p. 198). As lutas travadas no terreno político são transmudadas em uma linguagem pretensamente neutra, que esconde, sob o escudo da universalidade, a prevalência de interesses destes ou daqueles atores internacionais.

Há uma tensão entre as categorias “universal” e “particular” no direito internacional. A representação do todo – os valores tidos por “universais” ou o próprio sentido de “comunidade

---

<sup>4</sup> Para uma “introdução crítica” ao trabalho de Koskenniemi, ver JOUANNET, Emmanuelle T. *Koskenniemi: A Critical Introduction*. In: KOSKENNIEMI, Martti. *The Politics of International Law*. Oxford, United Kingdom: Hart Publishing, 2011, p. 1-32. Emmanuelle T. Jouannet afirma que “*Koskenniemi has never intended to produce a ‘theory of international law’; indeed, he would object to the very term itself, as his goal has never been to be perceived as a legal theoretician or philosopher, but rather and above all as an international lawyer addressing other international lawyers.*” (JOUANNET, 2011, p. 1-2).

internacional” - é simultaneamente a expressão de vontade de um ator particular em dada situação, seja ele um Estado, uma organização ou um movimento político (KOSKENNIEMI, 2004, p. 199). A noção de universalidade do direito internacional, portanto, corresponde também a uma visão particular. É bem verdade que a relação entre unidade e diversidade no direito internacional é complexa. Diversidade tanto pode significar “egoísmo soberano” como “autodeterminação e identidade”; enquanto a unidade pode ser sinônimo de “unidade global” ou de “uniformidade opressora” (KOSKENNIEMI, 2004, p. 201). O modo pelo qual as categorias são defendidas ou empregadas determinará ou não sua condição hegemônica.

Longe de ser um conjunto estável de demandas políticas, o direito internacional consiste em meio de veicular reivindicações políticas por intermédio de um idioma técnico especializado<sup>5</sup>. A batalha dos diversos atores internacionais se trava na determinação do significado ou do conteúdo dos conceitos jurídicos, de modo a prevalecer as preferências particulares. Essa luta pode ser caracterizada como hegemônica tendo em vista que os contestantes objetivam fazer que sua opinião parcial a respeito de certo entendimento seja considerada como uma visão total, que sua preferência adquira a roupagem de universalidade (KOSKENNIEMI, 2004, p. 200).

Nesse sentido, o direito internacional mostra-se como instrumento para a promoção de interesses hegemônicos, pois é passível de manipulação segundo os interesses particulares dos atores internacionais. Mais do que isso, o direito internacional é o palco no qual oponentes políticos se envolvem em práticas hegemônicas na tentativa de mobilizar regras, princípios e instituições a seu favor (KOSKENNIEMI, 2004, p. 200). A análise do direito internacional – especialmente com a finalidade de esquadriñar sua relação com o Terceiro Mundo – deve deslocar-se das regras e dos princípios para o argumento jurídico em sua totalidade. Não se trata simplesmente de considerar o direito como uma linguagem particular, mas de buscar estabelecer de modo mais decisivo a relação entre linguagem e pensamento, de evidenciar o “poder das palavras”, de insistir no impacto da linguagem sobre o pensamento e sobre práticas sociais como o direito (JOUANNET, 2011, p. 9)<sup>6</sup>. O direito internacional é também um conjunto de expressões

---

<sup>5</sup> Sobre a não imparcialidade da linguagem técnica e seus possíveis usos como instrumento político de poder, ver o recente livro de David Kennedy: KENNEDY, David. *A World of Struggle: How Power, Law and Expertise Shape Global Political Economy*. Princeton: Princeton University Press, 2016. Kennedy explora o papel da técnica e da prática profissional na conformação da vida econômica e política global. Para ele, o direito funciona como um “repositório da alquimia entre prestígio e legitimidade” (KENNEDY, 2016, p. 10).

<sup>6</sup> É fundamental ter em mente as bases epistemológicas do trabalho de Koskenniemi. Como poucos internacionalistas, ele procurou integrar o giro linguístico ao seu pensamento (assim como o fizeram Saussure,



com efeitos sociais, um instrumento manipulável e uma prática portadora de promessas (JOUANNET, 2011, p. 15).

Koskenniemi considera que a indeterminação dos argumentos jurídicos não é solúvel apenas pela referência ao próprio direito. O conteúdo da argumentação extravasa os limites jurídicos, a decisão a ser tomada não encontra sua justificativa última na linguagem formal do direito. Sua fundamentação pertence ao mundo político, que envolve tanto determinação e comprometimento, como manipulação e exploração (JOUANNET, 2011, p. 12).

É crucial registrar a sutileza do raciocínio de Koskenniemi. A referida indeterminação não está totalmente relacionada a palavras de conteúdo ambivalente ou à abertura semântica do discurso jurídico. A crítica de Koskenniemi vai além. A tal indeterminação é mais forte que a ambivalência de significados – em sentido filosófico, é mais “fundamental” – e estabelece que, mesmo na ausência de entendimento ambivalente, o direito internacional permanece indeterminado, pois parte de premissas contraditórias e busca regular um futuro no qual as preferências dos atores sequer estão definidas (KOSKENNIEMI, 2005, p. 590). Em outros termos, significa dizer que o direito internacional nasce a partir de um processo político, no qual estão engajados participantes com os mais diversos e contraditórios interesses, sendo que raramente distinguem com clareza quais interesses devem ser pautados para futura negociação.

Isso não deve ser considerado uma deficiência estrutural. A indeterminação é um aspecto central da “aceitabilidade” do direito internacional, que decorre da vontade deliberada e justificada dos atores internacionais de assegurar que as normas jurídicas correspondam aos propósitos para os quais foram adotadas (KOSKENNIEMI, 2005, p. 591). A indeterminação do argumento jurídico está relacionada com as razões subjacentes às expressões da norma, do princípio, do instituto ou do conceito examinado. Até mesmo uma aplicação “literal” de uma disposição é sempre uma escolha, indeterminada pela própria literalidade. Não há espaço no direito internacional livre de escolhas, de forma que é possível falar em *política de direito internacional*<sup>7</sup> (KOSKENNIEMI, 2005, p. 596).

---

Wittgenstein, Peirce e Austin), além de considerar a teoria da argumentação judicial de Perelman, as abordagens críticas de Foucault na França e o movimento *Critical Legal Studies* nos Estados Unidos, além de o trabalho antropológico de Lévi-Strauss (JOUANNET, 2011, p. 7).

<sup>7</sup> Simplificadamente, a expressão pode ser compreendida como o uso da linguagem do direito internacional para apoiar políticas particulares ou preferências (KOSKENNIEMI, 2005, p. 610).

O direito internacional emerge da vontade ou do interesse estatal politicamente motivado, é produto de escolhas políticas. Denomina-se concretude a possibilidade de relacionar o conteúdo do direito com o comportamento, a vontade e os interesses do Estado. Significa vincular o surgimento e a existência do direito a um fato real (fato político), afastando-o da moralidade natural. Por outro lado, embora derive da política e da diplomacia, o direito internacional pretende permanecer separado delas, sustentando artificialmente seu caráter vinculante a despeito dos interesses e das opiniões do Estado perante o qual é invocado (KOSKENNIEMI, 2005, p. 17-18). A esse aspecto, chama-se normatividade do direito internacional<sup>8</sup>, que seria a capacidade do direito ser imposto a um Estado independentemente de seu querer. Os requisitos da concretude e da normatividade servem, portanto, para caracterizar a identidade e afirmar a independência do direito internacional perante a política, além de atestar sua almejada objetividade.

Essa dualidade do argumento no direito internacional – expressa pela caracterização dos mencionados aspectos da concretude e da normatividade – incorpora a teoria política liberal, que está firmada em duas premissas correlatas aos citados aspectos. A primeira considera que as regras jurídicas emergem dos sujeitos jurídicos. Isso significa que não existe ordem normativa natural, a ordem normativa é uma criação artificial relacionada com as vontades e os interesses de indivíduos. A segunda se refere à submissão desses indivíduos à ordem jurídica criada, sobre a qual não prevalecem suas opiniões subjetivas. O estabelecimento de um sistema de controle social – tarefa de natureza política – implica a divisão de poderes entre órgãos de acordo com as funções a serem desempenhadas. Para garantir que os poderes não sejam usados para promover interesses individuais, as regras jurídicas devem ser neutras e aplicáveis uniformemente. As duas premissas da teoria política liberal são, portanto, indissociáveis: a concretude no nível de criação das normas presume a normatividade em nível de sua aplicação (KOSKENNIEMI, 2005, p. 22).

A análise do liberalismo e do uso dos direitos no discurso político facilita a compreensão dos laços existentes entre o direito internacional e a teoria política liberal, bem como das consequências disso na argumentação jurídica. O Iluminismo liberal objetivou a construção de

---

<sup>8</sup> Sobre o tema, Koskenniemi esclarece: “*Scholarship, too, needs to integrate a concrete and a normative aspect in itself. If the former were lacking, then it would need to assume the existence of a natural morality which is independent from State behaviour, will or interest. By lacking connection with practice, such scholarship would seem unable to demonstrate its norms in a tangible fashion. It would seem utopian. If the latter were lacking, then scholarship would lack critical distance from State behaviour, will or interest. It would remain unable to oppose to States standards which they refuse to accept at the moment of application and seem apologist.*” (KOSKENNIEMI, 2005, p. 20). Com a busca do equilíbrio entre a normatividade e a concretude, é possível evitar os perigos do “apologismo” e do “utopianismo”.

uma ordem política que não fosse mais dominada pela “paixão”. O mecanismo utilizado para tanto foi a separação entre legislação e administração, entre o *locus* da subjetividade e o *locus* da objetividade, respectivamente. Enquanto a legislação (função legislativa) era o campo adequado para o exercício de poder e a defesa de valores, era necessário expurgar esses elementos da arena da administração. (KOSKENNIEMI, 2011, p. 135).

A retórica dos direitos no discurso político é utilizada como limite à discricionariedade da política. Isso porque os direitos, segundo a lógica liberal, são considerados apolíticos, ou seja, possuem existência pré-política. Os direitos na condição de argumentos promovem a separação entre os interesses individuais ou coletivos de seus titulares e a subjetividade política, reapresentando esses interesses como pertencentes a todos. Os direitos aparecem como universais e a-históricos para demonstrar sua independência das “paixões políticas do dia” (KOSKENNIEMI, 2011, p. 136). Mas também são replicados em constituições positivistas e em outros instrumentos legais com a finalidade de revelar seu conteúdo democrático. Ao mesmo tempo que constituem elementos externos à comunidade política – desprovidos de subjetividade e revestidos de neutralidade -, os direitos também são elementos pertencentes à mesma comunidade política na medida em que se encontram positivados nos instrumentos jurídicos. Esse caráter dúplice conduz a uma situação ambivalente, pois quanto mais se insiste na habilidade dos direitos para impor uma constrição externa à política, mais eles se assemelham à teologia e mais difícil é seu alinhamento com o ideal de soberania popular (KOSKENNIEMI, 2011, p. 136).

Além disso, uma concepção individualista dos direitos é incapaz de expressar demandas coletivas, como as que emergem de causas estruturais (econômicas/sociais) ou de uma minoria oprimida. O caráter individualista dos direitos - mesmo quando precisam de referência a valores e bens comuns – leva à perda de criatividade na política, reduzindo a cidadania a uma confiança passiva nos direitos e no processo político decisório, enquanto este se transforma em mero exercício de competência técnica. Nenhuma ideia de virtude cívica ou de participação política pode estar amparada na prioridade do direito sobre o bem jurídico tutelado (KOSKENNIEMI, 2011, p. 151).

A insuficiência da retórica dos direitos exsurge a partir da procura de justificativa e de limites para esses direitos. Se os direitos são considerados fundacionais, não se admite outra ideia ou razão que os preceda. Essa incondicionalidade do discurso dos direitos decorre da teoria liberal. Tem o propósito de criar um conjunto de demandas normativas apolíticas destinadas a

conter as políticas legislativas e a discricionariiedade administrativa. Diz respeito a uma validade não contextual e uma aplicabilidade imediata. O discurso dos direitos produz amplos efeitos culturais na política, como a ideia de que os direitos estão “fora” da comunidade política e são trazidos para “dentro” dela por meio da legislação. A política é reduzida à declaração de verdades previamente estabelecidas “em algum lugar” (KOSKENNIEMI, 2011, p. 149). Todavia, esse raciocínio não possui respaldo lógico, jurídico ou político. A concepção de direitos preexistentes à ordem jurídica, situados fora da sociedade política, é injustificável.

A desconstrução do argumento jurídico expõe o caráter convencional dessa interpretação e a sua dependência de certos pressupostos contestáveis. Evidencia que o argumento jurídico não é apto a produzir as resoluções objetivas que promete e também desfaz a ideia de primazia do direito sobre a política. A identificação do argumento mais adequado nunca ocorre por critérios estritamente jurídicos, mas se fundamenta em uma escolha política subjacente. É que a neutralidade política, perseguida pelo internacionalismo liberal desde o princípio do direito internacional moderno, é ilusória, além de profundamente prejudicial na medida em que incentiva a supremacia dos técnicos e burocratas em detrimento do genuíno processo político de decisão (JOUANNET, 2011, p. 13).

A crítica de Koskenniemi pode ser sintetizada na ideia de que os direitos não são imunes à política. Eles constituem argumentos políticos, privilegiados como linguagem pretensamente neutra. De todo modo, no âmbito do discurso jurídico internacional, não há como deixar de utilizar os conceitos próprios de direito internacional. Para engajar-se nessa prática discursiva, é preciso aderir a uma linguagem preexistente, a um sistema anterior de interpretação do mundo e transitar por ele para ser ouvido(a) e compreendido(a) (KOSKENNIEMI, 2005, p. 12).

Em pesem os vieses que o perpassam, o direito internacional enquanto técnica discursiva é fundamental para solucionar o conflito político. O valor dessa linguagem específica está no potencial para responder a uma série de demandas politicamente legítimas, ainda que muitas vezes não o faça. A solução é prosseguir com a linguagem dos direitos, mas sem a crença na natureza apolítica, fundacional e universal dos direitos. “Politizar” o direito – e “legalizar” a política – seria um meio para alcançar uma forma alternativa de compreender a relação existente entre direito e seus discursos correlatos, a descrição social e a prescrição política (KOSKENNIEMI, 2005, p. 13). É fundamental uma leitura crítica do direito internacional a fim

de evidenciar os interesses e as pretensões presentes no seu discurso, assim como para utilizar esse vocabulário técnico para causas emancipatórias.

Este trabalho pretende, assim, utilizar a perspectiva crítica de Koskenniemi para examinar no campo da saúde global de que forma o discurso dos direitos e a ilusória neutralidade a eles subjacente têm sido utilizados para veicular demandas políticas pertencentes a poucos atores internacionais. Lançar o olhar ao passado constitui o primeiro passo desse exercício. Isso porque a revisitação da história do direito internacional contribui para uma visão crítica da disciplina, na medida em que permite estabelecer conexões entre situações passadas e presentes das normas, instituições e doutrinas internacionais (GALINDO, 2005, p. 541).

Nesse ponto, é necessário dimensionar o impacto da retomada da história do direito internacional na construção de uma abordagem mais consciente da suscetibilidade do argumento jurídico aos jogos políticos.

### **1.1.2 A relevância da história para o direito internacional e o “giro historiográfico” proposto por Martti Koskenniemi**

O interesse pela história do direito internacional tem crescido muito nos últimos anos, especialmente na última década (KOSKENNIEMI, 2013, p. 215). Algumas razões podem ser apontadas como determinantes dessa volta dos internacionalistas ao passado. O fracasso no início do milênio da expectativa em torno do avanço do estado de direito e da possibilidade de solução pacífica de disputas internacionais – decorrentes do aumento significativo das instituições jurídicas internacionais nos anos 1980 e 1990, com sua respectiva narrativa de progresso e de justiça – deve ser tomado em consideração (KOSKENNIEMI, 2013, p. 216). Além disso, tal interesse relativamente recente pela história da disciplina pode ser atribuído também às atitudes pós-coloniais empreendidas no meio jurídico acadêmico. Os trabalhos que surgem a partir da obra “*Sovereignty, Imperialism and International Law*”, de Antony Anghie, têm investigado o papel do direito internacional na facilitação ou na reforma de estruturas de governo ocidental nas colônias ou no sul global, antes e depois do colonialismo formal (KOSKENNIEMI, 2016, p. 104)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> A temática desses trabalhos é bastante diversificada. Abrange os usos de técnicas jurídicas no século XIX (como a extraterritorialidade e a arbitragem) para assegurar a predominância dos interesses ocidentais-europeus ou

Essas pesquisas recentes mudaram o foco da história do direito internacional. Até então, o passado era tratado com certa reverência, era examinado através das lentes de grandes princípios e de temas universais. A história do direito internacional tradicionalmente resultava de narrativas lineares, em que predominava a visão de uma única história “universal”, segundo a qual o passado se desenrola lentamente perante o historiador em uma trajetória singular de significados extraídos, por exemplo, de conceitos como “soberania”, “direitos humanos”, “império”, “desenvolvimento”, “capitalismo” ou “progresso” (KOSKENNIEMI, 2013, p. 219).

Há os historiadores “idealistas”, como Robert Redslob, cujo livro *“Histoire des grands principes du droit des gens”* constitui uma narrativa de um passado europeu a partir de uma antiguidade europeia (KOSKENNIEMI, 2013, p. 217). Segundo essa perspectiva, a história do direito internacional restringe-se ao curso de grandes ideias e/ou aos debates a respeito dos mesmos temas que se perpetuam com o passar dos séculos<sup>10</sup>. Existem alguns problemas com esse tipo de história. A visão do direito como “ideias” ou “princípios” é recorrente e acolhida por muitos, mas o direito não se resume a isso. Este é principalmente uma prática social que envolve o uso institucional do poder, motivo pelo qual a história do direito não deve se ater apenas a grandes princípios e a temas filosóficos.

Por outro lado, os juristas realistas – Carl Schmitt e Wilhelm Grewe, por exemplo – compreendem o direito como um projeto superestrutural que se expande a partir do centro do império para suas periferias. Sob essa perspectiva, o direito internacional constitui uma história linear de poder imperial, a sucessão de grandes impérios, de épocas concatenadas, tendo em seu centro os Estados, a guerra, a diplomacia e o poder militar. O direito é considerado mero instrumento de poder, o que representa uma visão simplista a respeito do que é o poder e de como ele funciona (KOSKENNIEMI, 2013, p. 219). Em resumo, tanto a ideia do poder imperial como a única força determinante do direito, como a consideração do direito como força predominante na história, implicam reducionismo.

---

americanos no Oriente Médio, na África e na América Latina; o papel das organizações internacionais do início do século XX na perpetuação do domínio do Ocidente sobre o restante do mundo; as lutas travadas pelo Terceiro Mundo no período pós-descolonização (destaque para a formação do G-77 e a Conferência de Bandung em 1955); o surgimento e o declínio da Nova Ordem Econômica Internacional, além do exame crítico dos direitos humanos como instrumento hegemônico (KOSKENNIEMI, 2016, p. 104).

<sup>10</sup> O próprio Robert Redslob descreveu o desenvolvimento do direito internacional a partir de quatro grandes princípios: a força vinculante dos tratados, a liberdade do Estado, a igualdade e a solidariedade (KOSKENNIEMI, 2014, p. 120).

Nesse contexto, as histórias pós-coloniais do direito internacional desafiam a narrativa tradicional, na medida em que desconstruem a ideia do direito internacional como uma voz sempre em defesa da razão e da humanidade<sup>11</sup>. A narrativa histórica pós-colonial sugere que o direito internacional contribuiu para o surgimento e a expansão da hegemonia global europeia, além de se manter como responsável por boa parte da desigualdade mundial (KOSKENNIEMI, 2016, p. 105). Com um tom essencialmente crítico, a perspectiva pós-colonial rompe com o discurso histórico-progressista de comprometimento do direito internacional com a paz<sup>12</sup>.

Expostas as motivações desse recente interesse acadêmico, é pertinente que se pergunte sobre a utilidade da história do direito internacional. A questão pode ser examinada sob o ângulo das atitudes dos juristas em relação ao passado da disciplina, ou seja, quais são os usos do argumento histórico no discurso jurídico. O jurista costuma utilizar o dado ou o fato histórico para conferir autoridade a sua argumentação. Isso o diferencia do historiador, que não tem como objetivo buscar autoridade no passado, mas pode visar apenas ao fazer histórico “pela própria história” (GALINDO, 2015, p. 340).

Diante do passado, o jurista pode assumir três posturas<sup>13</sup>. Denomina-se *estática* a posição do jurista que reconhece em uma norma ou prática jurídica um significado fixo, invariável ao longo do tempo e decorrente de seus usos no passado. Cumpre ao jurista somente a tarefa de resgate desse significado. Por outro lado, chama-se *dinâmica* a atitude do internacionalista que considera a interpretação jurídica variável no tempo e adaptável às mudanças de condições. O

---

<sup>11</sup> Não se pode afirmar que houve a substituição de um tipo de fazer histórico por outro. Os trabalhos de inspiração tradicional ainda são dignos de leitura (KOSKENNIEMI, 2013, p. 218). Independentemente da obra consultada, importa conservar e fomentar a visão crítica do passado do direito internacional, com a finalidade de identificar continuidades e descontinuidades históricas e seus efeitos nos dias atuais.

<sup>12</sup> A par das divergências entre as perspectivas históricas apresentadas acima, recentemente ambas foram criticadas por Martti Koskenniemi, uma vez que – cada qual a seu modo - tratam da história do “sistema de Westphalia”, ou seja, dos efeitos internacionais do Estado soberano e de seus subjacentes vocabulários jurídico e filosófico (KOSKENNIEMI, 2016, p. 105-106). A crítica se dirige à “história estatocêntrica do direito internacional”. Enquanto as histórias jurídicas internacionais se atêm aos aspectos da soberania e às trajetórias de política exterior dos Estados, pouca ou nenhuma atenção é dada às relações privadas que sustentam a ação estatal (v.g. a expansão do comércio marítimo e as relações comerciais correspondentes), as quais somente são perceptíveis quando a análise extravasa as declarações oficiais e os atos formais de chancelaria (KOSKENNIEMI, 2016, p. 109). Ainda quando imbuídos de atitude crítica, os internacionalistas também se prendem à construção da história do direito internacional em torno do conceito de soberania. Os estudos pós-coloniais da história jurídica internacional, por conseguinte, devem voltar-se para além dos caminhos do poder no âmbito de conceitos e de instituições jurídicas. Seu objetivo precisa ser ampliado para capturar o momento da separação do direito internacional público e do direito privado, assim como para investigar como os dois ramos do direito podem ser mais bem compreendidos a partir do outro (KOSKENNIEMI, 2016, p. 112).

<sup>13</sup> Adota-se aqui a classificação de Robert Gordon (*The Struggle over the Past*. Cleveland State Law Review. Vol. 44, 1996, p. 124-126), utilizada por George R. B. Galindo para discutir os usos da história do direito internacional (Para que serve a história do direito internacional? *Revista de Direito Internacional*, vol. 12 (1), 2015, p. 338-354).

jurista atua como “agente do progresso”, competindo-lhe declarar os novos significados que as normas e os institutos jurídicos vão alcançando. O papel de “tornar o futuro melhor que o passado” está relacionado com diversas correntes historiográficas dos séculos XVIII e XIX, as quais estavam sedimentadas na ideia de progresso contínuo da espécie humana e de suas estruturas sociais (GALINDO, 2015, p. 341).

A postura dinâmica aparentemente envolve a identificação de descontinuidades no processo histórico, caracterizadas pelo contraste entre antigos e novos significados do direito internacional. Todavia, pressupõe grandes continuidades, na medida em que o presente está sempre vinculado ao passado, o presente consiste em uma consequência do passado. As posturas estática e dinâmica se aproximam por utilizarem o passado para legitimar práticas e entendimentos do presente, ainda que por meios diversos. Nesses dois casos, fica claro que a história do direito internacional serve para legitimar um argumento, uma norma ou uma proposta sobre a organização jurídica internacional (GALINDO, 2015, p. 341).

Em contrapartida, a terceira postura perante o passado da disciplina é *crítica*. O recurso histórico não se destina a conferir autoridade à argumentação presente, mas a sua utilização tem o intuito de revisitar os fundamentos do direito internacional para identificar as descontinuidades do discurso jurídico. É possível que o internacionalista crítico se depare com um significado persistente originário do passado (atitude estática) ou com um significado derivado de outro do passado (atitude dinâmica), contudo a busca por descontinuidades frequentemente tem levado à descoberta de uma multiplicidade de significados coexistentes em um mesmo tempo histórico (GALINDO, 2015, p. 342).

A postura crítica abre as portas para uma leitura diversificada da história do direito internacional, especialmente ao considerar a necessidade de prestação de contas com as gerações passadas. O constante questionamento das bases da disciplina resulta na quebra ou na reelaboração de tradições estabelecidas, conduz ao entendimento de que o passado poderia ter sido escrito ou vivenciado de outras maneiras. A importância da história do direito internacional, a partir de um olhar crítico, está em propiciar a interação entre presente e passado, em tornar possível a construção de vários futuros, em especial um futuro da organização internacional mundial que contemple as demandas dos povos e estados excluídos da narrativa histórica tradicional. No entanto, essa é uma resposta provisória, na medida em que a própria atitude



crítica está submetida a frequentes ajustes e modificações, aberta à revisão e sujeita à instabilidade inerente a essa condição (GALINDO, 2015, p. 351).

É nesse contexto que Martti Koskenniemi, no livro *“The Gentle Civilizer of Nations”*, realizou um esforço inovador ao revisitar a história do direito internacional, o que redundou em um “giro historiográfico” não apenas em seu trabalho mas na disciplina como um todo. A expressão “giro historiográfico” está intimamente relacionada com a atitude crítica dos internacionalistas perante o passado do direito internacional. Diz respeito à constante e crescente necessidade desses internacionalistas de revisar – e até confirmar – a história a fim de conectar o passado e o presente de normas, instituições e doutrinas do direito internacional, além de romper as barreiras existentes entre a teoria e a história desse campo do conhecimento (GALINDO, 2005, p. 541). O estudo do direito internacional tem sido influenciado pela inspiração historiográfica.

Ao empreender o retorno crítico à história do direito internacional, Koskenniemi pretende demonstrar a relevância de compreender por que os internacionalistas assumem certas posições e defendem certos argumentos em diferentes tempos e lugares. A investigação desse comportamento dos internacionalistas se dá em um curto período (1870-1960), sem a utilização de abstrações conceituais, de delimitação de épocas ou do estudo de grandes autores. Não se trata de uma narrativa baseada em uma metodologia fechada ou excludente de outras possíveis. Koskenniemi reconhece que seu foco é o homem branco europeu – particularmente o alemão, o francês, o inglês e o norte-americano. Embora o autor não queira desenvolver uma narrativa neutra, escrever sobre o passado é sempre um ato político e pode causar um tratamento injusto dos principais jogadores (GALINDO, 2005, p. 543). Por isso, é fundamental dar voz às mulheres e aos não-europeus para compreender de forma abrangente o passado do direito internacional.

A principal tese do livro é que o direito internacional moderno surgiu na segunda metade do século XIX como uma expressão liberal perante os movimentos de nacionalismo, racismo e socialismo, que estavam despontando no horizonte europeu. O direito internacional moderno resulta de um projeto decorrente de necessidades práticas de advogados na vida política e parlamentar. Seu objetivo foi “civilizar” o comportamento de suas nações e das colônias por meio de uma reforma legislativa liberal na Europa e do apoio ao império colonial (KOSKENNIEMI, 2011, p. 152).

A fundação do *Institut de Droit International* e da *Revue de Droit International et de Législation Comparée* marcou a reinauguração do pensamento jurídico internacional. À época, identificava-se na Europa *l'esprit d'internationalité*, “um novo espírito” compartilhado, que levou nações e raças a seguir certos princípios comuns não apenas em suas relações mútuas mas também nas legislações internas (KOSKENNIEMI, 2004, p. 13). Era o momento de expansão imperial europeia para o resto mundo. Nesse processo, os juristas internacionalistas desempenharam um papel tanto marginal quanto importante. Sua atuação foi marginal no sentido de que as autoridades europeias não aguardavam o aconselhamento jurídico para efetivar seus planos de expansão internacional do comércio. Por outro lado, o direito internacional foi utilizado para justificar políticas imperialistas, bem como para tornar mais fácil a consolidação da expansão territorial europeia (GALINDO, 2005, p. 544).

Corroborando sua instrumentalidade ao projeto colonial europeu, o direito internacional forneceu a argumentação necessária para sustentar a subjugação dos povos colonizados. Isso se deu, por exemplo, com a utilização da “linguagem de um padrão civilizacional” pelos internacionalistas, que dizia respeito ao enquadramento (ou não) dos referidos povos no “padrão civilizatório” da Europa<sup>14</sup>. Não obstante houvesse dúvida sobre a possibilidade de definição de “civilização”, o direito internacional utilizou o recurso linguístico para sujeitar as comunidades não-europeias à massiva colonização (KOSKENNIEMI, 2004, p. 135). Ao mesmo tempo em que a Europa era o padrão a ser seguido para integrar o sistema europeu, a comunidade não europeia jamais podia se tornar “europeia”, por mais que se esforçasse. Essa é a contradição: para alcançar um tratamento igualitário, a comunidade não europeia devia aceitar a Europa como “seu mestre” (superior), mas aceitá-la como tal é a prova de que não há igualdade (KOSKENNIEMI, 2004, p. 136)<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> A “linguagem de um padrão civilizacional” era utilizada para estabelecer diferenças não muito palpáveis entre os povos. Tornou-se um instrumento prático e jurídico de gestão da diferença, sem conteúdo substantivo prático, mas que “autorizou os europeus a realizar as distinções que precisavam fazer sem necessitarem explicar muito” (KOSKENNIEMI, 2011, p. 156). O padrão normativo civilizacional posteriormente é substituído por “modernização” e desenvolvimento econômico e tecnológico.

<sup>15</sup> Sobre a assimilação crítica e transformadora do direito internacional por juristas não ocidentais, ver o instigante livro de Arnulf Becker Lorca: LORCA, Arnulf Becker. *Mestizo International Law: A Global Intellectual History 1842-1933*. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. O autor trata da marca intelectual deixada por esses internacionalistas “semi-periféricos” em relação à transformação concreta de regras e de instituições internacionais, rechaçando a visão de uma assimilação passiva e acrítica. A partir da perspectiva de países da periferia do mundo, o livro narra as interações entre nações ocidentais e não ocidentais por meio de seus juristas. A atuação dos últimos resultou no abandono do parâmetro “civilizacional” e na consequente adoção de uma definição formal de soberania e da doutrina do reconhecimento. O direito internacional foi universalizado. É de se destacar o uso do direito

O recurso à historiografia para a compreensão das bases epistemológicas do direito internacional não é exclusividade de Koskenniemi, na medida em que outros autores da *newstream* também o fazem. A originalidade do raciocínio desenvolvido por ele – a qual inaugura uma nova abordagem da história do direito internacional – está em estabelecer uma conexão mais íntima entre teoria e historiografia, o que possui muitas implicações (GALINDO, 2005, p. 547).

Nesse sentido, Koskenniemi buscou suplantar dois desafios. O primeiro está relacionado com o cenário do direito internacional depois da Segunda Guerra Mundial. O campo foi impregnado por um espírito pragmático que redundou no desinteresse tanto pela análise historiográfica como pela análise teórica. O uso de modelos teóricos desatualizados ou frágeis e a falta de consciência do passado da disciplina permitiram que o direito internacional fosse manipulado por diversas agendas políticas e acadêmicas. O retorno à historiografia e à teoria representa uma tentativa de fortalecer essas perspectivas no campo do direito internacional, mas também pretende preencher o vazio deixado pelo pragmatismo, no que diz respeito aos mais recentes contributos da filosofia, da antropologia, das ciências sociais e da própria historiografia (GALINDO, 2005, p. 547). O segundo desafio concerne à superação da influência positivista que separa teóricos e historiadores. Trata-se da necessidade de estreitar os laços entre a teoria e a história do direito internacional, o que efetivamente o trabalho de Koskenniemi faz (GALINDO, 2005, p. 549).

A despeito da magnitude de sua contribuição acadêmica, Koskenniemi não está isento de críticas. Suas opções metodológicas são questionáveis por ignorarem os debates travados no campo da história intelectual nas últimas décadas, com importantes reflexos na história do direito. Há uma singela citação do trabalho de Michel Foucault, mas não é o suficiente para atender às necessidades metodológicas da pesquisa de Koskenniemi. Além disso, Foucault não desfruta de prestígio entre os historiadores, o que torna a menção a seu respeito pouco significativa para a história intelectual. A crítica recorrente entre os historiadores a respeito da obra foucaultiana diz respeito ao suposto pouco controle das fontes históricas e aos consequentes erros na contextualização dos dados colhidos. De um modo geral, uma discussão aprofundada dos mencionados ramos do conhecimento proporcionaria maior profundidade metodológica ao

---

internacional como instrumento de resistência e de defesa dos interesses da periferia. O autor sugere, ainda, que a transformação do pensamento jurídico internacional pelos países não periféricos constitui a história do “direito internacional mestiço”.

trabalho de Koskenniemi, fomentando um debate mais apropriado e produtivo no campo do direito internacional (GALINDO, 2005, p. 550).

Por outro lado, pode-se questionar até que ponto as reflexões e as conclusões de Koskenniemi são eurocêntricas e quais as implicações disso. O problema com as “histórias tradicionais” seria que não apenas os eventos e as ideias (a substância da história do direito internacional) tendem a ser eurocêntricos, mas os próprios padrões da historiografia são europeus (KOSKENNIEMI, 2013, p. 222). Mais do que isso, as historiografias do direito internacional descrevem um mundo eurocêntrico, uma ordem normativa eurocêntrica, um direito internacional que teria emergido tão somente para resolver um problema cultural e político específico da Europa (KOSKENNIEMI, 2011, p. 168)<sup>16</sup>. Até mesmo as críticas marxista, pós-colonial e terceiro-mundista tendem a empregar categoriais e conceitos europeus<sup>17</sup>.

A questão talvez seja mais complexa do que simplesmente “livrar-se” de narrativas europeias tradicionais<sup>18</sup>. Para Koskenniemi, o eurocentrismo do direito internacional é inegável<sup>19</sup>, mas o modo de lidar com esse aspecto é determinante para uma crítica efetiva e produtiva da disciplina. Em lugar de rejeitar o vocabulário do direito internacional, as abordagens críticas devem articular a experiência dos povos colonizados dentro dos padrões linguísticos e conceituais disponíveis, independentemente do seu comprometimento epistemológico com os parâmetros eurocêntricos e/ou ocidentais. É usar os meios disponíveis para veicular demandas tradicionalmente silenciadas. O criticismo está posto não sobre questões filosóficas, mas está relacionado com as origens coloniais do direito internacional. Antony Anghie - e outros estudiosos – não hesitaria em instrumentalizar o direito internacional se isso fosse

---

<sup>16</sup> Esse problema seria como regular a guerra e o restabelecimento da paz, tendo em vista o rompimento do Cristianismo e a emergência dos estados territoriais.

<sup>17</sup> Os argumentos críticos ao direito internacional serão oportunamente desenvolvidos.

<sup>18</sup> Para um aprofundamento do raciocínio de Koskenniemi sobre eurocentrismo, ver KOSKENNIEMI, Martti. *Histories of International Law: Dealing with Eurocentrism. Rechtsgeschichte Legal History*, 2011 (19), p. 152-176; KOSKENNIEMI, Martti. *International Law in Europe: Between Tradition and Renewal. European Journal of International Law*, 2005, vol. 16 (1), p. 113-124. Ver também a palestra ministrada por Koskenniemi na *London School of Economics and Political Science*, em 25 de janeiro de 2012, intitulada *Histories of International Law: Dealing with Eurocentrism*, disponível em: [https://youtu.be/jOZ2kM1\\_HcQ](https://youtu.be/jOZ2kM1_HcQ)

<sup>19</sup> A partir de uma abordagem crítica do direito internacional, é quase intuitiva a conclusão a respeito da persistência do eurocentrismo na disciplina. O mesmo não ocorre na doutrina *mainstream*. Para Antonio Cassese, apesar das normas e dos princípios de direito internacional serem produtos da “civilização ocidental” e serem marcadas pelo eurocentrismo, a progressiva interpenetração das diferentes áreas do direito internacional tem garantido, ao menos em nível legislativo, que a comunidade internacional se torne mais integrada, também com a participação do Terceiro Mundo no processo de construção legislativa (CASSESE, 2005, p. 30, 43 e 45).

estrategicamente útil para os propósitos pós-coloniais (KOSKENNIEMI, 2011, p. 170). Mais importante do que a coerência do que está sendo dito é o próprio ato de manifestar-se.

Koskenniemi apresenta quatro “técnicas” para contornar o caráter eurocêntrico do direito internacional (KOSKENNIEMI, 2011, p. 171-175). A primeira, inaugurada pelo próprio Anghie, consiste na demonstração das origens coloniais de uma norma ou instituição jurídica internacional. A segunda técnica é considerar o encontro entre a Europa e o novo mundo como o momento fundacional da disciplina. A terceira técnica pretende chamar a atenção para a hibridização de conceitos jurídicos entre metrópole e colônias, com a conseqüente alteração de seus significados. Por fim, a quarta diz respeito à “provincialização da Europa”<sup>20</sup>, isto é, consiste na desconstrução da Europa enquanto realidade atemporal e universal para apresentá-la como apenas um continente com seus interesses e problemas particulares.

A proposta de um giro historiográfico no direito internacional, portanto, permite a revisitação crítica da história da disciplina e a desconstrução de ideias hegemônicas por meio do acesso ao passado e do resgate da memória. Esse movimento investigativo e reflexivo abre os horizontes para reconhecer a existência de múltiplas histórias no direito internacional, possibilita que o “direito do presente” contemple as demandas legítimas de povos esquecidos nas narrativas tradicionais.

Assim, a efetividade do giro historiográfico está relacionada ao “giro histórico” na disciplina. Não basta a simples crítica à razão ilustrada, é necessário revisitar a história do direito internacional, que por muito tempo foi ignorada. O criticismo deve ser hábil a propiciar à razão a consciência de seu passado. É fundamental resgatar a memória para o estudo historiográfico, pois nela está o registro da injustiça e do sofrimento. Em outros termos, ocorrerá um giro histórico no direito internacional com o surgimento de uma nova forma de pensar a própria razão ilustrada e de incorporar a essa razão à memória. O afastamento do direito internacional de sua história facilita o uso hegemônico de certas ideias e as manipulações de discurso em virtude do desconhecimento da origem e da formação das estruturas próprias da disciplina. O conhecimento histórico crítico, portanto, liberta a disciplina de “verdades históricas” continuamente impostas.

Nesse contexto, o giro historiográfico possibilita o reconhecimento da ligação entre o colonialismo e o direito internacional, o que tem sido explorado pelos estudos historiográficos

---

<sup>20</sup> A expressão utilizada por Koskenniemi remete à obra de Dipesh Chakrabarty (*Provincializing Europe: Postcolonial Thought and Historical Difference*. Princeton: Princeton University Press, 2008).

críticos. Mais do que saber se o colonialismo influenciou o direito internacional, a questão central é identificar o quanto o primeiro influenciou o segundo e se tal influência ainda persiste (GALINDO, 2015, p. 353). Sob um ponto de vista mais amplo, o debate sobre colonialismo e eurocentrismo na historiografia do direito internacional possui o grande mérito não apenas de visibilizar o sofrimento de indivíduos e povos durante o tempo, mas também de atribuir à história do direito internacional o importante papel de criticar a manutenção de estruturas de poder opressoras, além de auxiliar na construção de agendas para o presente (GALINDO, 2015, p. 354).

Desenvolvendo esse mesmo raciocínio, Anghie explica de forma inovadora a emergência do direito internacional a partir do encontro colonial, sendo a “missão civilizadora” a grande motriz desse empreendimento.

### **1.1.3. A “missão civilizadora” e a emergência do direito internacional**

A origem do direito internacional é usualmente identificada com o século XVII, tendo como marco temporal a assinatura dos tratados de Paz de Westphalia (1648), que encerrou a Guerra dos Trinta Anos na Europa. Havia previamente relações internacionais entre grupos e nações, além de tratados de aliança pela paz. Mesmo na Idade Média, quando as comunidades foram divididas em diversos grupos liberados por senhores feudais, remanesceu o relacionamento entre os membros da comunidade internacional daquela época. Ocorre que o período precedente à paz de Westphalia caracterizou-se pela ausência de Estados de pleno de direito, em sentido moderno, e pela bipolarização do poder entre o Papa e o Imperador do Sagrado Império Romano (CASSESE, 2005, p. 24). A premissa necessária para o estabelecimento da comunidade internacional nos moldes atuais foi o surgimento do Estado-nação entre os séculos XV e XVII.

Nesse sentido, os tratados de paz de Westphalia constituíram um divisor de águas na delimitação da moderna comunidade internacional, uma vez que reconheceram a legitimidade internacional dos estados protestantes, proclamaram o direito dos membros do Império Romano de firmar alianças estrangeiras e declarar guerra, estabeleceram uma distribuição política do poder na Europa que perdurou por mais um século, entre outras medidas. Em resumo, a Paz de Westphalia testificou o rápido declínio da Igreja Católica, a desintegração do Império Romano, assim como o nascimento do sistema internacional baseado na pluralidade de estados independentes e igualmente soberanos (CASSESE, 2005, p. 24).

Esta é a narrativa tradicional, assentada na ideia de que o direito internacional foi um sistema jurídico internacional aplicado inicialmente aos Estados europeus e posteriormente disseminado para todo o mundo (GALINDO, 2015, p. 342). O gozo dos direitos básicos na esfera internacional pressupõe o reconhecimento da condição de Estado. O colonialismo, por sua vez, é visto como algo marginal ao surgimento do direito internacional, distante da doutrina dos pais fundadores do direito internacional - Francisco de Vitoria, Francisco Suárez, Alberico Gentili, Hugo Grotius, Samuel Puffendorf e outros -, a quem se atribui a criação do conjunto sistemático de normas para regular e pacificar as relações entre os Estados (GALINDO, 2015, p. 353). Francisco de Vitoria, inclusive, ficou conhecido como um dos clérigos católicos (frei dominicano de Salamanca) que, juntamente com o mais famoso Bartolomé de Las Casas, recebeu o título de “defensor dos índios” ou “pai dos direitos humanos” por suas críticas à violência da colonização espanhola nas Américas (KOSKENNIEMI, 2014, p. 121).

A esse tipo de interpretação histórica canônica do processo de expansão do direito internacional, Antony Anghie, sob uma perspectiva bastante crítica da história do direito internacional, oferece uma visão profundamente diferente (GALINDO, 2015, p. 343). Apesar de reconhecer a importância de Vitoria quanto aos direitos dos índios americanos, Anghie considera que o trabalho do clérigo justificou a conquista das Américas e a subjugação das populações indígenas por meio de uma linguagem de liberalidade e até mesmo de igualdade (KOSKENNIEMI, 2014, p. 121-122).

Anghie – cujo pensamento é bastante associado às TWAIL (*Third World Approaches to International Law*)<sup>21</sup> - enfatiza que o entendimento convencional do passado da disciplina, propagado tanto por autores do Primeiro Mundo quanto do Terceiro Mundo<sup>22</sup>, é no sentido de que as colônias receberam um direito internacional totalmente formado e pronto para sua aplicação, um direito internacional capaz de solucionar as questões decorrentes das diferenças entre europeus e colonizados. O projeto colonial consistiria na simples assimilação dessas

---

<sup>21</sup> O Terceiro Mundo para Anghie constitui o termo contemporâneo para aquelas sociedades e aqueles territórios não europeus que foram colonizados a partir do século XVI pelos impérios europeus e cuja independência política foi adquirida até 1940 (ANGHIE, 2005, p. 3). No que diz respeito às TWAIL, o tema será desenvolvido no próximo tópico.

<sup>22</sup> Anghie comenta que até mesmo Mohammed Bedjaoui, um dos mais destacados estudiosos do Terceiro Mundo, parece aderir à versão tradicional da relação entre o colonialismo e o direito internacional, ao afirmar que “*The New World was to be Europeanized and evangelized, which meant that the system of European international law did not change fundamentally as a result of its geographic extension to continents other than Europe*” (ANGHIE, 2005, p. 7).

sociedades aberrantes em um sistema jurídico preexistente, estável e eurocêntrico. Por outro lado, essa abordagem pressupõe que a questão fundamental do direito internacional é a criação de uma ordem jurídica entre Estados soberanos. Para os tradicionalistas, o direito internacional pode ser explicado como uma tentativa de solucionar esse problema, o que levou a disciplina a ser criticada no século XIX pelo positivista John Austin com o famoso argumento de que o direito internacional não seria propriamente “direito” porque não emana de um único e global poder soberano (ANGHIE, 2005, p. 5).

A perspectiva histórica de Anghie desafia essa versão tradicional do passado. Sua proposta rejeita boa parte dessa narrativa e pretende reescrever a história da disciplina a partir do papel central desempenhado pelo encontro colonial na estruturação das principais doutrinas do direito internacional. Diferentemente dos Estados europeus que eram soberanos e iguais, o confronto colonial - sobretudo a partir do século XIX, quando o colonialismo atingiu seu apogeu – não se deu entre dois Estados soberanos, mas entre um Estado europeu soberano e uma sociedade não europeia desprovida de soberania. É perceptível, por conseguinte, que o problema de criar uma ordem jurídica entre Estados soberanos era eminentemente europeu, fugia à realidade do empreendimento colonial. A universalização da experiência europeia, com o deslocamento do maior problema (europeu) da disciplina para os assuntos coloniais, tem como efeito suprimir e subordinar outras histórias do direito internacional e os povos aos quais se aplicam (ANGHIE, 2005, p. 5). Como a soberania era um atributo/privilégio apenas dos Estados europeus, a história do mundo não europeu se resume à incorporação de povos da Ásia, da África e das Américas a um sistema de direito flagrantemente europeu e, ainda assim, “universal”.

O interesse de Anghie está na relação entre o direito internacional e o colonialismo. O foco específico é na “missão civilizadora”, que consiste no grande projeto que justificou o colonialismo como um meio de redenção dos povos atrasados, aberrantes, violentos, oprimidos e subdesenvolvidos do mundo não europeu, por meio de sua incorporação à “civilização universal da Europa” (ANGHIE, 2005, p. 3). Tal projeto é fomentado pela dinâmica da diferença. A ideia de que as diferenças culturais fundamentais separaram os mundos europeu e não europeu foi de extrema relevância para o alcance dos objetivos coloniais. Esse raciocínio permitiu a caracterização das sociedades não europeias como atrasadas e primitivas, o que legitimou a dominação colonial europeia e as conseqüentes imposições (violentas e veladas) de poder com a finalidade de controlar e “transformar” os povos “conquistados”.



A dicotomia básica civilizado-incivilizado foi mantida pelos internacionalistas ao longo dos séculos. Ainda que com reelaborações da mesma ideia, seu significado permaneceu inalterado. A partir dessa dicotomia, os juristas passaram a desenvolver doutrinas e técnicas para “civilizar” o mundo incivilizado e suprir a lacuna que o separa do mundo civilizado. De modo geral, a dinâmica da diferença representa um processo contínuo de criar essa separação entre duas culturas, demarcando uma delas como “universal” e civilizada, enquanto a outra é denominada como “particular” e incivilizada, assim como desenvolvendo instrumentos jurídicos para “normalizar” a sociedade aberrante (ANGHIE, 2005, p. 4).

Nesse propósito de justificação do domínio do civilizado sobre o incivilizado, Anghie destaca o trabalho de Vitoria, conforme anteriormente mencionado. As lições de Vitoria em *De Indis Noviter Inventis* e *De Jure Bellis Hispanorum in Barbados*<sup>23</sup> - designadas como textos fundadores do direito internacional - tratam essencialmente das relações decorrentes da conquista dos índios americanos pela Espanha e refletem as tentativas do jurista de solucionar as questões jurídicas emergentes do encontro colonial. Ao contrário do relato tradicional da história do direito internacional, Vitoria não aplicou as doutrinas jurídicas existentes na Europa para caracterizar o *status* jurídico dos índios (ANGHIE, 2005, p. 14). Diante da nova realidade imposta aos europeus, Vitoria preocupou-se em desenvolver uma solução jurídica que desse conta de problemas ainda insolúveis. O ponto essencial era que o direito internacional então existente era inócuo para resolver o problema das relações entre espanhóis e índios, o que levou à elaboração de um direito internacional destinado unicamente aos assuntos gerados a partir do encontro colonial (ANGHIE, 2005, p. 15). Não se estava a tratar do problema da ordem jurídica entre Estados soberanos, mas da criação de um sistema jurídico que regulasse sociedades pertencentes a duas ordens culturais muito diferentes, cada qual com suas próprias ideias de propriedade e governança (ANGHIE, 2005, p. 16).

A questão da legitimidade do poder da Espanha sobre os índios foi convencionalmente decidida em conformidade com a jurisprudência desenvolvida pela Igreja Católica para lidar com os Sarracenos da Índia (ANGHIE, 2005, p. 17). Por esse quadro normativo, os índios americanos seriam identificados como pagãos, com as devidas consequências sobre seus direitos. Esse entendimento resultava da aplicação do direito divino, um dos três sistemas jurídicos que

---

<sup>23</sup> VITORIA, Francisco de. *Os índios e o direito da guerra: de indis et de jure belli relectiones*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006. (coleção clássicos do direito internacional).

coexistiam na Idade Média no Ocidente. Os outros eram o direito humano e o direito natural. Vitoria criticou a solução tradicional dada ao problema e “criou um novo sistema de direito internacional que essencialmente desloca o direito divino e seu administrador, o Papa, e o substitui pelo direito natural administrado por um soberano secular” (ANGHIE, 2005, p. 17-18).

Para isso, foi necessário superar duas premissas básicas do direito divino. A primeira estabelecia que as relações humanas eram regidas pelo direito divino, o qual possuía primazia em face dos demais sistemas de direito. A segunda referia-se ao exercício de jurisdição universal pelo Papa em virtude de sua missão divina destinada a difundir o Cristianismo. Disso resultava que a soberania dos governantes europeus residia na autoridade do Papa para legitimar suas invasões de território pagão a fim de expandir o mundo cristão. Em outros termos, a soberania estava atrelada à conduta do governante em conformidade com o direito divino, ele necessitava da legitimação de seus atos pela autoridade papal para o reconhecimento de sua condição de soberano.

Reformulando as relações entre direito divino, direito humano e direito natural, Vitoria concluiu que os índios não poderiam ser privados de seu direito de propriedade da terra pelo simples fato de não serem cristãos. Reconheceu os índios como seres humanos, providos de uso da razão e que, portanto, poderiam ser submetidos à jurisdição universalmente vinculante do direito natural (*jus gentium*). A partir daí, as violações às normas jurídicas pelos índios eram passíveis de sanções por meio do uso da força e da guerra. Resumidamente, a jurisprudência de Vitoria fundamenta-se em três elementos conectados com o problema da diferença cultural: 1) a diferença postulada entre índios e espanhóis consistia em costumes e práticas sociais diferentes de cada sociedade; 2) Vitoria conseguiu ligar essa diferença por meio de seu sistema de *jus gentium* e da caracterização dos índios como portadores de razão e de capacidade de entendimento para serem vinculados pelo “direito universal do *jus gentium*”; 3) os índios - desfrutando de razão, mas ainda atrasados, bárbaros, incivilizados – são sujeitos a sanções por falharem em alcançar os “padrões universais” (ANGHIE, 2005, p. 28-29).

Por outro lado, as tentativas de abordagem do problema das diferenças culturais foram essenciais para a emergência da doutrina da soberania, que não havia ainda sido formulada e que foi “improvisada” para criar ordem entre as duas sociedades diferentes. Vitoria insistiu em estabelecer a distinção entre o soberano espanhol e os não soberanos índios, concluindo que os índios não dispunham de soberania simplesmente porque eram pagãos (ANGHIE, 2005, p. 29).

Assim, aos índios – que inevitável e invariavelmente violavam o *jus gentium* em razão de suas diferenças culturais – era negado o *status* de soberanos. A perspectiva histórica da soberania busca demonstrar, portanto, que o encontro colonial moldou as estruturas da doutrina. Seu desenvolvimento não pode ser entendido como mero resultado lógico de elaborações filosóficas, como consequência de constantes tentativas de estabelecer a ordem entre estados soberanos, mas como decorrente de problemas relacionados ao empreendimento colonial.

A contribuição de Anghie ao estudo do direito internacional reside sobretudo na comprovação das origens coloniais da disciplina e de muitas de suas mais importantes doutrinas, além da demonstração da importância da “missão civilizadora” como instrumento para o projeto colonial e para o desenvolvimento de um novo sistema jurídico internacional para regular as relações entre europeus e não europeus no encontro colonial. As reflexões de Anghie apontam não apenas para a centralidade do colonialismo na constituição do direito internacional, mas também sugerem que essas origens criaram um conjunto de estruturas que continuamente se repetem em vários estágios da história do direito internacional (ANGHIE, 2005, p. 3). É possível afirmar ainda que a distinção entre “civilizado” e “incivilizado” tem sido reproduzida - supostamente em um mundo não imperial - através de dicotomias que ocupam lugar decisivo nas relações internacionais contemporâneas, tais como “desenvolvidos” e “em desenvolvimento”, “pré-moderno” e “pós-moderno”, e recentemente, uma vez mais, “civilizado” e “bárbaro”. Ademais, a prática de discriminação racial, exploração econômica, desapropriação territorial e subordinação cultural foram centrais para o projeto imperial, e é levantando questões sobre a relação entre o colonialismo e o direito internacional que é possível explorar sua significância para a disciplina (ANGHIE, 2005, p. 7). De modo geral, na tentativa de questionar as histórias convencionais do direito internacional, Anghie empreende esforços para compreender por que as sociedades terceiro-mundistas continuam em desvantagem e marginalizadas. Seu projeto é a criação de um direito internacional capaz de atender às necessidades desses povos e de promover efetiva justiça, sendo que o estudo da história constitui um instrumento essencial para o alcance desse objetivo.

Sob a inspiração dessa perspectiva pós-colonial e crítica, o Terceiro Mundo voltou a ser objeto de discussão no direito internacional por meio das abordagens conhecidas como TWAIL.

## 1.2. As Abordagens do Direito Internacional ao Terceiro Mundo (TWAIL)

Há pelo menos quinze anos, um grupo de internacionalistas de várias partes do globo tem desafiado a censura quanto à utilização da expressão “Terceiro Mundo” e insistido no seu uso, o qual sustentam ser necessário para que o direito internacional faça uma maior justiça a indivíduos que se encontram especialmente em Estados assolados por diversos tipos de exclusão social e econômica (GALINDO, 2013, p. 119). A partir do momento em que a história comum de sujeição ao colonialismo e/ou o persistente subdesenvolvimento e a marginalização de países da Ásia, da África e da América Latina possui importância significativa, a categoria Terceiro Mundo ganha vida (CHIMNI, 2003, p. 5). A utilidade da expressão consiste em expor constrangimentos estruturais que a economia mundial impõe sobre um grupo de países em relação a outros, como manifestação do crescimento das assimetrias entre o norte e o sul globais. Esses internacionalistas integram as chamadas Abordagens do Terceiro Mundo ao Direito Internacional - tradução do inglês da expressão *Third World Approaches to International Law* (TWAIL).

Um dos objetivos das TWAIL<sup>24</sup> é entender, desconstruir e desvelar os usos do direito internacional como um meio para a criação e perpetuação de uma hierarquia de normas e de instituições internacionais que subordinam não europeus a europeus (MUTUA, 2000, p. 30). Buscam compreender como o direito internacional afeta as estruturas de dominação e de poder a partir, principalmente, das categorias Terceiro Mundo e Ocidente. Mais especificamente, elas pretendem mostrar que as estruturas e categorias jurídicas são o reflexo de preconceitos culturais que tem por efeito a perpetuação e a legitimação dessas relações de dominação (BACHAND, 2011, p. 6).

As TWAIL enquadram-se nas teorias críticas do direito internacional, com forte influência dos estudos pós-colonialistas e evidente viés histórico. Constituem abordagens que enfatizam a análise do direito internacional a partir da ideia de subjugação histórica existente

---

<sup>24</sup> Segundo Galindo, a escolha da sigla da expressão em inglês “tem sua razão de ser no fato de que TWAIL é um termo já amplamente conhecido no vocabulário jurídico internacional. Este autor reconhece, no entanto, que o uso da sigla em inglês pode apresentar problemas uma vez que um dos temas mais recorrentes da literatura pós-colonialista é o uso da linguagem do colonizador (no caso, o inglês) por parte do colonizado como instrumento de subjugação” (GALINDO, 2013, p. 119).

entre povos colonizados e povos colonizadores (subordinação do resto do mundo ao poder europeu), bem assim da valorização da diferença comum resultante dessa sujeição, como forma de resistência consciente a políticas hegemônicas.

No âmbito das TWAIL, o pós-colonialismo exerce um papel de destaque, sendo o colonialismo europeu considerado um fato histórico de efeitos concretos, seguido da descolonização e da busca pela soberania em um contexto imperialista de dominação econômica e, algumas vezes, política. O pós-colonialismo representa a ressignificação do colonialismo. Parte do princípio de que aquele ainda produz seus efeitos na ordem jurídica internacional e, portanto, permite a compreensão do direito internacional em sua dimensão histórica. A história, inclusive, pode ser usada para confrontar as correntes dominantes e suas narrativas de progresso contínuo. Além da vertente histórica, o discurso terceiro-mundista do direito internacional é marcado pelo enfoque crítico.

O resgate da tradição terceiro-mundista inicialmente se deu em 1997, com a realização de um evento, na Faculdade de Direito da Universidade de Harvard, denominado “Novas Abordagens aos Estudos Jurídicos do Terceiro Mundo” (*New Approaches to Third World Legal Studies*), o qual reuniu vários autores experientes e outros que mais tarde se destacariam. Em seguida, Chimni e Antony Anghie (2003) publicaram o artigo intitulado “Abordagens do Terceiro Mundo ao Direito Internacional e Responsabilidade Individual em Conflitos Armados” (*Third World Approaches to International Law and Individual Responsibility in Internal Conflicts*), em que trataram do desenvolvimento das TWAIL em três fases ou gerações<sup>25</sup>. Embora critique a existência da terceira geração<sup>26</sup>, Galindo anota sobre o tema:

---

<sup>25</sup> A divisão das TWAIL em gerações é objeto de crítica por alguns de seus estudiosos, especialmente em razão das consequências políticas em insistir em periodizações e do perigo de uma leitura apressada de fatos recentes. Nesse sentido, Galindo sintetiza a questão nos seguintes termos: “*Although it is assumed that there are common features between the generations, a number of differences are also identified and emphasized by TWAIL II scholars. In this article, I advance the argument that such periodization is problematic for four reasons: anachronism, progressivism, a difficult self-identification of past third world legal scholars with TWAIL and the image made of TWAIL by non-TWAILers. Instead of periodizing TWAIL in two successive generations, I argue that identifying it as part of a larger tradition of third world international legal scholarship is more productive for the inner coherence of such intellectual movement and, consequently, for its success in the international legal academia*” (GALINDO, 2015).

<sup>26</sup> A crítica questiona a inauguração de nova época no direito internacional com a ocorrência dos referidos eventos terroristas nos Estados Unidos, tendo em vista que fatos semelhantes ocorreram e ocorrem também em Estados do Terceiro Mundo (GALINDO, 2013, p. 123).

Assim, seguindo a própria leitura de Anghie e Chimni, a primeira geração era mais focada no Estado-nação e na maneira pelas quais as nações poderosas usaram o direito internacional como veículo de opressão e de interesses hegemônicos. Por sua vez, a segunda geração se concentraria no papel da colonização para a própria formação do direito internacional – com a conseqüente ênfase não no Estado, mas em grupos marginalizados e no papel de instituições internacionais para a manutenção de hierarquias sociais. Finalmente, a terceira geração ou fase das TWAIL estaria em surgimento, incitada especialmente pelos eventos de 11 de setembro de 2001. Tais eventos marcariam a volta da centralidade do Estado nas análises das TWAIL, e não mais em grupos marginalizados ou instituições internacionais. A relação do Estado com o terrorismo, seja ao combatê-lo ou apoiá-lo, estar-se-ia tornando o foco principal de autores terceiro-mundistas contemporâneos no direito internacional. (GALINDO, 2013, p. 122)

As TWAIL têm sido objeto de estudo de acadêmicos tanto do Terceiro Mundo como de países do norte global, destacando-se como teóricos Antony Anghie, B. S. Chimni, James Gathii, Balakrishnan Rajagopal, Makau Mutua, entre tantos outros. Recentemente, realizou-se a Conferência das TWAIL 2015 (*On Praxis and the Intellectual*)<sup>27</sup>, na cidade do Cairo (Egito), onde estiveram reunidos vários dos seus expoentes<sup>28</sup>. Em que pese o notório crescimento internacional do debate em torno das TWAIL, suas possíveis contribuições tem sido pouco conhecidas ou até mesmo ignoradas pela maioria dos internacionalistas, representantes das correntes majoritárias (*mainstream*).

No Brasil, a desconsideração das TWAIL é mais flagrante. O debate sobre o tema ainda é tímido, o que torna a produção acadêmica e doutrinária insignificante. Chega a ser “realmente espantoso como os juristas brasileiros - não obstante a posição do Brasil como um Estado cuja população e instituições ainda sofrem profundamente com as exclusões existentes no cenário internacional - ainda não levaram devidamente em conta a literatura ligada às abordagens do terceiro mundo ao direito internacional” (GALINDO, 2013, p. 120). É possível que esse fenômeno seja parcialmente explicado pela necessidade de muitos juristas de reproduzir e

---

<sup>27</sup> A partir do primeiro encontro na Faculdade de Direito de Harvard em 1997, ocorreram conferências na Faculdade de Direito de Osgoode Hall (Toronto, Canadá), em 2001, na Faculdade de Direito da Albânia, em 2007, na Universidade de Columbia Britânica (Canadá), em 2008, em Paris (França), em 2010 e na Faculdade de Direito de Oregon (Estados Unidos), em 2011, conforme informações da página eletrônica da organização do evento ocorrido neste ano. <<http://www.uwindsor.ca/twail2015/>>

<sup>28</sup> A propósito, vários artigos dessa conferência foram publicados eletronicamente pela Revista *Third World Quarterly* (vol. 37-11), em 22 de setembro deste ano, disponíveis em: <<http://www.tandfonline.com/toc/ctwq20/37/11?nav=toCList>>

transplantar acriticamente discussões entre correntes majoritárias na Europa e nos Estados Unidos como forma de legitimar certo argumento no direito brasileiro, conforme sugere Galindo (GALINDO, 2013, p. 120).

A propósito, Badaru aponta a necessidade das TWAIL de promover sua agenda de pesquisa e seus objetivos não apenas para exercer um papel crítico do direito internacional no norte global, mas principalmente para estabelecer sua presença no Terceiro Mundo, a quem pretendem representar (BADARU, 2008, p. 386). A falta de acolhimento ou a simples ignorância das TWAIL na academia em países marcados por histórias de subjugação colonial e/ou de exclusão, como o Brasil, tem formado estudantes do Terceiro Mundo com um entendimento de direitos humanos inspirado nas correntes dominantes do norte. Assim, o desinteresse da academia brasileira pelas abordagens terceiro-mundistas parece estar também relacionado com o direito internacional dos direitos humanos e com seu papel no contexto de globalização e de difusão da ideia de boa governança. Não se pretende aqui discutir em profundidade o complexo fenômeno da globalização, nem firmar um juízo de valor simplista e precipitado a seu respeito<sup>29</sup>. A intenção é apenas destacar alguns pontos relevantes para o estudo das TWAIL e para o avanço de um conhecimento crítico do direito internacional. Toma-se como referência a compreensão da globalização como o processo contínuo de internacionalização dos serviços financeiros e de produção, com diversos efeitos em nível econômico, social e cultural.

Com essas considerações, cumpre registrar que a globalização significou para o Terceiro Mundo a dominação de políticas econômicas neoliberais, promovidas pelas três maiores instituições econômicas internacionais: a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI)<sup>30</sup> (ANGHIE, 2004, p. 245). Há evidências de que a globalização, embora supostamente crie oportunidades e vantagens, acentuou as desigualdades entre o Primeiro e o Terceiro Mundos. Pode-se considerar tal fenômeno também

---

<sup>29</sup> “Globalization means different things to different people in different places and disciplines, and its scope and historical antecedents lie in the particular eyes of the beholder. Globalization affects different people in different parts of the world differently. The link between globalization and public health is even more complex.” (AGINAM, 2005, p. 32).

<sup>30</sup> As políticas neoliberais também impactaram a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme se verá no Capítulo Terceiro.

como um outro estágio do imperialismo. A identificação com o modelo imperialista anterior reside nos objetivos de alcançar o controle da expansão dos mercados, de retirar recursos naturais e de explorar o trabalho na periferia do sistema internacional. O direito internacional, por sua vez, é a principal linguagem pela qual a dominação é expressa na era da globalização, que tem a boa governança como uma de suas bandeiras.

A despeito da falta de um significado técnico no direito internacional para a ideia de boa governança, Anghie afirma que o termo está vinculado à presença de um governo democrático, aberto, responsável e transparente, que respeite e fomente os direitos humanos e o estado de direito (ANGHIE, 2004, p. 248). Daí que o conceito (aparentemente neutro) de boa governança está intimamente relacionado com a promoção dos direitos humanos. Os Estados do Terceiro Mundo costumam ser alvos de críticas em virtude de sua suposta falta de capacidade para governança decorrente de “falta de desenvolvimento”. A conclusão em parte resulta do fato de o norte global colocar-se como repositório dos altos padrões morais, não extensivos ao Terceiro Mundo. Desse modo, a categoria “boa governança” é erigida a fundamento moral e intelectual para o desenvolvimento de um conjunto de doutrinas, de políticas e de princípios formulados e implementados por vários atores internacionais para gerenciar, especificamente, os Estados e povos do Terceiro Mundo (ANGHIE, 2004, p. 249).

Com o uso da noção de governança, as instituições políticas avançam na globalização aplicando as normas internacionais de direitos humanos, as quais são vistas como parâmetros internacionais universalmente aceitos e como base para o alcance da “almejada” boa governança. Esta ideia possui um apelo poderoso e aparentemente universal: todos os povos e sociedades certamente deveriam buscar a boa governança - da mesma maneira que todos os povos e sociedades eram vistos como desejando a “civilização” e também o “desenvolvimento”. Aliás, a própria ideia ocidental de desenvolvimento traz em si a desconsideração das reais aspirações dos povos do Terceiro Mundo, além de reduzir o desenvolvimento de tais povos a níveis compatíveis com a manutenção dos altos padrões de consumo do norte global, sem que este se submeta ao jugo do desenvolvimento sustentável<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Já em 1977, Artur José Almeida Diniz, ao discorrer sobre a possibilidade de um número crescente de Estados conseguir penetração nas estruturas regionais de desenvolvimento, observou que os atuais modelos de



É interessante observar também que, no colonialismo, as razões humanitárias (a missão civilizatória) justificavam a livre intervenção nos países não europeus, do mesmo modo que atualmente o discurso humanitário - enraizado na doutrina dos direitos humanos<sup>32</sup> - autoriza a crescente ingerência sobre o Terceiro Mundo. De fato, o humanitarismo é a ideologia dos Estados hegemônicos na era da globalização, marcada pelo fim da Guerra Fria e por um aprofundamento da divisão norte-sul, sendo que o papel das estruturas e das instituições internacionais econômicas e políticas na perpetuação da dependência dos povos do Terceiro Mundo é negligenciado neste processo (CHIMNI, 2003, p. 16). Não se está a negar que a globalização dos direitos humanos pode oferecer uma base para o avanço na causa dos pobres e marginalizados dos países do Terceiro Mundo, na luta contra as políticas nocivas do Estado e das instituições internacionais. Contudo, de igual forma, o enfoque nos direitos humanos pode favorecer uma agenda neoliberal ao privilegiar direitos privados em detrimento de direitos econômicos e sociais.

A força do discurso do direito internacional dos direitos humanos reafirma a ideia de desenvolvimento em um contexto de globalização no pós-Guerra Fria. Isso vai ao encontro da ideia de desenvolvimento infinito enquanto possibilidade, valor e objetivo cultural, o que conduziria os Estados e os povos do Terceiro Mundo ao jugo do imperialismo. Mesmo quando reproduzida, a história colonial do direito internacional oculta as semelhanças das iniciativas anteriores de comércio e civilização com as atuais de globalização e governança. A ampla disseminação e aceitação da doutrina dos direitos humanos universais, além do fomento de categorias que emergem do Ocidente, no âmbito de uma sociedade que vivencia o fenômeno da globalização - e acolhe muitos dos temas da agenda liberal - não é campo fértil para a discussão das TWAIL.

Remanesce importante para a pesquisa pós-eurocêntrica no direito internacional observar que o emprego de um vocabulário particular (“intervenção”, “governança” ou “direitos

---

desenvolvimento econômico contrariam, em muitos pontos, as estruturais culturais dos Estados, e deformam a própria noção de desenvolvimento quando valores humanos são relegados a outros planos que não o principal (DINIZ, 1977, p. 60).

<sup>32</sup> Chimni comenta que *“A ideia de humanitarismo é moldada pelo discurso dos direitos humanos. A sua globalização é uma função de crença de que o domínio dos direitos, ainda que a partir de uma visão específica de direitos, oferece cura para quase todos os males que afligem os países do Terceiro Mundo e explica a recomendação do mantra dos direitos humanos para sociedades em situações pós-conflito”* (CHIMNI, 2003, p. 16-17).

humanos”) não é suficiente para definir quais são as relações de poder em questão, pois diferentes atores podem usá-lo com diferentes propósitos e tudo dependerá do contexto (KOSKENNIEMI, 2016, p. 175). Do mesmo modo, o recurso a um instrumento jurídico de origem europeia – como o direito internacional - não significa que necessariamente ele atuará em favor do norte global, embora essa situação seja recorrente. A promoção de uma agenda favorável ao Terceiro Mundo dependerá do modo como a linguagem do direito internacional será utilizada e por quem será empregada.

Apesar da persistência dos vieses coloniais, o direito internacional sob uma perspectiva crítica pode constituir um meio de resistência a políticas hegemônicas, um instrumento de defesa dos interesses do Terceiro Mundo, de promoção de mudanças estruturais na sociedade internacional, bem como de soluções alternativas para promoção de justiça. É certo que não se trata simplesmente de estar incluído ou excluído do sistema do direito internacional. A própria questão referente à inclusão ou exclusão parte do pressuposto (eurocêntrico) de que estar incluído é positivo porque o direito internacional é algo “bom”. O ponto chave dessa discussão é saber o que “inclusão” e “exclusão” significam, bastando lembrar que os índios americanos estavam incluídos no direito internacional segundo o sistema desenvolvido por Vitoria. É crucial, portanto, distinguir em quais condições um povo foi integrado ao direito internacional.

Nesse sentido, as TWAIL possibilitam a reflexão sobre o direito internacional com o objetivo de considerar mais seriamente as exclusões e os interesses dos Estados e dos povos submetidos ao processo de colonização. Essa abordagem crítica deve ser tomada não apenas como uma postura formal diante da disciplina, mas como inspiração para os internacionalistas contemporâneos a fim de melhorar a vida de pessoas cujas demandas não têm sido contempladas pelo sistema jurídico internacional. Seus partidários estão solidamente unidos por um compromisso ético compartilhado pela luta intelectual e prática para expor, reformar ou até mesmo retrair aqueles laços do sistema jurídico internacional que ajudam criar ou manter a desigual, desleal ou injusta ordem global (OKAFOR, 2005, p. 176-177). As TWAIL são compromissadas com a história, não com uma história ocidental e hegemônica.

Para melhor compreender o propósito das TWAIL, faz-se necessário o significado simbólico e a relevância prática do resgate do termo Terceiro Mundo.

### **1.3. O resgate da expressão Terceiro Mundo como afirmação de uma identidade histórica: as complexidades e as implicações no contexto contemporâneo**

A expressão Terceiro Mundo está em desuso em diversos círculos intelectuais, além de não ser incólume a críticas e questionamentos. É considerada obsoleta, anacrônica e até mesmo “panfletária”. Isso decorre em parte de suas origens na polarização Oriente-Occidente, que dominou por um longo tempo a conceitualização no direito internacional, de modo que seu significado passou a ser objeto de questionamento com o fim da Guerra Fria (MICKELSON, 1998, p. 356). Nessa época, muitos comentadores - a maioria de sociedades sem identificação com o Terceiro Mundo - apressaram-se em proclamar o fim da expressão como categoria analítica útil (OKAFOR, 2005, p. 174). Argumentava-se - e ainda se argumenta - que o termo não faria justiça à realidade de diversos povos e Estados em razão das diferenças de desenvolvimento entre eles, o que comprometeria uma identidade terceiro-mundista. Muitos também contestam a legitimidade da expressão ao sustentarem que há um “Terceiro Mundo” dentro do “Primeiro Mundo” e vice-versa.

Tais considerações não estão totalmente equivocadas, mas o argumento de forma geral não prospera, conforme se verá adiante. Além disso, é possível observar que o próprio direito internacional utiliza (outras) abstrações universais, com a finalidade de formular padrões globais uniformes, não obstante a diversidade do mundo social. Aliás, os estudiosos das TWAIL acreditam que afirmações de universalidade tendem a ocultar políticas de dominação subjacentes.

Karin Mickelson expõe um extenso rol de significados e usos da referida expressão. Em um sentido puramente descritivo, o Terceiro Mundo costuma ser equiparado com termos como “menos desenvolvido”, “subdesenvolvido”, “em desenvolvimento” ou “o Sul” (MICKELSON, 1998, p. 356). Esses termos dizem respeito aos países da África, Ásia e da América Latina. Possuem como contrapartida “o Occidente”, “o Norte”, o “Primeiro Mundo” e os países economicamente desenvolvidos. A expressão Terceiro Mundo pode também ser tratada como uma coalizão política em busca de objetivos comuns. A partir dessa perspectiva, o termo remete a grupos como “Movimento dos Países Não Alinhados” e o “Grupo dos 77”, formados sobretudo

para a atuação em fóruns internacionais, como a Assembleia Geral das Nações Unidas (MICKELSON, 1998, p. 357). Por fim, o Terceiro Mundo pode ser compreendido como uma forma de movimento social, com a finalidade de protestar e de lutar internacionalmente em favor do fraco contra o forte.

Todas essas tentativas de enquadramento conceitual são bastante criticadas. No nível descritivo, conforme dito acima, a crítica reside basicamente na diversidade dos países que compõem o grupo na atualidade. Como coalizão política, afirma-se ser problemática a conceituação em virtude da natureza instável e fragmentada das alianças. E, como movimento social, alega-se que o grupo possui uma forte tendência de perder de vista as diferenças tanto entre como dentro dos países do Terceiro Mundo, quando eles são construídos e nivelados como em situação de desvantagem. Dadas essas dificuldades, muitos estudiosos têm reagido com uso “conveniente” da expressão Terceiro Mundo como sinônima de um “conjunto complexo de realidades”, o que pode resultar no negligenciamento do importante papel desempenhado pelo Terceiro Mundo no sistema internacional (MICKELSON, 1998, p. 359).

Contudo, a justificativa razoável para o emprego do termo parece estar vinculada principalmente aos aspectos comuns ao passado de determinado grupo de países, que envolvem a insistência na continuidade histórica. A proposta é não negar as diferenças existentes entre os países do Terceiro Mundo, nem superestimar sua importância. Fala-se do Terceiro Mundo, portanto, não como um bloco, mas como “um coro de vozes”, que se misturam desarmonicamente na tentativa de fazer com que sejam ouvidas suas preocupações comuns (MICKELSON, 1998, p. 360). Uma abordagem do direito internacional a partir do Terceiro Mundo se encontra na intersecção do discurso do direito internacional tradicional e do discurso da descolonização, sendo a parte não contada de ambas as histórias (MICKELSON, 1998, p. 360-361). A perspectiva terceiro-mundista envolve tanto uma postura de oposição quanto uma visão alternativa da realidade histórica.

De igual modo, Obiora Okafor considera que o importante para a delimitação do Terceiro Mundo é a existência de um grupo de Estados e de populações que se autoidentificam como tal - compartilhando de uma experiência histórica e contínua de subordinação em nível global - e não a existência de uma categoria terceiro-mundista monolítica e não problemática (OKAFOR, 2005, p. 174). Nesses termos, é válida a utilização da expressão Terceiro Mundo porque esse grupo -

inegavelmente diverso, contingente e problemático, como vários outros – possui experiências históricas e preocupações atuais similares, a despeito de eventuais discrepâncias econômicas.

Ademais, a categoria Terceiro Mundo pode coexistir com a pluralidade de práticas de resistência coletiva, uma vez que a existência de identidades regionais e de outros grupos não compromete a agregação da categoria em nível global. Tem-se como resultado que o Terceiro Mundo refletirá um nível de unidade constituída de forma a viabilizar a resistência a uma série de práticas que sistematicamente oprimem e subordinam um outro grupo de pessoas (CHIMNI, 2003, p. 5). É crucial, ainda, para a validação do Terceiro Mundo que o deslocamento de seus limites geográficos da nação, para a ideia de um discurso contra-hegemônico que permite o questionamento e a contestação de várias formas de poder (RAJAGOPAL, 1999, p. 19). Admitindo-se essa conclusão, o fato de haver minorias oprimidas e subjugadas no Primeiro Mundo, bem como elites dominadoras no Terceiro Mundo, não compromete a validade da categoria analítica examinada. Por outro lado, se o Terceiro Mundo não é definido geograficamente, mas em termos de contestação atual de formações de poder, é possível pensar em conexões transnacionais entre oprimidos (RAJAGOPAL, 1999, p. 20).

A crítica à categoria Terceiro Mundo também inspira uma maior atenção por parte dos internacionalistas críticos. Isso porque deturpar e destruir a unidade do Outro é um elemento fundamental em qualquer estratégia de dominação (CHIMNI, 2003, p. 6). Promove-se a ideia de que falar em Terceiro Mundo é irrelevante na era da globalização. Esse tipo de política busca evitar a coalizão global de diferentes Estados e povos emergentes. Contudo, a expressão Terceiro Mundo mantém-se relevante quando há a compreensão de sua inevitável contingência e de seu desligamento de um espaço geográfico fixo, mas, por outro lado, se alcança a consciência de um senso de subordinação no âmbito do sistema global (OKAFOR, 2005, p. 175).

No presente trabalho, adotar-se-á a expressão Terceiro Mundo como sinônima de “sul global” apenas por razões pragmáticas, sem que isso implique no esvaziamento semântico ou na simplificação da categoria analítica proposta<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Não se ignora que cada uma dessas expressões possui âmbitos específicos de alcance. Rajagopal, inclusive, defende a utilização da categoria Terceiro Mundo, ressaltando as limitações e/ou as incongruências dos termos congêneres, nas seguintes palavras: *“Other terms such as ‘developing’ or ‘underdeveloped’ or ‘South’, do not capture these sensibilities fully, even though they are also rooted in the idea that other cultures must pass through Eurocentric, and historically linear, paths. As a result, the category ‘Third World’ continues to be relevant, particularly as a polemical or counter-hegemonic term that is designed to rupture received patterns of thinking. It is in that sense that I will approach this category”*. (RAJAGOPAL, 1999, p. 3-4).

Justificada a perspectiva pela qual o direito internacional será examinado, importa delimitar e explorar o campo da saúde global, a fim de compreender as dinâmicas nele estabelecidas.

## **CAPÍTULO SEGUNDO – A saúde pública como tema da agenda internacional**

### **2.1. Dos primeiros delineamentos da saúde pública à noção da saúde global**

#### **2.1.1. Aspectos históricos da cooperação sanitária internacional e a delimitação de um novo campo epistemológico**

Os maiores problemas de saúde enfrentados pelo ser humano estão relacionados com a vida em comunidade. A partir do convívio comunitário, surgem necessidades como o controle de doenças transmissíveis, a melhoria de saneamento básico, a provisão de água e de comida de boa qualidade e em quantidade adequada, o fornecimento de cuidados médicos e a redução da miséria. A ênfase posta em cada um desses problemas variou de tempos em tempos, mas estão intimamente relacionados, sendo que deles provém a saúde pública tal qual conhecida hoje (ROSEN, 2015, p. 116).

A história relata a ocorrência de epidemias e de pandemias que dizimaram uma porcentagem considerável da humanidade, como a Praga de Atenas em 430 a.C.; a Peste Negra (Peste Bubônica) na Europa do século XIV; a varíola, o sarampo, a escarlatina e a *influenza* nas Américas dos séculos XVI e XVII (AGINAM, 2005, p. 4). A “unificação microbiana do mundo” ocorreu com a conquista europeia das Américas e com o comércio transatlântico de escravos da África para Américas, expandindo a interação humana em uma velocidade sem precedentes, mas também expondo a população a sérias ameaças (AGINAM, 2005, p. 48). No século XXI, as doenças e os microrganismos patogênicos surgem e se espalham através das fronteiras geopolíticas dos Estados como resultado da combinação de um ou mais fatores, como desastres naturais, insegurança alimentar, guerras e conflitos armados, migração, pobreza, subdesenvolvimento, entre outros.

De um modo geral, a saúde pública pode ser compreendida como objetivo político, como política pública e como resultado de uma compreensão intelectual própria (forma de pensar)<sup>34</sup>. No primeiro aspecto, consiste na finalidade de preservar e de melhorar o estado de saúde de

---

<sup>34</sup> Conceito tridimensional apresentado por Didier Tabuteau e Aquilino Morelle (MORELLE; TABUTEAU, 2010, p. 3).

determinada população. No segundo, constitui um conjunto articulado de medidas de governo, em conformidade com a legislação e a respectiva regulamentação da matéria, implementadas por um dispositivo institucional (saúde pública como meio). E, no último aspecto mencionado, a saúde pública resulta de uma compreensão multidisciplinar, onde a epidemiologia exerce papel central. Enquanto fenômeno abrangente, a saúde pública pode ser objeto de regulação nacional e internacional.

A noção de saúde pública internacional não é recente<sup>35</sup>. Já no fim do século XIV, referia-se ao controle de epidemias que ultrapassavam as fronteiras nacionais. A propagação transfronteiriça das doenças gerava uma série de reações. Inicialmente, a enfermidade era considerada uma punição divina a ser combatida com preces e sacrifícios. Depois, praticou-se o isolamento entre a população saudável e a enferma por meio de cordões sanitários para prevenir a transmissão da doença. A terceira prática foi a quarentena, a qual permitia que os governos isolassem bens e pessoas vindos de lugares suspeitos quanto ao surto de alguma doença para proteger suas comunidades da importação dessa enfermidade (AGINAM, 2005, p. 48).

Foi no século XV a generalização na Europa da quarentena como medida profilática, além de ter sido instituída uma forma de cooperação internacional rudimentar pela qual se atestava as condições sanitárias do porto de onde zarpavam os navios (“patentes sanitárias”) (HERNÁNDEZ, 2010, p. 68). Por outro lado, o século XIX testemunhou grandes mudanças sociais e avanços médicos, o que redundou na consolidação da responsabilidade estatal por alguns serviços sanitários. A medicina desvinculou-se das amarras religiosas e supersticiosas, enquanto em parte da Europa ocorreu a transição de sociedade rural para sociedade industrial. Tais alterações sociais – sobretudo o adensamento populacional das cidades, o florescente intercâmbio comercial e a exploração de terras e povos distantes – geraram uma série de novos determinantes sanitários e novos desafios quanto ao controle de doenças infecciosas, acelerando a transição de um dever estatal para a esfera de cooperação internacional.

Em meados do século XIX, um seleto grupo<sup>36</sup> de Estados europeus começou a realizar Conferências Sanitárias Internacionais – entre 1851 e 1938, sediadas nas cidades de Paris, Constantinopla, Viena, Veneza, Dresden e Roma - com o objetivo de acordar as prescrições mínimas da quarentena marítima para o fim de prevenção de epidemias, todas elas resultando em

---

<sup>35</sup> Para um relato minucioso da trajetória da saúde pública ao longo da história, ver: ROSEN, George. *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015.

<sup>36</sup> Áustria, Grã-Bretanha, Grécia, Portugal, Rússia, Espanha, França, Turquia e os quatro “Estados Papais”.



convenções de alcance limitado, referentes à cólera e à peste (VENTURA, 2013, p. 62). Em 1926, houve uma nova Convenção Sanitária Internacional para tratar da febre amarela, do tifo e da varíola<sup>37</sup>, com a adoção dos mesmos métodos das convenções anteriores, tais como, isolamento de pessoas, quarentena, desratização e eliminação de mosquitos dos navios. Era característico dessas convenções um comportamento higienista, segundo o qual se buscava eliminar as epidemias e educar a população para a luta contra a doença. É nesse momento que o indivíduo tornou-se o alvo principal da saúde pública, em detrimento do ambiente social e político em que se desenvolveu.

As Conferências Sanitárias<sup>38</sup>, portanto, resultaram em tratados internacionais e convenções, que balizaram questões científicas, interesses econômicos e interesses nacionais. Havia também a proposta de organismos internacionais especializados em questões sanitárias, como a Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP)<sup>39</sup>, criada pelo Acordo de Roma em 1907 e sediada em Paris. A última Conferência Sanitária Internacional foi celebrada em 1938, em Paris, e tratou exclusivamente da dissolução do Conselho Sanitário, Marítimo e de Quarentena do Egito (HERNÁNDEZ, 2010, p. 72).

Resumidamente, pode-se dizer que houve quatro razões principais para a adoção de normas internacionais para o combate da propagação de doenças infecciosas (HERNÁNDEZ, 2010, p. 72-73). A primeira referia-se à necessidade de proteção da Europa contra as enfermidades asiáticas. A segunda dizia respeito à necessidade de harmonizar os divergentes requisitos nacionais de quarentena, uma vez que o risco e a ameaça de doenças repercutiam negativamente no comércio internacional. A terceira estava relacionada com o objetivo de criar um sistema internacional de vigilância epidemiológica, a fim de possibilitar o conhecimento e a reação coordenada em relação a emergências sanitárias oriundas de diversos lugares do mundo. Por fim, havia o objetivo de criar uma organização sanitária internacional para coordenar os mecanismos criados pelos Estados para o enfrentamento de doenças infecciosas.

---

<sup>37</sup> A Convenção Sanitária Internacional para tratar da febre amarela, do tifo e da varíola foi promulgada no Brasil pelo Decreto nº 20.799, de 20 de março de 1946. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-20799-20-marco-1946-332633-publicacaooriginal-1-pe.html>>

<sup>38</sup> Para um quadro cronológico completo sobre as Conferências Sanitárias Internacionais, ver: CLIFT, Charles. *The Role of the World Health Organization in the International System*. London: Chatam House, Centre on Global Health Security Working Group Papers, Working Group on Governance, February, 2013, p. 16.

<sup>39</sup> Embora fosse integrada majoritariamente por países europeus (França, Reino Unido, Espanha, Itália, Estados Unidos, Bélgica, Brasil, Suíça, Egito, Países Baixos, Rússia e Portugal), foi a primeira organização sanitária com vocação universal (HERNÁNDEZ, 2010, p. 76).

A despeito de causas sanitárias mais prementes, é interessante observar que as Conferências Sanitárias Internacionais sempre giraram em torno da proteção ao comércio internacional. O almejado controle epidemiológico, a eficácia no combate das enfermidades, a necessidade de prevenção e o sucesso na cooperação interestatal destinavam-se ao não comprometimento do comércio. O objeto dessas conferências não era propriamente a proteção da saúde pública, mas sim a concertação de políticas que viabilizassem a manutenção do fluxo comercial, ou seja, a proteção da saúde pública não era um fim em si mesmo, mas um instrumento para a regulação das práticas comerciais e para o controle da circulação de pessoas e produtos. A cooperação internacional, portanto, era pautada pela presença de interesses, de agendas, de conflitos e de exercício de poder.

No período subsequente ao término da Segunda Guerra Mundial, as ações sanitárias tornaram-se mais abrangentes e as políticas sanitárias foram destinadas a toda a população. As discussões a respeito da saúde dos povos de áreas subdesenvolvidas do globo emergiram entre as nações industriais ocidentais no momento em que perceberam (mais uma vez) que seu futuro econômico dependia do aumento de matéria-prima e de mercados para os bens por elas manufaturados (PACKARD, 1997, p. 96). A preocupação não se restringia mais à saúde de trabalhadores, mas da população em geral. O interesse mercantilista fica explícito na fala de George Marshall, secretário de estado dos Estados Unidos, em 1948, por ocasião IV Congresso Internacional de Doenças Tropicais e Malária:

The conquest of diseases which hold millions weak and inefficient, the maximum production of foodstuffs on lands now yielding little are tremendously important requirements of the world situation. The tropical regions, in large measure, hold the key to both these necessary advances. They produce large quantities of materials required by the industrial areas of the temperate zones, but the potential of the tropics largely remains to be developed. The tropical countries do import industrial products, but that market is only a fraction of what it should be... Little imagination is required to visualize the great increase in the production of food and raw materials, the stimulus to world trade, and above all the improvement in living conditions, with consequent social and cultural advances, that would result from the conquest of tropical diseases. (PACKARD, 1997, p. 97)

À movimentação internacional em torno das questões sanitárias, chamou-se de diplomacia sanitária internacional. Formou-se um imenso corpo de direito internacional sobre saúde pública, cujas características básicas são a tendência de internacionalizar a saúde em função do comércio, a necessidade de cooperação que os riscos de contaminação impõem aos Estados, o envolvimento

de corporações multinacionais e de atores não governamentais em numerosas iniciativas, além da grande diversidade entre os resultados dos diferentes regimes jurídicos adotados (FIDLER, 2001, p. 846).

A ideia de saúde pública internacional tem sido substituída pela noção de saúde global<sup>40</sup>. O termo em si mesmo não é unânime. Remanescem referências à saúde pública ou à saúde mundial e/ou internacional em alguns trabalhos científicos e documentos internacionais, conforme se perceberá ao longo do presente trabalho. Um grupo de pesquisadores arriscou uma definição consensual:

Global health is an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care. (KOPLAN et al., 2009, p. 1995)

O essencial a se considerar é que a tendência epistemológica diz respeito à saúde global enquanto nova perspectiva de abordagem das questões sanitárias em nível mundial. Tem ocorrido a mudança de um paradigma exclusivamente biomédico, que explica a doença a partir de mudanças fisiológicas no corpo, em direção a um quadro mais amplo que vê a saúde como um construto social (BATTACHARYA, 2013, p. 4). Essa alteração está em harmonia com a ampliação do conteúdo do direito à saúde, em especial após a Segunda Guerra Mundial, para abarcar diversos tipos de ameaça à saúde humana, como catástrofes naturais, pandemias, terrorismo, aquecimento global etc. Da segunda metade do século XX ao início do século XXI, fica mais evidente a passagem de uma cooperação sanitária internacional, com o principal objetivo de proteger o Estado da propagação internacional de enfermidades, para uma perspectiva global e inter-relacionada em que a proteção de uns significa a proteção de todos, sendo influenciada pelos princípios da solidariedade, dos direitos humanos e do desenvolvimento (RAFOLS, 2010, p. 9).

---

<sup>40</sup> A ideia de saúde global resulta de três movimentos: (i) histórico, a partir da publicação nos Estados Unidos em 1997 do relatório do Instituto de Medicina sobre “O interesse vital dos Estados Unidos em Saúde Global”; (ii) institucional, com a emergência nos anos 2000 de iniciativas mundiais (parcerias públicas mundiais) como nova modalidade de financiamento de ajuda ao desenvolvimento; (iii) acadêmico, no prolongamento da saúde pública e saúde internacional. (KEROUEDAN, 2013, p. 111).

Nos dias atuais, a saúde pública é um fenômeno de transcendência internacional, de caráter holístico e transversal, que contribui para oferecer uma resposta global e multilateral por parte da comunidade internacional aos problemas sanitários em âmbito mundial (RAFOLS, 2010, p. 24). Com amparo na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>41</sup>, na Declaração de Alma-Ata de 1978<sup>42</sup> (adotada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde) e na Carta de Otawa de 1986<sup>43</sup> (adotada na primeira Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde), tem-se que o aspecto holístico da saúde global decorre do conceito moderno de saúde, que incluiu outras dimensões para além da concepção estritamente biomédica, especialmente o caráter econômico e social dos direitos humanos, que se inter-relacionam com a dimensão estritamente sanitária (RAFOLS, 2010, p. 26). Por outro lado, a visão da saúde como um bem jurídico a ser protegido conduz à transversalidade e à conexão com outros setores distintos<sup>44</sup>. Assim, a saúde humana também é afetada quando se trata de segurança alimentar, de direitos humanos, de riscos ambientais, de conflitos armados etc. O caráter internacional, por fim, se deve à intensa dinâmica comercial do mundo globalizado, o que envolve expressiva mobilidade de pessoas, bens e enfermidades.

Falar em saúde global está em voga. Atrai grande interesse por parte da mídia, de estudantes e de faculdades, tem impulsionado a criação e a reestruturação de vários programas acadêmicos, é considerado pelos governos como um importante instrumento de política externa, além de ter se tornado significativo alvo de filantropia (KOPLAN et al., 2009, p. 1993). Mas essa alteração não se reduz a mero modismo no uso da linguagem. A emergência e a importância da mudança linguística<sup>45</sup> estão atreladas a um contexto internacional em transformação<sup>46</sup>.

---

<sup>41</sup> O preâmbulo da Constituição da OMS afirma que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Disponível em:

[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

<sup>42</sup> Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)

<sup>43</sup> Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

<sup>44</sup> Nesse sentido, Obijiofor Aginam destaca a necessidade de estudos multidisciplinares na área de saúde pública. O autor exemplifica nos seguintes termos: *“The history of multilateralism in the field of public health in nineteenth-century Europe allows us to understand the colonial origins of public health diplomacy and its legacy in a post-colonial world; international relations perspectives enable us to explore the politics and theoretical complexities of multilateralism and international regimes. Finally, our understanding of the dynamics of development equips international lawyers with additional skills to study and explain South-North disparities within the confines of our international legal domain.”* (AGINAM, 2005, p. 18).

<sup>45</sup> Por vezes, a alteração linguística em relação a certo assunto representa uma verdadeira mudança de visão sobre a matéria. Koselleck exemplifica esse fenômeno ao tratar da transformação conceitual da ideia de “história” no idioma alemão. Esta língua pegou por empréstimo a palavra *“Historie”*, que significava predominantemente o relato ou a narrativa de algo acontecido, que foi preterida em favor da palavra *“Geschichte”* (KOSELLECK, 2006, p. 47). Esta,

De fato, a saúde global tornou-se tema da agenda internacional. Destaca-se tanto nas relações internacionais como na política externa dos Estados. Ainda que a saúde pública seja motivo de preocupação estatal há séculos, o fenômeno da globalização deu aos assuntos sanitários uma maior proeminência e magnitude. Isso porque questões sanitárias internas de um Estado não articuladas de forma efetiva ameaçam potencialmente toda a comunidade internacional. Interdependência é a palavra-chave para o momento atual.

Nesse sentido, a Declaração Ministerial de Oslo (2007)<sup>47</sup>, intitulada “A saúde mundial enquanto questão urgente de política exterior”, consignou a necessidade de uma maior importância estratégica da saúde na agenda internacional, sendo que os Estados signatários – Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia - afirmaram sua vontade de fazer do “impacto da saúde” o ponto de partida de suas estratégias de política exterior e de desenvolvimento (RAFOLS, 2010, p. 33). A Assembleia Geral das Nações Unidas<sup>48</sup> reconheceu a estreita relação entre saúde mundial e política exterior, declarando a necessidade de respostas coordenadas por parte da comunidade internacional. A interação desses temas também foi objeto de discussão no Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, oportunidade em que vários compromissos políticos foram feitos, além de ter ocorrido o reconhecimento do agravamento dos problemas sanitários mundiais pela crise financeira e econômica, pela crise alimentar e pela mudança climática<sup>49</sup>.

A esse respeito, consta, ainda, o Informe do Secretário Geral da ONU, sobre “Saúde Mundial e Política Exterior: oportunidades e desafios estratégicos”<sup>50</sup>, preparado pela OMS. Foram analisadas as sete grandes questões de política exterior influentes na saúde mundial (segurança, controle de armas, conflitos armados e desafios posteriores aos conflitos; crise econômica e financeira mundial; desastres naturais e respostas de emergência; mudança

---

por sua vez, designa o acontecimento em si ou uma série de ações cometidas ou sofridas. Refere-se mais ao acontecimento do que ao relato. Posteriormente, houve o progressivo e total abandono do primeiro termo, remanescendo apenas "*Geschichte*". A mudança de termos redundou em uma nova consciência da realidade histórica. Foram superadas ou desgastadas as noções tradicionais de história, que eram dotadas de caráter pedagógico. "*A convergência desse duplo significado alterou por sua vez o significado de uma história como vitae magistra*" (KOSELLECK, 2006, p. 47). Esse fenômeno de mudança de concepção sobre um tema a partir de uma alteração linguística parece ocorrer no caso da saúde global.

<sup>46</sup> Para uma abordagem crítica da transição do uso de “saúde internacional” para “saúde global”, com ênfase no papel desempenhado pela Organização Mundial da Saúde, ver BROWN et. al., 2006, p. 623-647.

<sup>47</sup> Disponível em: < [http://www.who.int/trade/events/Oslo\\_Ministerial\\_Declaration.pdf](http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf)>

<sup>48</sup> Resolução nº 63/33, de 26 de novembro de 2008 e Resolução nº 64/108, de 10 de dezembro de 2009.

<sup>49</sup> Declaração Ministerial de 9 de julho de 2009.

<sup>50</sup> Documento A/64/365, de 23 de setembro de 2009.

climática; segurança alimentar; promoção da saúde como direito humano e migração), assim como os setes desafios sanitários a serem enfrentados pelos formuladores de política exterior (abordar a saúde no âmbito das seguranças nacional e mundial; alcançar os Objetivos de Desenvolvimento de Desenvolvimento Sustentável - ODS<sup>51</sup> relacionados com saúde pública; garantir a acessibilidade dos medicamentos; controlar as novas enfermidades infecciosas e melhorar o acesso a vacinas, a medicamentos e a outros benefícios; fomentar o apoio internacional para fortalecer os sistemas sanitários; abordar os desafios de enfrentamento da governança em matéria de saúde mundial, integrar a saúde em todas as políticas e combater as enfermidades transmissíveis) (RAFOLS, 2010, p. 34).

Embora frequentemente referenciada, é comum que a noção de saúde global (e o próprio emprego do termo) remanesça confundida com saúde pública ou com um “melhoramento politicamente correto” de saúde internacional<sup>52</sup>. É inegável que a saúde global deriva da saúde pública e da saúde internacional, as quais, por sua vez, possuem raízes no higienismo e na medicina tropical. Entretanto, a saúde global constitui uma área do conhecimento distinta. Envolve a saúde internacional, que historicamente abordou questões em países de baixa renda e em desenvolvimento, assim como envolve a saúde pública, que se preocupa com medidas preventivas para assegurar a saúde da população subnacional, e o cuidado médico, que diz respeito à prestação de serviços médicos particulares individualizados (BATTACHARYA, 2013, p. 1-3).

Além desses aspectos, a saúde global constitui um campo de atuação e de reflexão que pretende tratar de riscos à saúde humana que ultrapassem as fronteiras e os interesses meramente estatais, que alcancem “toda a população do planeta”<sup>53</sup>, o que resulta na crescente importância de

---

<sup>51</sup> Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável baseiam-se nos anteriores Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). As Nações Unidas trabalharam junto aos governos, sociedade civil e outros parceiros para aproveitar o impulso gerado pelos ODM e levar à frente uma agenda de desenvolvimento pós-2015 ambiciosa. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Nos dias 21 a 24 de novembro de 2016, realizou-se em Shanghai a 9ª Conferência sobre a Promoção de Saúde, da qual resultou uma Declaração reconhecendo formalmente que saúde e bem-estar são essenciais para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU. Disponível em: < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>>

<sup>52</sup> Embora haja nuances, Joshua K. Leon procura diferenciar os conceitos de biomedicina, de saúde pública, de saúde pública internacional, de saúde pública global e de governança da saúde global (LEON, 2015, p. 7).

<sup>53</sup> A pretensão de atendimento à população global é bastante questionável, especialmente quando se leva em conta a assimetria de poderes e de interesses existente entre Norte e Sul. A ideia de globalidade pode ser interpretada e utilizada de várias formas. À semelhança das considerações feitas por Galindo, ao tratar da noção de patrimônio comum da humanidade (GALINDO, 2006, p. 201), a expressão saúde global pode estar relacionada a um caráter libertário e à possibilidade de igualdade entre os Estados ou, por outro lado, pode corresponder a uma categoria imprecisa, vaga e muitas vezes meramente retórica. Indaga-se, então, a respeito dos usos que os internacionalistas

atores para além do Estado e das organizações internacionais (BROWN et. al., 2006, p. 625). Consiste, ainda, em um conjunto de políticas públicas coletivas com o objetivo de garantir à totalidade da população determinado nível de saúde e enfrentar institucionalmente os riscos e as ameaças à saúde das pessoas, é dizer, transcender da saúde individual para a coletiva (RAFOLS, 2010, p. 26).

A ampliação do conceito de saúde, de um modo geral, refletiu (e ainda reflete) no campo normativo. Houve a multiplicação de instrumentos jurídicos internacionais com incidência sanitária, ainda que tivessem por objeto primordial outro tema. É o caso do comércio internacional e dos direitos humanos, cujo regramento próprio é sensível a questões sanitárias<sup>54</sup>. Essa reação do direito internacional confirma os entrelaçamentos existentes entre a abordagem da saúde pública e a necessidade de um arcabouço normativo para promover as medidas sanitárias pertinentes, bem como para regular as inúmeras relações jurídicas que dela decorrem. O direito internacional, portanto, volta-se para a saúde global<sup>55</sup>, que está fundamentada na consciência de seu caráter universal e no entendimento de que qualquer evento relacionado à saúde ocorrido em determinada área do mundo traz consigo uma ameaça potencial para toda a população ou para a segurança nacional de outro país (VENTURA, 2015, p. 201). A saúde global afirma-se paulatinamente como um novo campo epistemológico, para o qual o direito internacional tem muito a contribuir, especialmente sob o enfoque crítico das TWAIL. Isso porque o direito internacional público, enquanto ordenamento da comunidade internacional, contribui para sua ordenação e regulação normativa, facilitando a cooperação sanitária entre os Estados em um mundo cada vez mais interdependente (RAFOLS, 2010, p. 8).

Contudo, há que se perquirir quais são os interesses efetivamente envolvidos nessa arena.

---

têm feito da noção de globalidade na área de saúde pública. Quais são os destinatários das disposições de caráter global? Esse ponto será mais bem examinado no próximo tópico.

<sup>54</sup> A esse respeito, é possível destacar a grande repercussão do *Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio* (conhecido pela sigla inglesa “TRIPS”), concebido no âmbito da Organização Mundial do Comércio. Os direitos de propriedade intelectual impactam os preços e o acesso a medicamentos, privando milhões de pessoas do acesso a inovações terapêuticas, especialmente nos países em desenvolvimento (VENTURA, 2013, p. 26-27). De outro lado, a relação da questão sanitária com o direito internacional dos direitos humanos fica evidenciada, por exemplo, no reconhecimento pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16/12/1966) do direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental (art. 12).

<sup>55</sup> Battacharya afirma: “É inegável que há um interesse florescente entre os países por todo o mundo sobre o papel do direito, em particular do direito internacional, na formulação de políticas de saúde pública” (BATTACHARYA, 2013, p. 5).

### **2.1.2. As sutilezas da saúde dita global: o que realmente está em jogo?**

A ideia de saúde global está atrelada à narrativa de que a globalização aproxima não apenas as pessoas, mas também os microrganismos patogênicos em decorrência da crescente e constante circulação humana, de bens e de serviços. Os micróbios ignoram o significado do passaporte, das fronteiras geopolíticas e da soberania estatal (AGINAM, 2005, p. 6). Tais artifícios não são suficientes para conter sua propagação. Com efeito, as doenças infecciosas – principalmente, mas não apenas elas – fazem parte da formulação de políticas públicas e das discussões acadêmicas, sendo que há evidente consenso sobre a necessidade de cooperação internacional para a segurança sanitária da população em geral. Essa percepção da saúde pública como fenômeno global costuma estar associada a uma questão essencialmente apolítica de governança, um problema limitado ao desenvolvimento de soluções técnicas para crises sanitárias. Está intrínseca também à noção de saúde global a pretensa abrangência da totalidade da população mundial com suas medidas.

Aqui está o ponto de partida para a reflexão proposta no presente trabalho: a despolitização do discurso sanitário em virtude dos aspectos técnicos relacionados e de seu caráter globalizante. Para além da existência inegável de ameaças comuns à saúde da humanidade e da necessária cooperação internacional para o enfrentamento de assuntos sanitários, é importante questionar quem são os destinatários desse novo campo epistemológico, a quem se dirigem as normas sanitárias internacionais e quem são os (principais) beneficiários do regime de saúde global. Mostra-se crucial identificar as pretensões e as demandas veiculadas por meio da formulação e da aplicação das regras internacionais concernentes à saúde global. E, nesse sentido, cabe indagar se (e como, caso afirmativa a resposta à pergunta inicial) o direito internacional tem sido acionado para defender interesses específicos (em lugar daqueles globais) ou para manter posições jurídicas de alguns atores na arena da saúde global. Isso permitirá confirmar ou refutar a apoliticidade do discurso sanitário, embora não estejam afastados outros possíveis aspectos influentes no tema.

A princípio, é interessante observar o vínculo da ideia de saúde global com a noção de progresso, no sentido de que representaria uma evolução da anterior saúde pública internacional.



A simples associação de uma ideia a um melhoramento conduz à ideia de progresso<sup>56</sup>. Novas ideias ou novas concepções a respeito de um tema são típica e intuitivamente vistas como um progresso em relação às anteriores.

A narrativa de progresso é onipresente na história do direito internacional<sup>57</sup>, sendo que o desenvolvimento da disciplina é notavelmente “otimista” (ALTWICKER; DIGGELMANN, 2014, p. 425). Para os fins propostos no presente trabalho, progresso consiste em uma determinação clara de direção a algo considerado subjetivamente melhor. É um conceito relativo, na medida em que envolve uma comparação. A ideia de progresso está também ligada ao acesso ao passado, representa como se interpreta o passado e qual significado se lhe dá. Afirmações sobre progresso nunca são neutras, pois elas expressam certos valores e possuem sua própria e “frequentemente escondida” agenda (ALTWICKER; DIGGELMANN, 2014, p. 428).

A ideia de progresso no campo da saúde global - embora não costume ser explícita - pode ser considerada como resultado da “detecção de tendências positivas” na disciplina, que são “precuradoras confiáveis de um importante desenvolvimento geral”, ou pode ser vista como a consequência de “mudança de paradigmas”, sendo que o último é rotulado como mais favorável (ALTWICKER; DIGGELMANN, 2014, p. 435-436). Na realidade, parte do sucesso dessas fórmulas argumentativas está fundamentada em premissas estratégicas que informam as narrativas progressistas no discurso do direito internacional. Nesse sentido, o raciocínio em relação à saúde global parte da “predominância de forças positivas na história”, ou seja, as mudanças de percepções tendem a ser para melhor. Outra premissa amplamente aceita é a de que o direito é o oposto da violência, motivo pelo qual o direito é automaticamente associado ao

---

<sup>56</sup> A respeito noções ligadas ao postulado da continuidade, Michel Foucault adverte: “*É preciso libertar-se de toda uma série de noções ligadas ao postulado da continuidade. Elas não têm certamente uma estrutura conceitual rigorosa, mas sua função é muito precisa. Tal como a noção de tradição, que permite simultaneamente situar qualquer novidade a partir de um sistema de coordenadas permanentes e dar um status a um conjunto de fenômenos constantes. Tal como a de influência, que dá um suporte – mais mágico do que substancial – aos fatos de transmissão e comunicação. Tal como a noção de desenvolvimento, que permite descrever uma sucessão de acontecimentos como a manifestação de um só e mesmo princípio organizador. Tal como a noção, simétrica e oposta, de teleologia ou de evolução para um estágio normativo. Tais como as noções de mentalidade ou de espírito de uma época, que permitem estabelecer entre fenômenos simultâneos ou sucessivos uma comunidade de sentidos, ligações simbólicas, um jogo de semelhanças e de espelhos. É preciso abandonar essas sínteses fabricadas, esses argumentos que são aceitos antes de qualquer exame, essas ligações cuja validade é admitida de saída; rejeitar as formas e as forças obscuras pelas quais se tem o hábito de ligar entre si os pensamentos dos homens e seus discursos; aceitar ter relação apenas, em primeira instância, com uma população de acontecimentos dispersos.*” (FOUCAULT, 2013, p. 90-91).

<sup>57</sup> Sobre a ideia de progresso no direito internacional, ver: SKOUTERIS, Thomas. *The Notion of Progress in International Law Discourse*. The Hague: TMC Asser Press, 2010.

progresso. Isto é, as concepções posteriores a respeito de uma matéria são mais aprimoradas que as anteriores. Merece destaque, ainda, a premissa de que “a linguagem é um meio central para criar progresso”. Com efeito, as sugestões de novas ideias ou novos conceitos – sobretudo com alteração de denominação, como no caso - sustentam-se na crença da mudança da realidade por meio da linguagem.

Uma das críticas que se faz ao progresso é que ele produz, essencialmente, uma distorção do tempo, ao valorar negativamente o passado (GALINDO, 2006, p. 373). Mais do que isso, o problema é que a ideia de progresso consiste em uma ideologia com o objetivo de controlar “nada menos que o próprio tempo” (GALINDO 2015, p. 10). Admitir essa lógica evolucionista é reconhecer o passado como mero preparador de um presente triunfal. No que diz respeito à saúde global, o que interessa não é saber se houve um progresso efetivo com essa nova concepção de governança internacional, mas identificar se a associação desse novo campo epistemológico à ideia de progresso facilita sua aceitabilidade.

A resposta a essa questão parece ser afirmativa. De fato, a ligação da ideia de saúde global à noção de progresso contribui para sua assimilação e sua promoção nos contextos políticos, jurídicos e acadêmicos, uma vez que as narrativas progressistas são “sempre bem-vindas”, especialmente no direito internacional. A “alardeada saúde global” torna-se uma perspectiva desejável – quiçá, imprescindível (!) – para o engajamento na sociedade mundial globalizada. Sua associação com as ideias de evolução e de melhoramento da abordagem sanitária é sua grande aliada. “Mesmo que não seja possível fugir dessa ideologia progressista, importa estar consciente da importância de suas consequências” (GALINDO 2015, p. 10).

Há outros aspectos obscuros na ideia de saúde global. Trata-se de uma categoria vaga, muito ampla, sem espectro de alcance previamente definido, o que redundava em insegurança jurídica quanto à sua interpretação e aplicação. Além disso, é digna de nota (e de preocupação) a veiculação do discurso sanitário como linguagem apolítica. A sua apresentação como elemento avaliativo contribui para seu fortalecimento e sua credibilidade, na medida em que passa a estar conectado ao conhecimento técnico, à racionalidade e à ausência de ideologia. Por outro lado, a pretensa neutralidade dessa linguagem exclui *a priori* as muitas demandas políticas envolvidas nos âmbitos internacional e nacional. A máscara da cientificidade cria o discurso técnico, que mobiliza o conhecimento como poder (KENNEDY, 2016, p. 7).

No que tange ao objetivo de alcançar toda a população mundial, são relevantes as considerações feitas por Simon Rushton sobre segurança sanitária global, extensíveis à problemática do presente trabalho por questionarem o objeto e os destinatários da saúde global, a partir da divisão bastante evidente entre norte e sul globais (RUSHTON, 2011, p. 779). A maneira como os assuntos na área de segurança sanitária global têm sido conduzidos vem despertando insatisfação nos países em desenvolvimento, em especial por causa de suas implicações políticas. É que tais países têm sido demandados a arcar com muitos custos para garantir a segurança sanitária global, mas há evidências de que as medidas tomadas a esse respeito visam primeiramente proteger o Ocidente (RUSHTON, 2011, p. 780). Uma breve análise da forma como a segurança sanitária global opera e se desenvolve mostra-se útil na tentativa de identificar o conteúdo e o alcance da ideia de saúde global.

O fato de a segurança sanitária global prioritariamente cuidar do controle da rápida propagação de doenças infecciosas, além das armas biológicas e do bioterrorismo, é um indicativo da agenda política subjacente ao conceito de saúde global. Esse grupo pequeno e seletivo de eventos sanitários representa os riscos considerados como grandes ameaças para as nações desenvolvidas, o que não significa que tenham a mesma relevância e o mesmo impacto para o Terceiro Mundo. Do contrário, as ameaças sanitárias frequentemente são diferentes nos países em desenvolvimento. Muitas das enfermidades rotuladas como riscos sanitários são endêmicas no sul global.

Esse é o primeiro ponto que sustenta o argumento de que o discurso sanitário tende a proteger o Ocidente das ameaças vindas dos países em desenvolvimento (RUSHTON, 2011, p. 781). Em outros termos, a seletividade dos eventos sanitários contra os quais se pretende proteger – e, no que diz respeito a doenças infecciosas, um importante aspecto é a potencialidade e/ou velocidade de disseminação – denuncia o favorecimento do norte global. Embora a nova concepção de saúde evoque o atributo da “globalidade”, ela tem sido manejada de maneira parcial, referindo-se apenas a “um punhado de doenças”, a determinados doentes (KEROUEDAN, 2016, p. 54). Por outro lado, a noção de saúde global também conduz à falsa ideia de que todos serão igualmente atingidos pela ocorrência de um evento sanitário em qualquer parte do mundo.

Esse enfoque não é desprovido de riscos, pois ele poderia ensejar a tentação de uniformizar as análises, os problemas, os enfoques e as soluções examinadas no âmbito dessa saúde “totalizada” dita “mundial”. Ao globalizar assim os problemas e as soluções, o risco é de ver apenas as prioridades comuns aos países do planeta serem consideradas prioridades estratégicas internacionais, o que privaria as populações que vivem em contextos diferentes (pobres e em situação de conflitos armados, por exemplo) de conhecimentos e de respostas específicas para a diversidade de suas situações e realidade (KEROUEDAN, 2016, p. 62).

De todo modo, a motivação dos países ricos para intervir em países pobres ou emergentes é sempre a mesma: ou os problemas são compartilhados com os países ricos, ou não são compartilhados, mas constituem ameaças para a segurança nacional e internacional (KEROUEDAN, 2016, p. 63). A propósito, o mais importante financiamento americano para a saúde internacional foi obtido para o combate da AIDS<sup>58</sup> em 15 países que mantinham relações estratégicas com os Estados Unidos (KEROUEDAN, 2016, p. 51). Corroborando essa lógica egoísta, a análise da primeira fase desse programa demonstra que as intervenções foram essencialmente verticais, mais preocupadas com o número de pacientes em tratamento do que com a prevenção da transmissão do vírus ou o fortalecimento dos sistemas de saúde nacional (IOM, 2007).

O segundo ponto refere-se aos destinatários da segurança sanitária, uma vez que as respostas de governança da saúde global estão fortemente voltadas para a contenção de determinadas doenças em lugar da prevenção. Ainda que implicitamente, o foco é a proteção dos Estados contra o ingresso de enfermidades oriundas de outros países ou regiões do mundo. Isso reforça o argumento de que as medidas securitárias de saúde global objetivam impedir que enfermidades contagiosas vindas do Terceiro Mundo cheguem aos países desenvolvidos. A agenda sanitária, portanto, é dirigida pelos interesses e pelas preocupações dos atores mais poderosos do sistema internacional. Certamente, não se trata de um projeto explícito, mas de um propósito velado que redundava em flagrante comprometimento da retórica “globalizante” alardeada nos últimos tempos.

Assim, prevalece a tendência de uma perspectiva estatocêntrica, com o foco na defesa dos estados contra a entrada de doenças em seus territórios, sobretudo daquelas temidas pelo Ocidente por serem de fácil transmissão e propagação (RUSHTON, 2011, p. 781). O problema central da segurança sanitária global – que se repete no campo da saúde global como um todo -

---

<sup>58</sup> Trata-se do *US President Emergency Program for Aids Relief* (Pepfar), criado pelo presidente George W. Bush.

não reside na incerteza de sua definição ou na imprecisão de seu conteúdo, ainda que tais aspectos dificultem sua compreensão e aplicação<sup>59</sup>. Isso porque, embora inexista reconhecimento explícito a esse respeito, há consenso sobre os tipos de eventos sanitários classificáveis como ameaças, os tipos de respostas necessárias e o objeto de referência (RUSHTON, 2011, p. 782). É o que se conclui a partir da análise da literatura sobre a matéria, na qual predominam estudos relacionados com as ameaças à saúde ocidental<sup>60</sup>. O cerne da questão está em mensurar as implicações políticas dessas constatações práticas, além de identificar o papel do direito internacional nesse contexto.

Merece destaque também o fato de o discurso securitário da saúde global ser pautado por uma lógica imediatista de contenção e de gestão de crises, privilegiando a resposta a surtos agudos de uma doença em detrimento do ataque a fatores crônicos (como mudanças no uso da terra e a população de hospedeiros e vetores) e da elaboração de respostas que levem em conta os fatores sociais, políticos e históricos relacionados ao surto epidemiológico combatido e à saúde pública de modo geral. Aliás, a recente tendência de securitização de doenças – consubstanciada na aprovação da Resolução 2.177<sup>61</sup> pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas, em 18/09/2014, na qual o surto de Ebola da África Ocidental foi considerado uma ameaça à paz e segurança internacionais – contribui para a reprodução e o reforço de medidas excepcionais e de curto prazo.

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) – tema que será examinado posteriormente com maior atenção – exemplifica o espírito da atual governança na área de saúde global. Após a revisão do RSI em 2005, as medidas sanitárias deslocaram-se do simples controle de fronteiras para a contenção do surto epidêmico em sua origem. O objetivo é controlar a propagação da doença tanto em território doméstico como ao longo das fronteiras. Ocorre que as medidas de combate doméstico da epidemia geralmente não são realizadas em conjunto com os

---

<sup>59</sup> O uso da expressão “segurança sanitária global” já foi objeto de forte resistência, por parte do sul global em virtude de sua imprecisão, sendo destacável o protagonismo do Brasil nesse sentido. Em determinada ocasião, por exemplo, o Brasil rejeitou (com sucesso) o uso dessa linguagem pelo Secretariado da OMS no Relatório de Saúde Mundial de 2007, referente ao Regulamento Sanitário Internacional (RUSHTON, 2011, p. 791).

<sup>60</sup> As pesquisas sobre segurança sanitária basicamente giram em torno de três argumentos: 1) que o rápido deslocamento das doenças infecciosas em um mundo globalizado ameaça indivíduos, populações e Estados; 2) que os patógenos podem ser utilizados como armas, tanto por terroristas quanto pelos governos, contra forças militares e populações civis; 3) que o surto severo de uma doença (AIDS é a mais citada) pode ter impactos sociais, políticos, econômicos e militares, ameaçando a estabilidade de Estados e regiões (RUSHTON, 2011, p. 783).

<sup>61</sup> <<http://www.un.org/press/en/2014/sc11566.doc.htm>>

procedimentos de saúde pública (que incluem desde água potável até educação), que são fundamentais para a prevenção dos surtos (RUSHTON, 2011, p. 785).

O desacoplamento entre a contenção epidêmica e a prevenção é determinante para o insucesso da promoção da saúde “dita global”, pois as populações locais (em geral, do Terceiro Mundo) não são preservadas do surgimento ou mesmo do agravamento da crise epidêmica. A preocupação das normativas sanitárias internacionais concentra-se em manter o surto onde surgiu, sem atingir outros países (majoritariamente, desenvolvidos). Trocando em miúdos, a saúde “global” é apenas para alguns.

A causa dessa realidade não pode ser atribuída apenas à imprecisão técnica ou à falta de clareza do caráter global da saúde. É necessário compreender – ou reconhecer – que os contornos da segurança sanitária global advêm de sua prática, o que significa dizer que as prioridades sanitárias são definidas a partir da distribuição do poder no sistema internacional, e não separadamente em processos de negociação (RUSHTON, 2011, p. 791). Não gera, ainda, estranheza ou surpresa o favorecimento dos países mais poderosos e desenvolvidos em um sistema estatocêntrico de segurança sanitária global. Uma alternativa a esse sistema seria uma abordagem sanitária mais ampla quanto às ameaças securitárias e aos seus destinatários, de modo a assegurar a proteção contra diversos fatores negativamente impactantes da saúde de indivíduos tanto no norte como no sul global. Esse tipo de perspectiva seria compatível, inclusive, com o mencionado direito à saúde previsto na Constituição da OMS em virtude de seu conteúdo de largo alcance em termos de bem-estar humano.

Nesse sentido, a atual concepção de saúde global está limitada pela agenda política dominante, que promove a proteção do mundo desenvolvido das doenças (epidemiologicamente) emergentes do mundo em desenvolvimento. A ênfase em conter os surtos epidêmicos nos países do sul global também reforça a suspeita – ou a constatação – de que política sanitária global é realmente no sentido de “nos” proteger “deles” (RUSHTON, 2011, p. 793). É importante esclarecer, entretanto, que não é condenável a tentativa em si de limitar a propagação internacional de doenças infecciosas. O ponto questionável – e a ser combatido – é a ausência de transparência e de debate igualitário acerca das prioridades sanitárias globais com vista à repartição isonômica dos custos e dos benefícios. Não se pode ignorar que muitos países do Terceiro Mundo, sem ter infraestrutura básica de saúde pública para reagir aos problemas corriqueiros, suportam sozinhos emergências sanitárias de caráter global. A resposta

internacional nesses casos costuma a se restringir a medidas de contenção do alastramento de doenças. Não é voltada para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde ou para uma atuação preventiva (a médio e longo prazo).

Não há que se falar também em apoliticidade do discurso sanitário. Diversos interesses políticos estão em jogo e têm sido veiculados no campo da saúde global. Conforme sustenta Koskenniemi, o direito internacional, enquanto prática discursiva a serviço da temática sanitária, é uma linguagem política. Por outro lado, a noção de um progresso contínuo e inevitável mostra-se falsa. A ideia de saúde global não é necessariamente uma “evolução” de um conceito anterior ou um aprimoramento na abordagem da saúde pública em âmbito internacional. Não obstante a presença de alguns avanços, há também retrocessos ou estagnações em determinados pontos.

Além disso, a pretendida abrangência global é ilusória. As medidas sanitárias contemplam a população mundial de maneira desigual e possuem seus destinatários prioritários. Também a ideia de abrangência global, em si mesma, opera dentro de uma lógica de equiparação artificial (e opressora) dos estados, de apagamento de desigualdades históricas. O intuito é de promover a impressão de que os esforços internacionais voltados para a concretização do direito à saúde são igualmente dirigidos e distribuídos a todos os países, independentemente de sua localização geopolítica. Tendências “generalizantes” excluem diferenças importantes, silenciam vozes “dissonantes”. Afinal, proclamar saúde para todos – sem assegurar o respeito às diferenças históricas e socioeconômicas – é o mesmo que oferecer saúde a poucos. Apesar de parecer inclusiva, a prática da saúde global tem demonstrado a seletividade das políticas sanitárias, sobretudo aquelas encabeçadas pela OMS, naquilo que objeto da presente análise.

O reconhecimento dessa dimensão política torna evidentes algumas limitações da saúde global, em especial quanto ao enfrentamento de crises sanitárias. Destaca-se a predominância de uma agenda reativa às emergências, muitas vezes marcada por medidas imediatistas em lugar da busca pela solução das causas das crises. Isso resulta em uma abordagem excessivamente técnica e biomédica, que desconsidera ou menospreza os problemas estruturais de saúde pública e os determinantes sociais das doenças. Uma perspectiva crítica e transformadora da realidade – principalmente a partir de uma visão terceiro-mundista - não pode ignorar as dinâmicas políticas e sociais arraigadas às doenças decorrentes dos movimentos populacionais e/ou relacionadas com o espaço geográfico.

Feitas essas considerações, é necessário examinar como se dá a governança da saúde global e quais são suas peculiaridades, forças e limitações.

## **2.2. A governança da saúde global**

### **2.2.1. O poder do discurso sanitário**

Os vínculos entre o poder e as questões de saúde pública não são recentes. Não se pretende aqui traçar um registro histórico exaustivo da interligação desses temas, de suas consequências e/ou de seus usos. O objetivo é mais modesto em termos de amplitude temporal e de profundidade de análise, mas não menos relevante e desafiador em função de seu objeto específico: as lições de Michel Foucault<sup>62</sup>. A partir de suas considerações sobre o exercício da medicina – e demais ideias correlatas - e as tramas com o poder político e científico, é possível extrair ilações úteis à compreensão do discurso sanitário como instrumento de poder<sup>63</sup>. A intenção é destacar alguns aspectos que podem convergir para o exame da utilização contemporânea da ideia de saúde global.

Na perspectiva de Foucault, o discurso está dissociado de qualquer fundamento psíquico ou transcendental. O autor não é entendido como o indivíduo falante que pronunciou ou que escreveu um texto, mas como princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência (FOUCAULT, 2014, p. 25). Foucault reconhece ser muito abstrato separar os rituais da palavra, as sociedades do discurso, os grupos doutrinários e as apropriações sociais, sobretudo porque “a maior parte do tempo, eles se ligam uns aos outros e constituem espécies de grandes edifícios que garantem a distribuição dos sujeitos que falam nos diferentes tipos de discurso por certas categorias de sujeitos” (FOUCAULT, 2014, p. 42). O

---

<sup>62</sup> Para além de sua inegável importância intelectual em diversas áreas do conhecimento, a referência que se faz a Michel Foucault se justifica também em virtude do profundo impacto de seus ensinamentos na “literatura ligada à *newstream* – ainda predominantemente americana ou influenciada por escolas de pensamento americanas, como os *critical legal studies*, por exemplo, que explicitamente se consideram influenciadas pelo pensamento daquele autor francês” (GALINDO, 2006, p. 76).

<sup>63</sup> É relevante destacar que, para Foucault, o Estado não é o órgão central e único de poder. O poder em si mesmo não existe, não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social. Há práticas ou relações de poder; o poder é exercido. Roberto Machado, na Introdução de *Microfísica do Poder*, afirma: “Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social, e nesse complexo os micropoderes existem integrados ou não ao Estado” (FOUCAULT, 2016, p. 15). Foucault preocupa-se, assim, com as formas de exercício do poder e não em elaborar uma teoria geral sobre o poder.



discurso, com seus poderes e seus saberes, permeia as relações da sociedade. A todo tempo, é distribuído e apropriado pelos sujeitos, redundando na formação de sistemas de sujeição do discurso, entre os quais estão o sistema institucional da medicina e o sistema administrativo da saúde pública.

Mostra-se relevante observar os discursos claramente propostos no campo social, assim como aqueles que permanecem obscuros e são retomados e reapropriados em momentos posteriores. É nesse sentido que Foucault discerne uma espécie de desnivelamento entre os discursos na sociedade. Há aqueles que “se dizem” no correr dos dias e das trocas, e que passam com o ato mesmo que os pronunciou; mas há os discursos que estão na origem de certo número de atos novos de fala que os retomam, os transformam ou falam deles, ou seja, os discursos que, indefinidamente, para além de sua formulação, são ditos, permanecem ditos e estão ainda por dizer (FOUCAULT, 2014, p. 21). O discurso sanitário pode ser visto nessa última categoria. Funciona como veículo de inúmeras pretensões – legítimas ou não, ditas ou obscuras, inovadoras ou repetitivas.

Para compreender a força desse discurso na contemporaneidade, faz-se necessário examinar alguns aspectos históricos relevantes da associação entre medicina e poder político.

No século XVIII, houve significativas mudanças na política de saúde no Ocidente (europeu). Até os anos 1720-1750, as atividades médicas estavam concentradas nas demandas dos pacientes e de suas doenças, o que constituía uma herança medieval. Já no fim do século XVIII, a medicina começou a ser voltar para “outros domínios distintos das doenças, a se interessar por outros aspectos diferentes das doenças, deixando de ser essencialmente clínica para começar a ser social” (FOUCAULT, 2011, p. 385). A medicina “privada” coexistiu - em apoio recíproco e em oposição - com a medicina “socializada”. As doenças passaram a ser consideradas como problema político e econômico<sup>64</sup> apresentado às coletividades, o que pode ser entendido como “nosopolítica”. Não se tratava de invenção do século XVIII, mas nessa época novas regras foram prescritas e a “nosopolítica” passou “para um nível de análise explícita e concertada como ela até então jamais conhecera” (FOUCAULT, 2011, p. 358).

---

<sup>64</sup> Foucault apresenta alguns exemplos da medicina e da saúde como fenômenos econômicos (e destes como propulsores de desenvolvimento científico) (FOUCAULT, 2011, p. 388-389). A primeira grande “epidemia” estudada na França no século XVIII – e que redundou em uma série de dados – foi na realidade uma epizootia (catastrófica taxa de mortalidade das manadas no sul da França), que deu origem à Academia Francesa de Medicina. Do mesmo modo, a “grande neurologia de Duchesne de Boulogne, Charcot etc.” seria resultado de acidentes ferroviários e de acidentes de trabalho.

Há quatro grandes processos que informam a medicina do século XVIII: 1) o surgimento da autoridade médica, que não se limita à autoridade do saber, mas constitui uma autoridade social, na medida em que decide assuntos relacionados à cidade, a um bairro, a uma instituição ou a um regulamento; 2) a ampliação do campo de intervenção da medicina para além da doença, alcançando objetos como o ar, a água, as construções, os esgotos etc.; 3) a introdução de um aparelho de medicalização coletiva – o hospital (antes ele se destinava à assistência de pobres à espera da morte); 4) a introdução de mecanismos de administração médica, como registros de dados e de estatísticas (FOUCAULT, 2011, p. 385). Assim, de uma prática individualizada e privada, a medicina para ser construída como prática social. A saúde e a doença, como fatos pertencentes a um grupo ou a uma população passam a ser problematizados nessa época.

A problematização da nosopolítica do século XVIII não traduz uma intervenção uniforme do Estado na prática da medicina, mas, antes, a emergência, em múltiplos pontos do corpo social, da saúde e da doença como problemas que demandam de uma maneira ou outra, uma incumbência coletiva. A nosopolítica, mais do que o resultado de uma iniciativa vertical, aparece, no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral. (FOUCAULT, 2011, p. 359)

O avanço sobre outros objetos de estudo transformou a medicina em instância de controle social, sobretudo porque não possui mais “campo exterior”. A noção de regra de vida e de medicina preventiva é transposta para o âmbito coletivo de uma população, sob a qual há três objetivos: a erradicação das epidemias, a redução da taxa de morbidade e o prolongamento da duração média de vida. De modo geral, toda a cidade e suas principais variáveis espaciais tornam-se susceptíveis de medicalização. Com isso, a figura do médico passa a ocupar diferentes esferas de poder. As prescrições médicas já não dizem mais respeito somente a doenças, mas se dirigem também às formais gerais de comportamento e de existência humanos (alimentos, bebidas, vestuário, sexualidade, moradia etc.) (FOUCAULT, 2011, p. 368). Uma das finalidades da intervenção estatal<sup>65</sup> passa a ser o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre a doença e a saúde, ao que Foucault chama de “somatocracia” (FOUCAULT, 2011, p. 377).

---

<sup>65</sup> Foucault esclarece que, desde o século XVIII, garantir a saúde física dos cidadãos era uma das funções do estado, apesar de não ser fundamental. No entanto, “até metade do século XX, a garantia da saúde significava essencialmente para o Estado a preservação da força física nacional, de sua força de trabalho, de sua capacidade de produção e de sua potência militar” (FOUCAULT, 2011, p. 375).

Com a estatização da medicina no século XVIII, a questão sanitária assumiu novos rumos, especialmente marcados pela imbricação com o poder. Nesse sentido, Foucault apresenta algumas importantes ideias que expandem o horizonte interpretativo do campo da saúde pública. Destacam-se especialmente o biopoder, a biopolítica e a governamentalidade.

Foucault esclarece as circunstâncias e os efeitos da passagem da medicina privada para a medicina coletiva:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 2016, p. 144)

De forma sintética, o biopoder pode ser considerado como o conjunto de mecanismos referentes às características biológicas fundamentais da espécie humana, inserido em uma estratégia geral de poder. É a forma pela qual as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltam a levar em conta nas esferas de poder o fator biológico fundamental, que constitui a espécie humana (FOUCAULT, 2008, p. 3). A população passa a ser controlada por mecanismos de regulação consubstanciados no biopoder, que é uma das configurações da governamentalidade que transforma a vida em objeto de poder. Surge o que Foucault denominou de biopolítica, que consiste na maneira pela qual se procurou, desde aquele século, racionalizar os problemas apresentados à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças (FOUCAULT, 2008, p. 431). Esses problemas passaram a ocupar lugar crescente na política a partir do século XIX. É curioso notar que justamente esse período corresponde à expansão do colonialismo europeu.

De fato, houve a ingerência do estado na medicina e a administração da saúde pública tornou-se instrumento de poder e de governo. É no livro *“O nascimento da clínica”* que Foucault desenvolve a ideia de que o aumento do controle estatal sobre os corpos de indivíduos e populações consiste em um novo tipo de poder (FOUCAULT, 1977). A medicina é mais do que outro campo regulado pelo estado; constitui uma forma completamente nova de governança, na

qual o controle sobre o corpo é um meio de ganhar e de manter poder. Essa conclusão reflete-se diretamente no campo da saúde pública. A questão do discurso médico diz respeito às relações de poder surgidas a partir da produção dos discursos, como formas de saber, conforme estudados por Foucault. Com o apogeu da institucionalização da medicina no século XIX, o argumento médico ganha especial relevo no governo das populações.

É importante situar o contexto histórico a partir do qual Foucault falava sobre a medicina social<sup>66</sup>. Seu foco estava em países europeus, no século XIX, no momento em que a medicina possuiu um claro diálogo com as diferentes forças do estado. Não se trata de simplesmente transpor de maneira artificial ou acrítica o pensamento de Michel Foucault e a experiência colonial para os dias atuais. Certo é que uma teoria não pode ser aplicada a qualquer época em virtude da noção de historicidade dos objetos da história.

Todavia, certamente há possibilidades de construção para o campo epistemológico da saúde pública a partir das categorias foucaultianas, bem como das análises do discurso da medicina em geral. O quadro argumentativo exposto permite identificar a presença de entrelaçamentos entre a saúde pública e as relações de poder no contexto social. Mais do que isso, representa um instrumental precioso para trabalhar a relação do governo de uma determinada população com o controle do corpo por meio da administração da saúde pública.

Para compreender o papel da governança da saúde global no Terceiro Mundo, importa examinar as possíveis relações entre a saúde pública e o projeto colonial.

### **2.2.2. Entrelaçamentos possíveis com o projeto colonial**

A relação entre saúde pública e governabilidade tem sido redescoberta por sociólogos críticos e por historiadores da saúde e da medicina. A administração da saúde pública constitui exercício de poder e de governo, conforme a lição foucaultiana. Revela-se, portanto, fundamental a análise das práticas sanitárias no contexto colonial, a fim de traçar eventuais continuidades ou descontinuidades em relação à atual governança da saúde global em países do Terceiro Mundo.

---

<sup>66</sup> A escrita histórica é composta do lugar social de fala, entre outros aspectos. Assim, toda pesquisa historiográfica se articula com um lugar de produção socioeconômico, político e cultural, o que implica um meio de elaboração circunscrito por determinações próprias, por imposições, por privilégios (CERTEAU, 1982, p. 56). É em função deste lugar “*que se instauram os métodos, que se delineia uma topografia de interesses, que os documentos e as questões, que lhes serão propostas, se organizam*” (CERTEAU, 1982, p. 56).

Na expansão territorial da Europa, desde o século XVI até o século XX, a biomedicina<sup>67</sup> e o colonialismo estiveram ligados. Enquanto o colonialismo provia novos territórios para o desenvolvimento da biomedicina, esta facilitava para o empreendimento colonial a existência e a manutenção de força de trabalho saudável e protegia os colonizadores das patologias próprias do novo espaço territorial conquistado (BALA; KALER, 2009, p. 1). É possível afirmar, inclusive, que, no século XVIII, a medicina e a saúde pública constituíram os principais recursos na colonização dos povos em todo o mundo, uma combinação “muito mais nefasta do que a sua representação em algum momento como componente humanitária dos empreendimentos militares e políticos” (BIRN et al., 2017, p. 1176/1177).

A relação mutuamente constitutiva entre biomedicina e colonialismo fica mais explícita no campo da medicina tropical, um campo do conhecimento que emergiu a partir das incursões britânica e americana em zonas equatoriais. Na realidade, a história da medicina nas sociedades europeias e americanas nos últimos duzentos anos é marcada por uma crescente intervenção e uma busca por direitos monopolistas sobre o corpo, manifestas, por exemplo, na estreita e frequente relação simbiótica mantida entre medicina e estado moderno (ARNOLD, 2011, p. 9).

Sobretudo nos séculos XIX e XX, as linhas de higiene representaram limites impostos pelos governos em vários contextos coloniais e nacionais. Muitas vezes esses limites manifestaram-se como e por meio de “espaços de saúde pública”, como fronteiras nacionais, linhas de restrição imigratória, barreiras de quarentena e cordões sanitários raciais (BASHFORD, 2004, p. 1). Todos esses espaços produziram identidades de inclusão e de exclusão, de pertencimento e de estrangeirismo.

A saúde pública foi, em parte, uma forma espacial de governo nas colônias. Os conhecimentos, as instituições e as práticas de saúde pública buscavam regular a circulação de pessoas consideradas perigosas em virtude dos lugares por onde andavam e em razão do contato com pessoas desconhecidas<sup>68</sup> (BASHFORD, 2004, p. 2). Programas de saúde pública foram o meio pelo qual os colonizados e o território foram gerenciados, tornando-se inteligíveis aos

---

<sup>67</sup> Constitui 1) o ramo da ciência médica que aplica princípios biológicos e fisiológicos à prática clínica; 2) o ramo da medicina que estuda a capacidade de os organismos suportarem o estresse ambiental (nas viagens espaciais, por exemplo). Fonte: Dicionário Michaelis. Disponível em: <  
<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=contra+hegemonia>>

<sup>68</sup> Tratava-se, em geral, de prostitutas com doenças venéreas, migrantes infectados, soldados ou marinheiros que viajavam pelo mundo etc.

colonizadores. Mas a saúde pública não foi somente um meio de governo na colônia. Sua administração serviu também a outros propósitos.

Os esforços em lidar com a saúde nas regiões colonizadas foram marcados por características bem definidas. Primeiramente, eles estavam relacionados com os interesses econômicos dos colonizadores. A saúde não era uma finalidade em si mesma, mas um pré-requisito para o desenvolvimento da colônia. Havia uma preocupação dos europeus – em especial nas áreas tropicais – de melhorar as condições de saúde com vistas à sua própria sobrevivência<sup>69</sup>. O interesse primordial era a saúde dos europeus, conforme Ka-Che Yip comenta acerca da colonização em Hong Kong:

Before the late 1890's, the Hong Kong government did not have a specific anti-malaria policy. Trying to protect the health of the troops and residents (specially Europeans), the government gradually developed, in piecemeal fashion, policies that focused almost entirely on the improvement of sanitation which was considered to be the key in dealing with the many diseases, including malaria, cholera, typhoid fever, and dysentery, that were prevalent in the colony. (YIP, 2009, p. 13)

A necessidade de superar as barreiras à exploração europeia motivou o desenvolvimento de pesquisas sobre etiologia de doenças associadas aos trópicos. Desenvolveram-se escolas de medicina tropical na Europa e nos Estados Unidos, cujos resultados a respeito da malária e da febre amarela viabilizaram a colonização europeia nas regiões tropicais.

A partir do fim da Primeira Guerra, o foco das iniciativas sanitárias europeias mudou e a saúde das populações nativas passou a ser considerada, embora a alteração de abordagem do assunto também estivesse fundamentada em interesses econômicos (PACKARD, 1997, p. 94). O raciocínio é simples: economias coloniais não dependiam apenas de gerenciadores saudáveis, mas também de trabalhadores saudáveis. O sucesso ou o fracasso das intervenções sanitárias europeias nos trópicos era medido pela manutenção ou pelo aumento dos níveis de produção. Nesse sentido, a distribuição de serviços de saúde estava intimamente atrelada à atividade econômica, de modo que ações sanitárias se limitavam à população das localidades próximas da

---

<sup>69</sup> Randall Packard comenta: *“Europeans operating along the West Coast of Africa in the eighteenth century died at an extraordinarily high rate, with mortality rates as high as 750 per 1000. The main killers of Europeans were malaria and yellow fever. Similar mortality rates were by Europeans in South East Asia during the nineteenth century. The role of malaria in stemming early French penetration of Indo-China led Vietnamese nationalists to view the mosquito as a hero of the resistance.”* (PACKARD, 1997, p. 113).

produção. Nativos que se encontrassem fora dessa área não eram objeto de preocupação por parte dos colonizadores<sup>70</sup>.

Os serviços médicos coloniais tendiam a ser estritamente técnicos em seu planejamento e em sua implementação. A excessiva confiança na tecnologia para a solução de problemas sanitários fazia com que esforços na melhoria das condições sociais e econômicas fossem relegados, considerados desnecessários e impraticáveis. É importante destacar, nesse ponto, que já nos tempos coloniais a saúde pública no Terceiro Mundo era abordada sem conexão com as causas externas estruturais das doenças. Além disso, os saberes medicinais da população local eram desconsiderados (PACKARD, 1997, p. 95). Essa percepção transmudava-se em excessiva confiança e em supervalorização do poder da biomedicina ocidental.

Com a depressão econômica entre o fim dos anos 1920 e 1930 e seus graves efeitos nos países produtores de *commodities*, as atitudes coloniais em relação à saúde da população nativa foram repensadas (PACKARD, 1997, p. 95). Foi constatada a subnutrição dos colonizados, o que redundou em uma ruptura do discurso colonial com os primeiros esforços sanitários e uma atenção agora também para os locais além das áreas de produção. Contudo, não houve o reconhecimento de que a subnutrição de algum modo decorria de fatores históricos, sociais e econômicos. O problema foi desvinculado de suas origens mais prováveis e associado a uma questão estritamente técnica, corrigível pela ciência médica.

De um modo geral, o colonialismo exerceu um impacto negativo na saúde pública da colônia. Introduziu uma série de doenças não nativas e facilitou a rápida disseminação de outras tantas. Os registros espanhóis sugerem que a população indígena foi reduzida pela metade no período de duas décadas depois da primeira epidemia relatada. Alfred W. Crosby argumenta que a importação de patógenos letais foi um dos aspectos do processo de “imperialismo ecológico” que permitiu aos colonizadores brancos rapidamente dominar os americanos nativos (CROSBY, 2009). Sem a vantagem conferida pela resistência às doenças, os espanhóis não teriam derrotado as civilizações militares do México e dos Andes, não podendo, por isso, o colapso das sociedades ameríndias ser atribuído apenas à brutalidade espanhola (HARRISON, 2004, p. 2226/2235).

A própria extração da riqueza contribuiu para que os povos indígenas caíssem em um ciclo de pobreza e doença. É natural que o encontro de civilizações gere uma transferência de

---

<sup>70</sup> Os governos coloniais pouco fizeram em relação às populações rurais em termos de serviços de saúde, sendo que estes se limitavam a campanhas médicas ocasionais (PACKARD, 1997, p. 94).

doenças, entretanto os colonizadores europeus foram menos prejudicados por possuírem uma imunidade maior em decorrência da prévia exposição a uma série de enfermidades. Isso porque, no Velho Mundo, havia mais animais domesticados (que funcionavam como reservatórios de agentes infecciosos) e todos os grandes centros populacionais há muito conviviam com o comércio (o que garantia uma mistura regular de germes) (HARRISON, 2004, p. 2226/2235). O colonialismo interferiu na densidade das populações, tornando os povos indígenas vulneráveis às epidemias trazidas pelos europeus. Ademais, o desenvolvimento de centros urbanos constituiu um terreno fértil para a proliferação de doenças infecciosas, como o cólera, a tuberculose e a varíola.

A partir dessa sucinta análise, conclui-se que a concepção de saúde pública nas colônias europeias refletia o contexto sócio-político de dominação colonial e resultava dos propósitos almejados pelo projeto civilizatório. As ações sanitárias dirigiam-se inicialmente à preservação dos próprios colonizadores e, em um segundo momento, visavam também à manutenção da força de trabalho saudável. O principal foco era a constância da atividade econômica relacionada ao comércio. Para esse propósito, pesquisas e estruturas sanitárias se desenvolveram. A título de ilustração, tem-se que o segundo Império Colonial Francês instalou em Saigón (Indochina) o Instituto Pasteur, com motivações eminentemente coloniais. Embora o Instituto tratasse também da saúde de indígenas, as motivações para investir na colônia recursos significativos em um projeto ambicioso não se restringiam aos nativos. Algumas razões resultavam de interesse próprio, dado o despovoamento causado pela varíola e a correspondente perda de trabalho barato e de arrecadação fiscal (SUN, 2014, p. 20).

No período imediatamente subsequente à Segunda Guerra Mundial, iniciou-se uma nova fase do relacionamento da Europa e dos Estados Unidos com suas colônias ou antigas colônias, em que a promoção de “desenvolvimento” se tornou a justificativa para a intervenção ocidental na vida social e econômica das nações emergentes da África, Ásia e América Latina (PACKARD, 1997, p. 93). A razão intervencionista foi transformada e despolitizada, o que levou também à reformulação do discurso sanitário no sentido de que não mais se falava em “civilização”, mas em objetivos desenvolvimentistas. A preocupação com a saúde da população terceiro-mundista decorre da necessidade de aumento de matéria-prima e de mercado para os países desenvolvidos.



Remanesceram, portanto, os mesmos interesses econômicos e políticos e as mesmas dinâmicas de poder das nações industrializadas sobre o Terceiro Mundo. A retórica foi alterada, mas os propósitos colonizadores – ou dominadores – permaneceram. As contradições do mundo pós-guerra foram transpostas para o campo da saúde pública internacional e as intervenções passam a ser designadas para proteger a saúde dos povos dos países em desenvolvimento.

Com efeito, o colonialismo e a intervenção em saúde pública nas colônias constituíram projetos interligados. É preciso examinar a forma como se dá a atual governança da saúde pública e se é possível identificar a manutenção de padrões coloniais no que diz respeito à promoção da saúde global.

### 2.2.3. Realidades e limites da governança

Falar em governança da saúde global<sup>71</sup> adquire relevância a partir da obsolescência da distinção entre saúde nacional e saúde internacional com o advento do processo de globalização. As populações tornam-se mutuamente vulneráveis na “aldeia global” à propagação transnacional de doenças infecciosas e a outros riscos comunicáveis (AGINAM, 2005, p. 6). É o resultado da maior permeabilidade – ao menos para os micróbios - das fronteiras nacionais às pessoas e às mercadorias. A contemporânea diplomacia da saúde pública deve lidar com a suscetibilidade desses limites territoriais aos microrganismos patogênicos e com a vulnerabilidade das populações nacionais. Os estados-nação possuem o desafio de elaborar mecanismos jurídicos de governança que possibilitem um sistema de saúde global sensível às necessidades humanas e efetivo em termos multilaterais.

O próprio multilateralismo é suscetível aos interesses estratégicos dos Estados. Embora ações multilaterais sejam comuns, não estão isentas de eventual politização no campo da saúde global. Assim, a diplomacia da saúde pública está sujeita aos caprichos e às vulnerabilidades da política e a uma série de desafios para realizar acordos sobre saúde global (AGINAM, 2005, p. 60). A maior parte dos discursos acadêmicos e políticos sobre os desafios da saúde global originam-se nas disciplinas de epidemiologia e de saúde pública. Nos dias de hoje, a saúde global tem sido um campo de trabalho árido para o direito internacional.

Contudo, no século XIX, o direito internacional exerceu um papel de destaque na diplomacia de doenças infecciosas como mecanismo de compartilhamento de relevantes informações epidemiológicas por meio dos tratados e das convenções sanitárias. Além disso, conforme visto acima, esteve (e ainda está) envolvido em complexas manobras com o colonialismo e os povos colonizados pelo mundo (AGINAM, 2005, p. 8). Ante o protagonismo da disciplina no passado, é possível afirmar que o direito internacional desempenha - ou pode desempenhar – um papel fundamental na governança global dos riscos sanitários.

---

<sup>71</sup> Para os fins propostos no presente trabalho, considera-se “governança” o método pelo qual a sociedade organizada dirige, influencia e coordena atividades públicas e privadas para alcançar bens coletivos, levando-se em conta a complexidade da arquitetura da saúde global e as várias formas pelas quais as normas e as instituições podem promover atividades (GOSTIN, 2014, p. xii).

Nesse sentido, inclusive, há uma proposta de tratado especificamente a respeito da governança da saúde global, denominada Convenção-Quadro sobre Saúde Global (*Framework Convention on Global Health – FCGH*)<sup>72</sup>. A iniciativa decorre do inconformismo de “organizações e indivíduos de todas as esferas da vida pública” com a persistência das desigualdades no âmbito da saúde global. Está fundamentada na crença no poder do direito, aliado com movimentos sociais, para criar e guiar a sociedade internacional por um caminho de justiça social. Embora vários tratados e constituições nacionais prevejam o direito ao mais alto nível de saúde física e mental, as imensas iniquidades sanitárias no mundo não têm sido efetivamente combatidas.

A referida Convenção constitui um esquema de governança da saúde global que visa: 1) à construção de capacidade de resposta dos sistemas nacionais de saúde, 2) ao atendimento prioritário de necessidades básicas de sobrevivência, 3) à formação de uma ampla rede de colaboradores de recursos e de conhecimentos, 4) à coordenação e à harmonização dos diversos programas desenvolvidos pelo mundo; 5) ao monitoramento do progresso no alcance dos objetivos almejados (GOSTIN, 2007, p. 226). Subjacente a essa estratégia, está a constatação de que as disparidades existentes na saúde global deixam de ser solucionadas não porque as soluções são desconhecidas, mas porque sua execução não é prioridade.

Nesse contexto, o direito internacional de destaca, na medida em que constitui um instrumento de avanço nas questões de saúde pública, conforme demonstra o sucesso da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Os tratados internacionais sobre saúde pública conferem maior responsabilidade e segurança perante as Cortes e outros mecanismos, além de protegerem de maneira mais eficaz o direito à saúde de possíveis prejuízos advindos de outros regimes jurídicos, como do comércio e da propriedade intelectual (FRIEDMAN; GOSTIN, 2017).

Tal proposta reflete essencialmente as crescentes iniquidades vivenciadas pelo mundo contemporâneo. Ao mesmo tempo em que a globalização uniu Estados e povos em uma mesma “aldeia global”, compartilhando as mesmas vulnerabilidades sanitárias, “nunca antes na história” a humanidade foi tão profundamente dividida pelo subdesenvolvimento, pela pobreza e pela desigual distribuição da mortalidade e da morbidade da doença (AGINAM, 2005, p. 27). Essa

---

<sup>72</sup> Os detalhes da iniciativa, juntamente com o rascunho do tratado, encontram-se disponíveis em: <<http://www.globalhealthtreaty.org>>. O assunto já foi veiculado também pela própria OMS: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/12-114447/en/>>.

realidade torna ainda mais paradoxal a governança da saúde global. O paradoxo tem origem no amplo conteúdo do direito à saúde promulgado pela Constituição da OMS, no sentido de que a saúde consiste em um estado de bem-estar físico, mental e social, não limitado à ausência de doença ou enfermidade. Tal conteúdo já contrastava com a atenção sanitária diferenciada dedicada a países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esse desequilíbrio só se agravou com os resultados da globalização. Em outros termos, a saúde dita global precisa administrar não apenas a divisão sul-norte, mas também as tensões emergentes do mundo globalizado. As ameaças sanitárias transnacionais emergem em um mundo interdependente a partir da complexa interação entre os aspectos da globalização e as disparidades históricas e socioeconômicas. Trata-se de um mundo dividido para promover uma saúde pública com pretensões globais.

Tais disparidades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento começaram a ser duramente criticadas e arguidas na maioria das instituições multilaterais. O Terceiro Mundo passou a caracterizar o sistema internacional como injusto, desigual e não responsivo às suas necessidades de desenvolvimento e de saúde pública (AGINAM, 2005, p. 28). Considerando a mútua vulnerabilidade sanitária dos estados, não fazem sentido políticas nacionais isolacionistas ou protecionistas. A divisão sul-norte não existe mais em termos epidemiológicos. O “nós” e o “eles”, a “nossa doença” e a “doença deles” tornaram-se distinções anacrônicas (AGINAM, 2005, p. 59). Os estados desenvolvidos, portanto, devem olhar para além de seus interesses estritos e agir a favor de políticas transnacionais de saúde pública.

É possível distinguir dois períodos importantes na administração da saúde pública internacional. O primeiro diz respeito principalmente à época das Conferências Sanitárias Internacionais, englobando a segunda metade do século XIX até a criação da OMS em 1948, que foi marcado por uma intensa diplomacia na saúde pública a respeito de doenças infecciosas. O segundo período vai de 1948 aos dias atuais, quando se tem a diplomacia sanitária contemporânea.

Embora o tema das Conferências Sanitárias Internacionais tenha sido previamente abordado, há algumas breves considerações adicionais a serem feitas a esse respeito. Nesse período, o sistema sanitário internacional enfrentou várias deficiências, como a falta de conhecimento científico sobre a etiologia de algumas doenças e a subutilização das abordagens sanitárias regulatórias. Havia dificuldade na implementação das normas acordadas. Outra questão central era a prevalência dos interesses marítimos e comerciais dos países líderes em

navegação<sup>73</sup>, o que frequentemente impedia o consenso referente à regulação da propagação transfronteiriça de doenças por meio da harmonização das quarentenas nacionais, uma vez que comprometiam o comércio e as viagens pela Europa<sup>74</sup> (AGINAM, 2005, p. 61). Esse conflito de interesses e de prioridades na cooperação e na governança sanitária manteve-se presente ao longo das Conferências Sanitárias.

A despeito da tensão existente entre política, direito, comércio e saúde pública, houve uma lenta forjação de uma agenda multilateral sobre a propagação de doenças pelas fronteiras. A análise dessa oscilação entre os interesses nacionais e a regulação sanitária transnacional pode ser útil para a compreensão das atuais falhas e dos desafios da governança da saúde global. Para tanto, é necessário ter em mente o legado colonial e pós-colonial do discurso do direito internacional, pois os mecanismos de governança sanitária utilizados (convenções, tratados e regulamentos) são de um tempo em que o “*law of nations*” era – e ainda é – permeado por uma série de manobras coloniais (AGINAM, 2005, p. 64).

Aliás, cabe aqui um adendo sobre as facetas coloniais da governança da saúde pública. Algumas ligeiras observações se justificam em virtude do objetivo de identificar continuidades e/ou descontinuidades entre a atual governança da saúde global e o empreendimento colonial. Dito isso, convém destacar a importância do início das colonizações europeias para a unificação microbiana do mundo. No discurso pós-colonial, os séculos XV e XVI são especialmente relevantes em virtude da interação entre Novos e Velhos Mundos, que se tornou a força motora da polarização entre “civilizado e incivilizado”, “primitivo e moderno”, padrões de modernidade e de selvageria tacitamente acolhidos pelo direito internacional (AGINAM, 2005, p. 64).

Essa dicotomia foi mantida ao longo do tempo e esteve arraigada ao vocabulário do direito internacional. Considerando suas raízes coloniais, o direito internacional consiste - segundo uma perspectiva terceiro-mundista - em um conjunto de regras com uma base geográfica determinada (um direito europeu), com inspiração ético-religiosa (um direito cristão), com uma motivação econômica (um direito mercantilista) e com objetivos políticos (um direito

---

<sup>73</sup> Ilustra esse tipo de posicionamento a decisão da Grã-Bretanha, como uma potência no comércio marítimo da época, ao sustentar que a quarentena ou qualquer outro regime regulatório internacional não tinham efeito em relação à cólera porque não se trataria de uma doença contagiosa (AGINAM, 2005, p. 62). Essa posição foi apoiada pela França, que obteve enormes benefícios de navegação no Canal de Suez. Como afetava seus interesses comerciais, a utilidade da quarentena foi prontamente afastada, o que perdurou mesmo quando já havia comprovação científica da etiologia da cólera.

<sup>74</sup> Esse tipo de preocupação ainda é bastante evidente no Regulamento Sanitário Internacional em vigor, conforme se verá adiante.

imperialista) (BEDJAOUI, 1979, p. 50). No século XIX, com o triunfo do positivismo jurídico, o direito internacional desenvolveu um vocabulário elaborado para denegrir povos (“não europeus”) incivilizados, apresentando-os como suscetíveis à conquista para legitimar a violência extrema em nome da “missão civilizadora” (ANGHIE, 1999, p. 7).

A necessidade dessa diferenciação artificial e pejorativa entre “nós” e “eles” é muito bem apresentada por Edward Said, no livro *Orientalismo* (2007), quando sustenta que a identidade do Ocidente depende da construção do Outro em relação o qual o próprio Ocidente se define, isto é, sua autoconstituição se dá a partir da exclusão daquilo que é oposto à sua identidade. Sundhya Pahuja exemplifica: “*So, for example, the West is ‘modern’, its other ‘traditional’, the West is ‘civilised’, the other ‘uncivilised’... One could continue this list with rational/superstitions, scientific/mystical, secular/religious, masculine/feminine, and so on.*” (PAHUJA, 2011, p. 28).

Por outro lado, o direito internacional (incluindo-se certamente os regulamentos, convenções e tratados sanitários), enquanto elemento cultural, refletia – e reflete - as aspirações dos Estados mais poderosos, exercendo, por consequência, um discurso seletivo e opressor em relação aos povos submetidos a eles. Nessa linha de raciocínio, Edward Said, no livro *Cultura e Imperialismo*, anota a respeito do olhar europeu sobre contextos periféricos:

Assim, a despeito do caráter complexo e elaborado, as formas culturais abrangentes que tratam de contextos periféricos não europeus são marcadamente ideológicas e seletivas (e até repressoras) no que se refere aos “nativos”, da mesma forma que o caráter pitoresco da pintura colonial oitocentista, apesar de seu “realismo”, é ideológico e repressor: silencia efetivamente o Outro, reconstitui a diferença como igualdade, governa e representa domínios figurados por potências de ocupação, e não por habitantes inativos. (SAID, 2011, p. 267)

Esses aspectos todos merecem ser destacados porque se refletiram na governança da saúde pública no período que vai da segunda metade do século XIX até 1948, assim como reverberam na governança contemporânea da saúde global. A lógica binária é exercida quando os padrões diferenciadores impostos aos destinatários das medidas sanitárias (“desenvolvidos” ou “em desenvolvimento”) são determinantes ou influentes para a definição das prioridades de saúde pública. Significa basicamente que a prevalência dos interesses dos colonizadores no passado foi, ao menos em parte, transposta para a área da saúde global e se manifesta nas iniciativas sanitárias multilaterais. Dessa forma, a dicotomia povos/sociedades civilizados e incivilizados continua a

informar o discurso do direito internacional e a contribuir para a presente divisão sul-norte no mundo globalizado.

Tais afirmações podem ser constatadas, a partir de 1948, na governança da saúde global. De um modo geral, a atual divisão de saúde sul-norte evoca imagens de hegemonia e/ou exclusão sistemática, que impedem a efetiva governança dos assuntos contemporâneos de saúde global (AGINAM, 2003, p. 7). E há sinais de descontentamento de alguns países em desenvolvimento acerca do conceito de segurança sanitária global e suas implicações políticas. O mundo em desenvolvimento tem sido solicitado a suportar muitos dos custos de garantia da referida segurança, contudo os fatos demonstram que algumas medidas são tomadas primeiramente com o objetivo de proteger o Ocidente (RUSHTON, 2011, p. 3).

Um bom exemplo disso é o incidente ocorrido com o governo da Indonésia, em janeiro de 2007, o qual se negou a compartilhar amostras dos vírus H5N1 com a Rede de Vigilância Global de Influenza da OMS, conduta considerada ameaçadora da saúde global, tendo em vista o potencial destrutivo do micro-organismo (LAKOFF, 2010, p. 60). Tendo sido o país com mais casos de gripe aviária, a Indonésia era um potencial epicentro de um novo surto. A crítica internacional foi no sentido de que o país deveria obrigatoriamente colaborar com o sistema de vigilância e alerta encabeçado pela OMS, a fim de contribuir para a produção de vacinas anuais mais efetivas, sob pena de violação ao novo Regulamento Sanitário Internacional. Ocorre que a reação do governo indonésio de não mais compartilhar as amostras de vírus resultou da descoberta de que uma companhia farmacêutica australiana havia desenvolvido uma vacina patenteada para a gripe aviária com a cepa indonésia do vírus, medicamento este que provavelmente não estaria disponível para a Indonésia em caso de uma pandemia em virtude do número limitado de doses. Assim, mesmo que a Indonésia tivesse fornecido as amostras, sua população não se beneficiaria do aparato biomédico de resposta criado para um surto global (LAKOFF, 2010, p. 61).

Há dois pontos centrais a serem observados: a exclusão persistente/sistemática das terapias/práticas originárias do sul global nos fóruns multilaterais<sup>75</sup> e o exercício de poder nas relações entre os Estados e povos.

---

<sup>75</sup> A crítica a respeito da receptividade do conhecimento produzido no Terceiro Mundo deve ser vista com cautela quanto ao Brasil. Isso porque o país exerce protagonismo histórico em instâncias internacionais na área de saúde pública (VENTURA, 2013, p. 39), especialmente no que se refere ao vírus Zika. Sobre o destaque do Brasil na

A referida exclusão é um indicador de que “o norte global continua a descobrir o sul global” mesmo nos séculos XX e XXI (AGINAM, 2005, p. 65). A exclusão retrata também a invisibilidade (ou menor importância) dos problemas sanitários do Terceiro Mundo (ao menos enquanto não ameaçam efetivamente o norte global). Nesse sentido, o ato de excluir pode ser sutil, pode equivaler à retirada de determinado assunto do espectro de relevância para a governança da saúde global. Sob essa perspectiva histórica, é possível afirmar que há a manutenção de uma relação de alteridade com o Terceiro Mundo. Este constitui o Outro dos países desenvolvidos, não é igual, portanto, não está incluído na categoria “global” da saúde pública ou não está incluído “da mesma forma”. Esse Outro não inspira a mesma atenção e importância dispensadas ao norte global. Reforça-se, então, a desigualdade em termos sanitários.

No que diz respeito ao exercício do poder, o direito internacional do século XIX – marcado pela hegemonia das nações civilizadas - é precursor das relações contemporâneas de poder inseridas em um contexto de interdependência multilateral dos estados-nação. Em outras palavras, as origens coloniais do direito internacional imprimem à saúde pública a institucionalização de desigualdades globais. David Fidler denomina a hegemonia exercida nas atuais relações interestatais de “*a kinder, gentler system of capitulations*”, em referência ao sistema de jurisdição e de poder extraterritoriais utilizado/imposto pelos Estados europeus e pelos Estados Unidos, no século XIX e começo do século XX, em países não ocidentais (ou não europeus) e justificado pelo direito internacional (FIDLER, 2000, p. 390-396)<sup>76</sup>.

Posto esse panorama, Andrew Lakoff apresenta ilustrativamente dois regimes para abordar e para intervir no campo da saúde global: a Segurança Sanitária Global (*Global Health Security*) e a Biomedicina Humanitária (*Humanitarian Biomedicine*). O primeiro visa às doenças infecciosas emergentes, as quais são vistas como uma ameaça aos países ricos e são típicas da Ásia, da África Subsaariana ou da América Latina (LAKOFF, 2010, p. 59). Com o propósito de prevenir surtos epidêmicos, busca implementar um sistema de vigilância de doenças no mundo em tempo real, a fim de alertar rapidamente a respeito de potenciais surtos nos países em desenvolvimento e impedir sua propagação pelo mundo.

---

produção de conhecimento sobre tal vírus, ver: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/brasil-e-pais-com-maior-avanco-nas-pesquisas-sobre-virus-zika-afirma-ministro-da-saude>>

<sup>76</sup> Arnulf Becker Lorca, ao escrever sobre as origens otomanas do regime de capitulações, critica como o Ocidente assimilou esse sistema, equivocadamente considerando os acordos bilaterais de paz e as concessões unilaterais como uma só coisa, além de que não haveria inicialmente referência à ideia de rendição ou imposição (LORCA, 2014 p. 83).



O segundo regime, por sua vez, mira as enfermidades que atualmente afligem as nações mais pobres do mundo, tais como a malária, a tuberculose e a AIDS. Esta última intervenção leva em conta as necessidades advindas de uma infraestrutura de saúde pública deficiente ou inexistente, estando, portanto, relacionada a questões de desenvolvimento. Tais regimes possuem enfoques bastante diferenciados: enquanto a Segurança Sanitária Global se preocupa com a ameaça à coletividade por doenças infecciosas emergentes, a Biomedicina Humanitária está relacionada com o atendimento individual de doenças negligenciadas.

Pela descrição dos dois regimes é possível antever as dinâmicas de poder e de exclusão (histórica, social e econômica) relatadas acima, sobretudo no que tange à Segurança Sanitária Global. Seja qual for o regime jurídico de atuação, é premente a busca pela justiça e pela equidade na saúde global. A “saúde global com justiça” consiste no alcance do mais alto nível possível de saúde física e mental<sup>77</sup>, distribuída de forma justa (GOSTIN, 2014, p. xiii). A efetivação da saúde global equitativa, por sua vez, englobaria a existência de sistemas de saúde universais (acessíveis e de boa qualidade), de medidas essenciais de saúde pública (esgotamento, água potável, alimentação, ar puro, controle do tabaco etc.), de determinantes sociais da saúde adequados (pobreza, educação, raça/etnia, gênero, moradia, emprego), de boa governança (transparente, responsável, participativa, com a inclusão da saúde em todas as políticas públicas<sup>78</sup>), além do respeito aos direitos humanos (normas de responsabilidade, de equidade e de participação, priorização das populações marginalizadas, monitoramento/implementação de direitos) (GOSTIN, 2014, p. 23).

A despeito das implicações coloniais na governança contemporânea da saúde global, é simplista considerar apenas a falta de capacidade dos países mais pobres para prover serviços de saúde e a falta de vontade política dos países mais ricos. A promoção de saúde global não se limita à assistência estrangeira. Discursos meramente vitimadores tendem a ofuscar as relações complexas envolvidas em certo contexto. No campo da saúde global não é diferente. A ideia de “solidariedade global” parece se adequar mais às exigências e às realidades do mundo atual. Corresponde à responsabilidade mútua de todos os estados pela promoção de saúde nos âmbitos doméstico e internacional. Saúde deve ser uma obrigação igualmente dividida (GOSTIN, 2014, p. xiv).

---

<sup>77</sup> Constitui objetivo da OMS “promover o alcance por todos os povos do mais alto nível possível de saúde” (Constituição da OMS, Capítulo I, art. 1º).

<sup>78</sup> Trata-se do conceito de *Health in All Policies (HiAP)*.

Nesse sentido, o compromisso de responsabilidade mútua para além das fronteiras não deve ser visto como “caridade” ou “ajuda” sanitária. Esse tipo de raciocínio implica admitir a divisão do mundo em doadores e necessitados, pressupõe e impõe uma relação desigual em que um lado é o benfeitor e o outro é o dependente (GOSTIN, 2014, p. 18-19). Associar a participação financeira de um Estado ou outro ator internacional à ideia de caridade significa condicionar essa contribuição aos critérios de discricionariedade dos doadores. Disso resulta que a assistência financeira não é previsível ou sustentável em longo prazo. A saúde humana é uma responsabilidade globalmente compartilhada, que reflete os riscos e as vulnerabilidades comuns ao mundo globalizado. A colaboração entre países<sup>79</sup> (vizinhos ou de outro continente) é também responder conjuntamente aos riscos sanitários (GOSTIN, 2014, p. 19).

O direito internacional ganha especial importância na regulamentação dessa imprescindível responsabilidade mútua. A cooperação coletiva remanesce nos limites e nos contornos estabelecidos nas normas, nos processos e nas instituições formadas a partir do direito internacional para a governança global da saúde (GOSTIN, 2014, p. 11). Cumpre ao direito internacional desempenhar um papel ativo na distribuição e na redistribuição dos dividendos da proteção e da promoção à saúde enquanto bem público em um mundo dividido (AGINAM, 2005, p. 70). A relevância do estudo do direito internacional na área de saúde global decorre também da necessidade de retomar criticamente sua função na obtenção de consenso sobre os problemas sanitários transfronteiriços abordados pelas conferências internacionais do século XIX.

É interessante observar que a saúde pública é um campo do conhecimento bastante amplo, muito além da medicina em si<sup>80</sup>. A definição expansiva de saúde adotada pela OMS evidencia ser possível estabelecer ligações entre saúde pública e pobreza, subdesenvolvimento, direitos humanos, insegurança alimentar, mudança climática, desastres naturais, comércio internacional, guerras, entre outros. Sobre todos esses assuntos transnacionais o direito internacional realiza um importante papel em forjar acordos interestatais que fomentarão a governança da saúde global (AGINAM, 2005, p. 73). Apenas o debate técnico a respeito da governança sanitária não é

---

<sup>79</sup> Para uma visão crítica da cooperação entre o Brasil e o sul global, assim como a respeito dos desafios internos do país na área de saúde pública, ver: VENTURA, Deisy. *La Diplomatie de la Santé au Brésil: Les Enjeux de la Solidarité*. In: KEROUEDAN, Dominique; BRUNET-JAILLY, Joseph (Org.). *Santé Mondiale: Enjeu Stratégique, Jeux Diplomatiques*. Paris: Presses de SciencePo, 2016, cap. 9, p. 192-227.

<sup>80</sup> Nessa mesma direção, Michel Foucault afirma que “*não há domínio que pertença de pleno direito e universalmente à medicina*” (FOUCAULT, 2011, p. 284). A própria abordagem médica pode não se restringir ao personagem do médico e suas questões correlatas. Quando analisada em seu funcionamento social, por exemplo, incidirá sobre as formas de sua prática e sobre os objetos a “*medicalizar*”.

suficiente, sobretudo para tratar das tensões sistêmicas das relações de poder no âmbito sociedade internacional.

Não obstante a notável importância do direito internacional para a abordagem do tema, a literatura disponível evidencia que os internacionalistas tem mantido uma postura passiva na área de saúde global. As instituições multilaterais de saúde pública têm dispensado o direito internacional como instrumento operacional útil para o aprimoramento de políticas de saúde global, assim como os epidemiologistas têm frequentemente analisado assuntos sanitários globais somente a partir dos estreitos parâmetros da ciência médica (AGINAM, 2005, p. 15-16). De fato, a saúde global deve ser abordada a partir de uma perspectiva multilateral. Obijiofor Aginam sintetiza (AGINAM, 2005, p. 18):

The history of multilateralism in the field of public health in nineteenth-century Europe allows us to understand the colonial origins of public health diplomacy and its legacy in a post-colonial world; international relations perspectives enable us to explore the politics and theoretical complexities of multilateralism and international regimes. Finally, our understanding of the dynamics of development equips international lawyers with additional skills to study and explain South-North disparities within the confines of our international legal.

Comparando-se a diplomacia sanitária do século XXI com sua precursora do século XIX, percebem-se vários pontos de aproximação entre elas, como a persistência do isolacionismo. São também identificáveis na governança contemporânea da saúde global o protecionismo e os interesses econômicos europeus que impediram a colaboração eficaz para soluções multilaterais a respeito dos surtos transfronteiriços de cólera no século XIX (AGINAM, 2005, p. 21). Permanecem distinções inspiradas pelo isolacionismo, como “doenças de países desenvolvidos” e “doenças de países em desenvolvimento”.

Essa postura protecionista evidentemente é ilusória no contexto contemporâneo de globalização das doenças. É urgente a reforma do multilateralismo na área de saúde pública com vistas à assunção de responsabilidades mútuas e ao adimplemento de obrigações acordadas. Nessa empreitada o direito internacional é peça-chave, sobretudo se imbuído de espírito crítico no que tange à promoção de uma saúde pública global e indiscriminadamente abrangente.

Tais aspectos precisam ser investigados e debatidos no âmbito da governança da saúde global, notadamente por intermédio da atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em

emergências sanitárias, quando diversos conflitos de interesses afloram com mais clareza, sendo de algum modo traduzidos pela interpretação e pela aplicação do direito internacional.

## **CAPÍTULO TERCEIRO – A Organização Mundial da Saúde (OMS) e sua atuação em emergências sanitárias**

### **3.1. Qual é o papel da OMS na governança global?**

A criação da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>81</sup> resultou da Conferência Internacional da Saúde, convocada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e realizada em Nova Iorque entre os dias 19 de junho e 22 de julho de 1946. Seus trabalhos foram formalmente iniciados em 1948, em Genebra, quando a primeira Assembleia Mundial da Saúde ratificou sua criação<sup>82</sup>. Constitui uma agência especializada da ONU, responsável pela direção e coordenação da saúde pública internacional. Para tanto, foi encarregada de estabelecer normas e padrões, articular opções de políticas, prestar apoio técnico aos países, monitorar e avaliar as tendências da saúde, além de moldar a agenda de pesquisa em saúde global (CHOREV, 2012, p. 4). A organização internacional já nasceu com o objetivo particularmente ambicioso de promover o alcance por todos os povos do mais alto nível possível de saúde<sup>83</sup>.

Suas amplas funções estão dispostas no art. 2º da Constituição e podem ser agrupadas em três categorias principais (VENTURA, 2013, p. 92-93). A primeira corresponde à longa tradição de instituições sanitárias de combate às grandes patologias e à vigilância epidemiológica. No âmbito dessa função, foram adotadas algumas versões do Regulamento Sanitário Internacional. A segunda categoria está relacionada com a elaboração de normas sanitárias internacionais, tais como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID). E a terceira diz respeito às intervenções sanitárias por meio da definição e da implementação de programas de luta contra as grandes doenças (tuberculose, malária ou paludismo e varíola), assim como por intermédio de pesquisa sobre doenças transmissíveis (gripe, AIDS etc.) e não transmissíveis (câncer, doenças cardiovasculares etc.). No exercício dessa função, a OMS oferece assistência técnica a países necessitados e fixa objetivos sanitários

---

<sup>81</sup> Sua criação se deu por meio de Constituição assinada por 61 (sessenta e um) Estados. Atualmente, é composta por 194 (cento e noventa e quatro) Estados-membros.

<sup>82</sup> Para o relato histórico das instituições sanitárias que precederam a OMS, ver: VENTURA, Deisy. *Direito e Saúde Global: O caso da pandemia de gripe A (H1N1)*. São Paulo: Outras Expressões; Dobra Editorial, 2013, p. 63-65.

<sup>83</sup> Constituição da OMS, Capítulo I, art. 1º. Disponível em: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

mundiais, como o desenvolvimento de atenção primária à saúde<sup>84</sup>. Além disso, cumpre à OMS elaborar relatórios sobre problemas de saúde pública a fim de difundir informações e de propor estratégias aos Estados-membros e atores sociais.

A organização partiu de uma postura marcadamente higienista – característica das prévias Conferências Sanitárias Internacionais - para apresentar uma grande abertura temática. Mais do que a aplicação do conteúdo da saúde pública, que passa a compreender os mais variados problemas sociais, a OMS prevê para si um importante papel na governança da saúde global (VENTURA, 2013, p. 96). O Programa Geral de Trabalho em vigor (2014-2019)<sup>85</sup> define as funções da OMS nos seguintes termos: 1) exercer liderança em domínios essenciais para a saúde e criar parcerias quando uma ação conjunta é necessária; 2) fixar as prioridades de pesquisa e estimular a criação, aplicação e difusão de conhecimentos úteis; 3) fixar as normas e os critérios, promover e monitorar sua implementação; 4) articular políticas conformes à ética e fundadas em dados probatórios; 5) fornecer suporte técnico, fazer-se agente de mudança e reforçar a capacidade institucional dos Estados; 6) supervisionar a situação sanitária e avaliar as tendências na área de saúde.

Além disso, a OMS dispõe de evidente importância no plano normativo, que se manifesta por meio não apenas de regras *interna corporis*, mas também pela autoridade para adotar convenções ou acordos respeitantes a qualquer assunto que seja de sua competência<sup>86</sup>. Contudo, sua função normativa fica em parte fragilizada pela existência de “uma integral margem de discricionariedade” em relação aos direitos e às obrigações por ela estatuídos, podendo os Estados subscrevê-los ou não (VENTURA, 2013, p. 98). À luz do sistema dualista<sup>87</sup>, adotado pelo Brasil, é necessária a internalização de tais normas pelo Estado a fim de se tornarem obrigatórias em seu território.

---

<sup>84</sup> Esse objetivo foi definido pela Declaração de Alma-Ata (Cazaquistão), resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde (1978). Tal declaração é considerada paradigmática no reordenamento dos sistemas nacionais de saúde, tradicionalmente centrados na doença e não em suas causas, sendo que essa orientação foi seguida pela maioria dos países até meados dos anos 1980, quando houve a consagração de políticas “ditas neoliberais”, em particular na América Latina (VENTURA, 2013, p. 94). Atualmente, o discurso da Atenção Primária à Saúde (APS) foi retomado, mas de forma seletiva.

<sup>85</sup> Disponível em: < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW\\_2014-2019\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112792/1/GPW_2014-2019_eng.pdf)>

<sup>86</sup> Constituição da OMS, Capítulo V, art. 19. Disponível em: < [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>

<sup>87</sup> Refere-se, nesse ponto, à teoria de Triepel sobre a relação entre direito interno e direito internacional. Para o teórico germânico, “[o] Direito Internacional, para ser aplicado no Direito Interno, deve necessariamente ser transformado, o que significa dizer que, internamente, o Estado só cumprirá a norma a que se vinculou internacionalmente por algum instrumento dimanado de seu Direito Interno.” (GALINDO, 2002, p. 30).

Nesse sentido, o direito produzido pela OMS

*é a priori* um direito de coordenação das atividades normativas dos Estados-membros em matéria de saúde, mas não necessariamente um direito de harmonização, e ainda menos de unificação, pois a OMS não está habilitada a propor, e menos ainda a impor, uma legislação sanitária modelo (BÉLANGER, 2009, p. 13).

A organização tem sido tímida no exercício de sua função normativa tradicional. Até aqui, editou apenas um regulamento importante (Regulamento Sanitário Internacional – RSI) e uma convenção (Convenção-Quadro para a Luta Antitabaco). Pode-se dizer que a OMS se distanciou de sua competência de fazer o direito porque se apresentou principalmente como uma agência científica e técnica<sup>88</sup> (GOSTIN, 2007, p. 226).

Para além da normatividade tradicional, a organização poderá fazer recomendações aos Estados-membros a respeito de qualquer assunto dentro de sua competência, conforme autoriza o art. 23 de sua Constituição. Ela tem alcançado êxito em seu poder de definir padrões técnicos e de influenciar mudanças de práticas. O Código de Prática Mundial para o Recrutamento Internacional do Pessoal de Saúde e a Classificação Internacional de Doenças – CID demonstram a permeabilidade nacional das normas produzidas pela OMS (VENTURA, 2013, p. 100-104). A produção normativa técnica adota o mecanismo do *opting out*, de acordo com o qual um Estado pode manifestar sua intenção de não aplicar determinada norma (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 49). Ao contrário, o silêncio equivale a sua aceitação.

O fato de a normatividade técnica constituir *soft law* não lhe confere neutralidade de interesses (políticos, econômicos etc.). Os parâmetros para a definição de uma doença, por exemplo, não são puramente objetivos. O método para qualificar um fenômeno biológico como patológico não é capaz de anular a subjetividade do seu objeto, “que não é tanto um fato, mas, sobretudo, um valor” (CANGUILHEM, 2009, p. 93). Em outras palavras, o conceito empírico de uma doença guarda relação com o conceito axiológico da doença. A esse respeito, basta relembrar alguns aspectos polêmicos da CID quanto à classificação de distúrbios mentais e de comportamento, assim como a “fabricação” de doenças pela indústria farmacêutica (VENTURA, 2013, p. 105). A tecnicidade não equivale à apoliticidade, nem mesmo o *soft law* é um discurso livre dos jogos políticos.

---

<sup>88</sup> Os perigos da pretensa apoliticidade do discurso sanitário foram abordados no Capítulo Segundo.

Em que pese a ambiciosa definição de saúde, bem como o seu extenso mandato, a OMS tem se esquivado do direito internacional desde sua criação. A organização tem sido fortemente criticada por preferir critérios estritamente técnicos para alcançar os objetivos referentes à saúde global. Esse afastamento do direito internacional – caracterizado a partir do pós-Guerra Fria - não é acidental, mas reflete uma perspectiva particular na formulação e na implementação de políticas internacionais de saúde (AGINAM, 2005, p. 22).

Nas primeiras duas décadas de sua criação, a OMS centralizou-se na aplicação de conhecimento técnico para o controle de doenças infecciosas. Nos anos 1980, a OMS começou a refletir as mudanças político-econômicas no cenário internacional<sup>89</sup>, principalmente a reivindicação pelos países em desenvolvimento de uma Nova Ordem Econômica Internacional e de novas abordagens de desenvolvimento (CLIFT, 2013, p. 7). A repercussão dessas novas demandas redundou em uma maior assistência técnica aos países em desenvolvimento e em uma nova orientação para a promoção de saúde básica. Reconheceu-se ser fundamental uma reestruturação social e econômica mais ampla da atuação da OMS para atender às aspirações dos referidos países, assim como a necessidade de a promoção de saúde ir muito além da simples prestação de serviços. Foi o período de uma abordagem mais ativista da organização – inclusive com a confrontação de interesses de atores poderosos, como a indústria farmacêutica (CLIFT, 2013, p. 7)<sup>90</sup>.

Os anos 1990 foram marcados por algumas preocupações acerca do funcionamento do sistema onusiano. No que tange à OMS, eram motivo de preocupação temas (ainda atuais) como o crescente financiamento de programas por meio de doações voluntárias em lugar de recursos provenientes da Assembleia Mundial da Saúde, o aumento da ênfase em assistência técnica em detrimento de sua função normativa e analítica, entre outros (CLIFT, 2013, p. 7-8).

---

<sup>89</sup> A ingerência do Banco Mundial na área de saúde pública se deu basicamente de duas maneiras: 1) por meio do *Health Sector Policy Paper* de 1980, passou a liderar o setor, superando em pouco tempo o orçamento da OMS; 2) lançou os empréstimos para ajustamento estrutural, o que gerou uma série de controvérsias a respeito de seus impactos orçamentários nas áreas sociais, incluindo a saúde (CLIFT, 2013, p. 7).

<sup>90</sup> É interessante registrar a resistência dos países industrializados – em especial, dos Estados Unidos – ao eventual acolhimento das demandas terceiro-mundistas. O principal argumento para isso era a necessidade de se evitar a “politização” da instituição a fim de se manter como órgão somente técnico. Por exemplo, o lançamento em 2000 da campanha *Saúde para todos*, com ênfase na saúde primária, foi interpretada como uma resposta à pressão dos países em desenvolvimento, sendo que a americana Fundação Heritage chegou a lançar um estudo intitulado *A OMS: resistindo às pressões ideológicas do Terceiro Mundo* (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 52). Como forma de minar a ingerência do Terceiro Mundo, os Estados Unidos aplicaram à organização a lógica neoliberal, determinando a política de zero crescimento real do orçamento da OMS na década de 1980 e zero crescimento nominal na década de 1990. (CHOREV, 2012)



O período de 1998 a 2003 é conhecido como “os anos Brundtland”, uma vez que a direção da OMS foi assumida pela Dra. Gro Harlem Brundtland. Ela identificou duas funções básicas da organização. A primeira era o combate de doenças, o aconselhamento de boas práticas, o estabelecimento de normas e de padrões e o apoio à pesquisa e ao desenvolvimento (CLIFT, 2013, p. 8). A segunda dizia respeito à promoção da saúde como o centro da agenda de desenvolvimento, como solução para a redução da pobreza. Brundtland lutou pelo fortalecimento da unidade da OMS e de parcerias entre os Estados-membros, outras partes interessadas, bancos de desenvolvimento, organizações não governamentais e o setor privado. Sua principal contribuição foi reformular a reputação internacional da OMS e inserir a saúde como parte de uma agenda mais ampla de desenvolvimento (CLIFT, 2013, p. 8). Embora tenha logrado êxito em atrair recursos extraordinários, não houve um crescimento do orçamento regular da OMS, o que constitui um ponto crítico até hoje. A tentativa de alinhar os escritórios regionais também não foi bem sucedida.

Muitas são as críticas a respeito da atuação da OMS na governança da saúde global, sobretudo em razão da amplitude de suas atribuições, de suas ambiciosas metas, de sua atuação prática e de suas possibilidades de intervenção nos Estados-membros. “Crise” e “reforma” parecem ser duas constantes em sua existência. Os principais elementos de crise na instituição se referem à erosão do seu protagonismo, à escassez e à natureza do seu financiamento, aos conflitos de interesse dos especialistas, às dificuldades de comunicação e aos problemas de governança interna. (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 51). Desses aspectos, apenas os três primeiros serão brevemente comentados no presente tópico em virtude de sua maior pertinência com o objeto da pesquisa.

A partir do ano de 2010<sup>91</sup>, a OMS iniciou um processo de reforma em resposta às inúmeras críticas à gestão financeira da instituição<sup>92</sup>, decorrentes de uma consulta informal feita pela Direção-Geral aos Estados-membros e aos Comitês Regionais (VENTURA, 2013, p. 109). A

---

<sup>91</sup> Não obstante os documentos oficiais da OMS façam referência ao ano de 2010, há controvérsia sobre essa data. Isso porque os termos “reforma da OMS” e “mudança da OMS” praticamente desapareceram da pauta das Assembleias Mundiais de Saúde na gestão Brundtland, embora as modificações estivessem em pleno curso (VENTURA; PEREZ, p. 64). Assim, pode-se dizer que adaptações e mudanças estão presentes desde 1990.

<sup>92</sup> A reforma pretende abordar três problemas fundamentais: 1) o papel da OMS em relação a outros atores na área de saúde internacional; 2) a sobrecarga de compromissos assumidos pela OMS; 3) a inabilidade da organização de responder de forma suficientemente ágil a desafios novos (World Health Organization. *Future of financing for WHO*. Report by the Director-General, EB 128/21, 2010). Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB128/B128\\_21-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_21-en.pdf)

questão do financiamento da organização é um ponto central na reforma institucional. A preocupação se refere à redução persistente das contribuições fixas<sup>93</sup> para a organização, sendo que as contribuições voluntárias<sup>94</sup> geralmente são destinadas a programas específicos, aos quais ficam vinculadas (VENTURA, 2013, p. 114-115). Os significativos aportes financeiros vindos de doadores são preocupantes na medida em que expõem a organização a interesses eventualmente divergentes e/ou conflitantes com seus objetivos programáticos. Isso se dá em especial porque o investimento específico – em lugar do investimento em caráter geral – permite a definição de prioridades próprias e a formação de comitês diretores próprios para cada programa, compostos essencialmente pelos países doadores (DEVEAUD; LEMENNICIER, 1997, p. 41). Na prática, um número pequeno de doadores ricos exerce considerável influência na definição da agenda da saúde global, sem necessariamente corresponder às necessidades e às preferências locais (GOSTIN, 2007, p. 225). Esse é um ponto de extrema vulnerabilidade na organização.

Por outro lado, a autoridade da OMS de dirigir e de coordenar as ações internacionais de saúde pública tem sido desafiada, sobretudo pelo aumento expressivo de novas iniciativas e instituições na área. São exemplos disso a entrada do Banco Mundial no setor nos anos 1980; a criação de novas organizações para tratar de doenças específicas, como UNAIDS<sup>95</sup>, Aliança GAVI (antiga Aliança Global para Vacinas e Imunização)<sup>96</sup>, o Fundo Global para o Combate à AIDS, Tuberculose e Malária<sup>97</sup> e UNITAID<sup>98</sup>, além de novas parcerias público-privadas (CLIFT,

---

<sup>93</sup> “[E]stima-se que, atualmente, entre as receitas fixas, as contribuições dos Estados-membros constituam menos de 20% das receitas” (VENTURA, 2013, p. 114).

<sup>94</sup> Sobre as contribuições voluntárias, Deisy Ventura noticia: “Com efeito, as contribuições voluntárias provêm de alguns Estados-membros que desejam financiar iniciativas precisas, mas também de fundações filantrópicas e do setor privado (inclusive de laboratórios farmacêuticos). No biênio 2010-2011, por exemplo, a Fundação Bill Gates foi a maior doadora voluntária de fundos à OMS (US\$ 446.161.801), sobrepujando até mesmo as contribuições voluntárias dos Estados Unidos (US\$ 438.285.683).” (VENTURA, 2013, p. 115).

<sup>95</sup> O UNAIDS é uma parceria que encoraja, mobiliza e apoia países para alcançar o acesso universal a prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV. Reúne recursos do Secretariado do UNAIDS e de 11 agências das Nações Unidas em esforços coordenados e especializados para unir o mundo contra a AIDS. As agências copatrocinadoras do UNAIDS são: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/agencia/un aids/>>.

<sup>96</sup> GAVI é uma parceria público-privada comprometida em salvar as vidas de crianças e em proteger a saúde das pessoas por meio do crescimento do uso igualitário das vacinas em países de baixa renda. A Aliança reúne países desenvolvidos, a OMS, o UNICEF, o Banco Mundial, a indústria de vacinas, agências técnicas, a Fundação Bill & Melina Gates e outros parceiros do setor privado. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/measles-children-death/en/>>

<sup>97</sup> O Fundo Global é uma organização fundada em 2002 para acelerar a erradicação da AIDS, tuberculose e malária, enquanto epidemias. Resulta da parceria entre governos, sociedade civil, setor privado e pessoas afetadas por essas doenças. Disponível em: < <http://www.theglobalfund.org/en/overview/>>

<sup>98</sup> UNITAID busca novos meios de prevenir, diagnosticar e tratar a AIDS, a tuberculose e a malária, de forma menos dispendiosa e mais rápida e efetiva. Foi estabelecida em 2006 pelo Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido a

2013, p. 6). Assim, a partir do século XXI, tem-se a forte presença do setor privado industrial e comercial (indústria farmacêutica e as fundações filantrópicas<sup>99</sup>).

Esses novos atores internacionais contribuíram para a diminuição da liderança da OMS, uma vez que originalmente predominava na saúde internacional a ação dos Estados e a coordenação por meio daquela instituição.

Diante dessa dinâmica internacional, a OMS foi compelida a se reposicionar nos papéis de coordenação, planejamento estratégico e liderança de iniciativas de saúde global. Ao longo das últimas décadas<sup>100</sup>, a organização oscilou seus esforços em ações de erradicação da malária, em campanhas verticais<sup>101</sup> contra doenças, em ações de atenção primária à saúde<sup>102</sup> (posteriormente transformadas no conceito de “atenção primária seletiva à saúde”), até que, na década de 1990, tentou assumir o direcionamento de questões emergentes afetas à saúde global. Sempre houve tensões no interior da OMS entre as abordagens social e econômica da saúde da população e a abordagem focada em tecnologia e doenças<sup>103</sup> (BROWN et al., 2006, p. 631).

Não obstante a reforma em curso e as reelaborações empreendidas, a credibilidade da OMS na governança da saúde global continua a ser bastante questionável<sup>104</sup>, sobretudo no que se refere às mencionadas formas de financiamento, ao estabelecimento de prioridades e à capacidade de reação efetiva a eventos emergenciais de relevância internacional. A maior parte dos recursos financeiros é destinada a eventos de alta visibilidade e de forte apelo emocional, como desastres naturais ou doenças de potencial rápida transmissão, o que redundando no desvirtuamento de prioridades e na falta de investimento em sistemas locais de saúde pública

---

fim de prover uma abordagem inovadora em saúde global. Disponível em: < <http://www.unitaid.eu/en/who/about-unitaid>>

<sup>99</sup> Dominique Kerouedan critica o apoio das fundações filantrópicas, nos seguintes termos: “*Nós poderíamos seriamente qualificar de filantropia, isto é, ‘amor dos homens’, uma ação que ama apenas alguns, e somente aqueles que são percebidos como ameaças para os outros, e preferencialmente para os mais ricos do planeta?*” (KEROUEDAN, 2016, p. 63).

<sup>100</sup> Para um maior detalhamento das mudanças históricas sofridas pela OMS, ver BROWN et al., 2006, pp. 640-641.

<sup>101</sup> Ações especializadas e centradas no saber médico.

<sup>102</sup> Entre esses outros aspectos, essa abordagem privilegia o treinamento de trabalhadores comunitários de saúde e a resolução de problemas econômicos e ambientais básicos (BROWN et al., 2006, p. 632). Posteriormente foi apresentado o conceito alternativo de “Atenção primária seletiva à saúde”, fundamentado sobre a noção de intervenções pragmáticas e de baixo custo, limitadas em seu escopo e facilmente monitoradas e avaliadas.

<sup>103</sup> Essas abordagens não são necessariamente contraditórias, embora tenham estado em frequente disputa. Em resumo, a abordagem social e econômica defende a saúde como produto de um crescimento socioeconômico integral de longo prazo, enquanto a outra abordagem está fundamentada no ataque de doenças com intervenção tecnológica de curto prazo (BROWN et al., 2006, p. 631).

<sup>104</sup> Deisy Ventura e Fernanda Aguilar Perez destacam, inclusive, “*a ausência, nos documentos estudados, de propostas de criação de mecanismos de transparência e prestação de contas capazes de restabelecer a credibilidade da Organização*” (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 26).

(GOSTIN, 2007, p. 225). As referidas contribuições voluntárias favorecem a destinação dos recursos segundo motivações politicamente populares, em lugar de prevalecerem as ações que mais contribuam para a promoção de saúde global.

Na realidade, o financiamento externo também pode ameaçar a autoridade e a independência da OMS. O alto volume de financiamento mobilizado pelas fundações privadas e pelo governo norte-americano faz com que tais atores ditem a política sanitária mundial, definindo as diretrizes e as prioridades da saúde global, independentemente das prioridades epidemiológicas e sanitárias dos países (KEROUEDAN, 2016, p. 67). Os dirigentes das instâncias públicas e privadas

escolhem, na prática, as pessoas e os pacientes que podem ser salvos, conforme as ameaças e os riscos que esses pacientes representam (ou não) para as populações e a segurança das nações ricas – é o que se pode deduzir dos relatórios do Conselho Nacional de Inteligência dos Estados Unidos (NIC, 2000<sup>105</sup>, 2002<sup>106</sup>, 2003<sup>107</sup>, 2008<sup>108</sup>). (KEROUEDAN, 2016, p. 70-71)

Em suma, as decisões de financiamento orientam as políticas sanitárias, sendo que um dos efeitos disso é a distorção sobre os sistemas locais de saúde. Assim, as condutas sanitárias internacionais costumam ser descoordenadas e, por vezes, conflitam com medidas governamentais locais. As controvérsias e os conflitos em torno de questões financeiras expõem a frequente fragilidade orçamentária da OMS, o que se torna preocupante em termos dos requisitos caracterizadores de uma organização internacional. A independência orçamentária se reflete na sua capacidade de atuação, o que lhe confere uma distinção ontológica de autonomia em relação a seus membros (RESENDE, 2010, p. 44). Aliás,

[d]o ponto de vista estritamente jurídico, a independência é tratada, no âmbito das organizações internacionais, como o atributo por excelência dos funcionários internacionais em relação aos Estados-membros das organizações, já elevado à condição de princípio geral de direito, ou mesmo de costume constitucional, em razão de seu duplo fundamento: convencional (ou seja, previsto pelas cartas constitutivas das organizações e por outros tratados) e costumeiro (isto é, reconhecido pela doutrina

---

<sup>105</sup> Disponível em: [https://www.dni.gov/files/documents/infectiousdiseases\\_2000.pdf](https://www.dni.gov/files/documents/infectiousdiseases_2000.pdf)

<sup>106</sup> Disponível em:

[https://www.dni.gov/files/documents/Special%20Report\\_The%20Next%20Wave%20of%20HIV\\_AIDS.pdf](https://www.dni.gov/files/documents/Special%20Report_The%20Next%20Wave%20of%20HIV_AIDS.pdf)

<sup>107</sup> Disponível em:

[https://www.dni.gov/files/documents/Special%20Report\\_SARS%20Down%20But%20Still%20a%20Threat.pdf](https://www.dni.gov/files/documents/Special%20Report_SARS%20Down%20But%20Still%20a%20Threat.pdf)

<sup>108</sup> Disponível em: [https://www.dni.gov/files/documents/Special%20Report\\_ICA%20Global%20Health%202008.pdf](https://www.dni.gov/files/documents/Special%20Report_ICA%20Global%20Health%202008.pdf)

jurídica e estabelecido na prática internacional da maioria dos Estados. (VENTURA, 2013, p. 220-221)

No que diz respeito à agilidade e à efetividade de resposta a situações emergenciais, episódios recentes demonstraram as falhas da OMS. A pandemia de gripe A (H1N1), ocorrida entre 2009 e 2010, foi responsável pelo agravamento da crise da organização, conferindo-lhe uma dimensão inédita. Denúncias de conflito de interesses dos especialistas da OMS, e até mesmo de que nunca houvera uma verdadeira pandemia, encontraram eco no meio científico e na mídia da maior parte dos países (VENTURA, 2013, p. 209). Os principais questionamentos giraram em torno da falta de transparência a respeito da gestão da emergência sanitária, assim como sobre o possível envolvimento da OMS com os propósitos da indústria farmacêutica. O *British Medical Journal* denunciou que alguns consultores da instituição teriam sido financeiramente recompensados pela indústria farmacêutica pela recomendação do uso dos antivirais – como o Tamiflu, da Roche, ou o Relenza, da GlaxoSmithKline – ou pela defesa da necessidade de compra de vacinas, sem que a OMS mencionasse declarações de interesse ou outras informações sobre seus vínculos com a referida indústria farmacêutica (COHEN; CARTER, 2010, p. 6-12).

À época, a organização manifestou-se sobre o assunto, nos seguintes termos<sup>109</sup>:

WHO is aware of some concerns, expressed in the media, that ties with the pharmaceutical industry among experts on the Organization's advisory bodies may influence policy decisions, especially those relating to the influenza pandemic... Given the discrepancy between what was expected and what has happened, a search for ulterior motives on the part of WHO and its scientific advisers is understandable, though without justification. (OMS, 2009)

No caso da epidemia de Ebola, a reação da OMS foi tardia<sup>110</sup>. Embora o começo do surto tenha ocorrido em dezembro de 2013, a epidemia de Ebola foi declarada emergência sanitária de relevância global apenas em agosto de 2014, quando já havia 1070 casos confirmados, com 932 mortes<sup>111</sup>. Muitas vidas se foram antes que houvesse uma tomada de decisão pela organização

---

<sup>109</sup> OMS, “*WHO use of advisory bodies in responding to the influenza pandemic*”, Pandemic (H1N1) 2009 briefing note n. 19, Genebra, 3/12/2009. Disponível em: < [http://who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing\\_20091203/en/](http://who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091203/en/)>

<sup>110</sup> A questão de financiamento também se mostrou crítica. Deisy Ventura afirma: “*Une étude a révélé que, jusqu'au 31 décembre 2014, les donateurs avaient promis un total de 2,89 milliards de dollars US pour soutenir, mais que seulement 1 milliard avait été effectivement versé, les premiers 500 millions de dollars d'aide n'étant arrivé qu'en octobre.*” (VENTURA, 2015, p. 216).

<sup>111</sup> Declaração da Diretora-Geral da OMS disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>>

internacional. A demora da resposta não foi deliberada. Várias questões políticas estiveram envolvidas<sup>112</sup>. O resultado da decisão de esperar para agir impôs extremo sofrimento às populações locais. Os sistemas de saúde locais eram minimamente capacitados, não tiveram como suportar a demanda. O fardo recaiu sobre países menos desenvolvidos, depositários de muitas heranças coloniais.

É certo que a OMS não vive apenas de erros e fracassos. Há diversas ações bem-sucedidas em termos de saúde global, como, por exemplo, a erradicação da varíola em 1979. Tal fato resultou de uma grande campanha organizada pela OMS, que, entre outras medidas, aumentou o financiamento para a produção de imunizantes nos países endêmicos. O sucesso do programa impactou os sistemas nacionais de saúde, na medida em que gerou otimismo quanto à possibilidade de erradicação de doenças e evidenciou a necessidade de fortalecer os serviços básicos de saúde (MUNIZ, 2011, p. 700).

Não se está a negar os sucessos da governança global por meio da OMS. Contudo, de um modo geral, a reforma da OMS é pouco ambiciosa. Concentra-se em aspectos técnicos e gerenciais em lugar de abordar as questões políticas comprometedoras de seu desempenho na governança da saúde global. Há necessidade premente de solucionar – ou equalizar - o problema do financiamento externo e da diminuição das contribuições fixas. A fragilidade decorrente dessa situação possui desdobramentos perversos, especialmente no que se refere à independência e à transparência da OMS para gerir situações de crise sanitária. Uma instituição técnica e politicamente mais independente possui maiores condições de promover a saúde de maneira mais igualitária ou menos desigual entre Primeiro e Terceiro Mundo.

O caminho a ser percorrido nessa direção não é fácil nem a solução é certa. Tratar da questão financeira é apenas um dos passos. Os Estados-membros da União Sul-Americana de

---

<sup>112</sup> Sobre as possíveis motivações da OMS, Jessica Pearson-Patel afirma: “*Criticism of the WHO’s inaction has focused on the decision to hold off on declaring the epidemic a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), a declaration that comes with legally binding recommendations for the 194 member countries and can help to facilitate a coordinated global response. In internal emails and memos from June 2014, senior officials in the WHO cited fears of disrupting African economies, interfering with the pilgrimage of African Muslims to Mecca, and the pressure that such a declaration would have on the already-overextended WHO emergency response services, who were in the midst of dealing with a resurgence of polio and the spread of Middle East Respiratory Syndrome (MERS). (The resurgence of polio was declared a global health emergency in late spring, while MERS was not given this designation.) Dr. Michael Osterholm, a disease expert at the University of Minnesota, likened the decision to not declare the outbreak an international health emergency to ‘saying you don’t want to call the fire department because you’re afraid the trucks will create a disturbance in the neighbourhood.’*” Disponível em: <http://www.bbk.ac.uk/reluctantinternationalists/blog/lessons-from-the-ebola-epidemic-the-failures-of-global-public-health-from-colonial-to-contemporary-africa/>

Nações (UNASUL), durante a 65ª Assembleia Mundial da Saúde, defenderam uma reforma mais ampla e profunda (VENTURA, 2013, p. 119). Nessa oportunidade, a diplomacia brasileira criticou a pressa na condução do assunto e a retirada da expressão “saúde e desenvolvimento” dos documentos da reforma (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 68-69). A UNASUL, por meio do sanitarista brasileiro Paulo Buss, denunciou que a produção social da saúde foi desconsiderada na proposta de prioridades de atuação da OMS, sendo necessária a criação de uma categoria prioritária que abarcasse os temas saúde, desenvolvimento e determinantes sociais da saúde (VENTURA, 2013, p. 120-121).

Apesar de todas essas críticas, a OMS é a única entidade no cenário internacional capaz de liderar as iniciativas de saúde correspondentes aos interesses da maioria das populações (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 71). Isso porque, conforme previsto no art. 2º de sua Constituição, ela possui autoridade para dirigir e coordenar a saúde pública internacional, bem como para estabelecer e manter efetiva cooperação com a ONU, as agências especializadas, as administrações sanitárias governamentais, grupos profissionais e outras organizações que considerar pertinentes. Assim, cumpre examinar como a organização atua no combate às grandes patologias e na vigilância epidemiológica.

### 3.2. A gestão de situações de epidemia por meio do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)

O atual Regulamento Sanitário Internacional (RSI) foi adotado pela OMS por meio de Resolução<sup>113</sup> da 58ª Assembleia Mundial da Saúde em 2005 e entrou em vigor em 2007<sup>114</sup>. É o principal instrumento de vigilância epidemiológica da OMS, o qual prevê direitos e obrigações dos Estados relativos à organização sanitária, à regulamentação de transportes internacionais e às medidas para evitar a propagação de enfermidades. Conforme o art. 22 da Constituição da OMS, o RSI dispensa procedimentos de incorporação às ordens jurídicas nacionais, uma vez que utiliza a técnica do *opting out* (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 49). Assim, não terá nenhum efeito qualquer rejeição ou apresentação de reservas após o término do prazo previsto para tanto (RSI, art. 59).

O propósito e a abrangência do Regulamento, segundo seu art. 2º, são

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

Tal Regulamento tem por alvo acontecimentos de impacto na saúde pública internacional, que vão além das infecções clássicas do século XIX (cólera, febre amarela e peste) e abarcam surtos de outras doenças que possam ser classificados como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (LAKOFF, 2010, p. 62). Mais do que as enfermidades em si mesmas<sup>115</sup>, o novo Regulamento acolhe um conceito mais abrangente de emergência sanitária,

---

<sup>113</sup> WHO, WHA 58.3, Genebra, 23/5/2005. Disponível em: <http://www.who.int/csr/ihr/WHA58-en.pdf>. A versão em português foi aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 395/2009, publicado no Diário Oficial da União de 10/07/09, p.11.

<sup>114</sup> Todavia, há um déficit de implementação do RSI. “*Em novembro de 2014, 64 Estados Partes indicaram à OMS que as normas mínimas concernentes às capacidades nacionais do RSI (2005) haviam sido respeitadas (32,65%); 81 Estados Partes solicitaram um segundo prazo suplementar para fazê-lo, até 2016 (41,33%); 48 Estados Partes não se manifestaram (24,48%)*” (VENTURA, 2016, p. 3).

<sup>115</sup> Consta do Anexo 2 do RSI algumas doenças automaticamente notificáveis como eventos que podem constituir ESPII. São elas: varíola, poliomielite por poliovírus selvagem, influenza humana por novo subtipo viral, Síndrome respiratória aguda grave (SARS), cólera, peste pneumônica, febre amarela, febres hemorrágicas virais (Ebola, Lassa, Marburg), febre do Nilo Ocidental e outras doenças de particular interesse nacional ou regional (p. ex. dengue, febre do Vale de Rift, e doença meningocócica).



não limitado à ocorrência de doenças transmissíveis. Os eventos podem contemplar também problemas de saúde de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais, como terremotos, inundações ou secas (CARMO et al., 2008, p. 21). Essa concepção ampla de eventos emergenciais restou expressa também no Relatório da Saúde Mundial de 2007, que tratou de segurança sanitária global no século XXI<sup>116</sup>. Apesar de a terminologia referente à “segurança sanitária global” não aparecer explicitamente no RSI, este regulamento está intrinsecamente ligado ao referido Relatório (RUSHTON, 2011, p. 787)<sup>117</sup>.

O RSI foi elaborado, portanto, sobre o conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional<sup>118</sup>. Conforme o art. 1º do RSI, a ESPII representa um evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública dos outros Estados, devido à propagação internacional da doença, e que potencialmente exige uma resposta internacional coordenada. A avaliação e a notificação de situações que possam constituir uma ESPII seguirão um protocolo de decisão contido no Anexo 2 do RSI, segundo o qual a resposta afirmativa a duas das perguntas elencadas imporá ao Estado o dever de notificar a OMS, em até 24 (vinte e quatro) horas após a avaliação<sup>119</sup>. A partir de então, nos termos do art. 12 do RSI, o Diretor-Geral da OMS poderá declarar a ocorrência do evento emergencial, após a oitiva do Comitê de Emergências. Tal declaração levará em conta o parecer do referido Comitê, os princípios e as evidências científicas, ou outras informações relevantes disponíveis, e uma avaliação do risco para a saúde humana, do risco de propagação internacional da doença e do risco de interferência com o tráfego internacional (VENTURA, 2013, p. 176).

As opiniões sobre o novo RSI se dividem. Com mais de dez anos de sua criação, o regulamento tem sido alvo de criticismo, especialmente depois da epidemia de Ebola na África Ocidental (GOSTIN et al., 2015, p. 2222). Os propósitos e os efeitos da abertura do sistema de vigilância sanitária da OMS para outros eventos emergenciais ainda são controversos. Talvez isso

---

<sup>116</sup> Disponível em: [http://www.who.int/whr/2007/whr07\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2007/whr07_en.pdf).

<sup>117</sup> Contudo, a Agenda da Segurança Sanitária Global se distingue por constituir uma parceria multilateral focada na prevenção, detecção e resposta a surtos naturais, acidentais ou intencionais de doenças, que opera fora do âmbito do RSI (GOSTIN et al., 2015, p. 1).

<sup>118</sup> Deisy Ventura considera que a utilização do conceito de ESPII como “pedra angular” do RSI evidencia “*um novo direito de emergência, ramo tanto do direito internacional da saúde como dos direitos internos*” (VENTURA, 2013, p. 155).

<sup>119</sup> As perguntas são as seguintes: 1) As repercussões do evento sobre a saúde pública são graves?; 2) O evento é habitual ou inesperado?; 3) Há um risco importante de propagação internacional?; 4) Há um risco importante de restrição a viagens internacionais ou ao comércio internacional?

se deva em parte às poucas vezes em que ele foi aplicado<sup>120</sup>. Houve uma mudança significativa com a previsão de combate à ESPII em lugar de combate a doenças específicas, com ênfase na ideia de “ameaça” (VENTURA; PEREZ, 2014, p. 57).

A esse respeito, é interessante notar o processo de conversão dos temas de saúde pública em problemas de segurança. O caso mais recente<sup>121</sup> foi a Resolução nº 2.177 (2014) do Conselho de Segurança da ONU<sup>122</sup>, que considerou a epidemia de Ebola como uma ameaça à paz e à segurança internacionais<sup>123</sup>. Criou-se uma missão sanitária de urgência, chamada “Missão das Nações Unidas para a luta contra o Ebola” (MINAUCE), que assumiu todos os esforços do sistema onusiano na região atingida pela epidemia. Embora fosse encarregada da resposta técnica ao assunto, a OMS foi pontualmente destituída da condição de autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde que lhe foi atribuída pelos Estados-membros (VENTURA, 2016, p. 1).

A missão - que encontrou dificuldades de financiamento internacional<sup>124</sup> - constitui uma inovação no âmbito da ONU, pois não é uma operação de paz nem uma missão política. Embora a relação entre segurança e saúde global não seja novidade, a mencionada Resolução do Conselho de Segurança da ONU representa uma tendência de securitização das questões de saúde pública, o que abre as portas para a realização de operações militares na área afetada<sup>125</sup>. Mais do que isso,

---

<sup>120</sup> A primeira aplicação do RSI ocorreu na epidemia do vírus A (H1N1), em 25 de abril de 2009, quando a OMS declarou se tratar de uma ESPII ([http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1\\_20090425/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/en/)). A segunda ESPII a ser declarada, em 05 de maio de 2014, foi epidemia de poliovírus selvagem (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/en/>), seguida da epidemia de Ebola, em 08 de agosto de 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>). A quarta aplicação do RSI ocorreu em 1º de fevereiro de 2016, com a classificação do vírus Zika e sua associação com a microcefalia como ESPII (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/>).

<sup>121</sup> A pandemia de AIDS na África, a partir dos anos 1990, também constitui um exemplo de securitização da saúde pública. Em janeiro de 2000, o Conselho de Segurança da ONU, pela primeira vez em sua história, inscreveu a AIDS na ordem do dia de suas reuniões com o intuito de obter uma mobilização internacional sem precedentes, o que ensejou diversas resoluções sobre o tema. (KEROUEDAN, 2013, p. 34-35).

<sup>122</sup> Disponível em: < [<http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=S/RES/2177\(2014\)>](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177(2014))

<sup>123</sup> Na contramão da conceituação da epidemia de Ebola como uma ameaça à paz, dois Estados – Brasil e Colômbia – não concordaram em tratar a situação dessa maneira (HOOD, 2015, p. 9). No Conselho de Segurança, em debate anterior à aprovação da Resolução nº 2.177, o Brasil afirmou: “*We recognize the disease’s potential to destabilize fragile situations in Liberia, Guinea and Sierra Leone and spread far beyond the affected countries. However, we underline the need to treat the outbreak first and foremost as a health emergency and a social and development challenge rather than a threat to peace and security.*”

<sup>124</sup> Deisy Ventura comenta: “*Une étude a révélé que, jusqu’au 31 décembre 2014, les donateurs avaient promis un total de 2,89 milliards de dollars US pour soutenir, mais que seulement 1 milliard avait été effectivement versé, les premiers 500 millions de dollars d’aide n’étant arrivé qu’en octobre.*” (VENTURA, 2015, p. 216).

<sup>125</sup> Os Estados Unidos enviaram em torno de 4.000 soldados para os países mais atingidos pela epidemia. Disponível em: < [https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2014/09/30/the-u-s-military-forces-fighting-the-war-on-ebola/?utm\\_term=.395cb8a6bfe3](https://www.washingtonpost.com/news/to-your-health/wp/2014/09/30/the-u-s-military-forces-fighting-the-war-on-ebola/?utm_term=.395cb8a6bfe3)>

a securitização da saúde pode exigir medidas excepcionais e procedimentos técnicos ou burocráticos que provavelmente escaparão ao escrutínio democrático, sobretudo por sua urgência, com amplas repercussões na esfera política (VENTURA, 2016, p. 1).

O simples deslocamento de um assunto da Assembleia Mundial da OMS – composta por 196 países, todos com direito a voto<sup>126</sup> – para o Conselho de Segurança da ONU – composto por apenas 15 membros, dos quais 5 são permanentes<sup>127</sup> - reduz sobremaneira a legitimidade da decisão tomada na esfera da saúde global. Apesar das críticas até aqui feitas, a composição ampla da OMS contribui para ela seja um ambiente mais propício para dar voz a interesses sanitários periféricos na sociedade internacional. Além disso, a securitização dos temas de saúde pública dificulta o combate à epidemia, na medida em que gera o risco de disseminação de pânico pelos meios de comunicação e a estigmatização dos profissionais da saúde e da população dos locais mais atingidos (VENTURA, 2016, p. 2).

David Fidler considera que o novo RSI constitui um marco na história da relação entre direito internacional e saúde pública, pois apresenta uma abordagem global da vigilância de doenças e uma resposta “radicalmente diferente de tudo previamente visto no direito internacional a respeito de saúde pública” (FIDLER, 2005, p. 392). A diferença fundamental do novo regulamento seria a defesa da necessidade de mudança de uma visão estatocêntrica – firmada em interesses econômicos imperiais ou paroquiais e em objetivos limitados de saúde pública – para uma estratégia de governança ampla, que considere de forma universal e flexível a multiplicidade de ameaças, de atores e de fins. A “promessa da segurança sanitária global” é que a governança das ameaças de doenças por meio do novo RSI pode subverter o regime clássico sanitário (FIDLER, 2005, p. 392).

Sem desmerecer as inovações trazidas pelo RSI, uma análise entusiasta de suas normas não parece ser a melhor postura. A cautela, a prudência e o espírito crítico devem acompanhar o internacionalista ao se deparar com regras pretensamente inovadoras e com propósitos globais. É crucial ater-se não apenas ao conteúdo normativo, mas, sobretudo, à interpretação e à aplicação do novo regramento sanitário. Embora a noção de ESPII amplie o rol de enfermidades justificadoras de uma ação conjunta dos Estados Partes da OMS, o RSI manteve a lógica

---

<sup>126</sup> Art. 59 de sua Constituição.

<sup>127</sup> Arts. 23 e 27 da Carta das Nações Unidas.

estatocêntrica das antigas conferências sanitárias em lugar de promover uma visão efetivamente global da saúde pública internacional (RUSHTON, 2011, p. 788).

O mote do Regulamento é proteger as fronteiras nacionais de ameaças sanitárias, de forma a não comprometer desproporcionalmente as viagens e o comércio internacionais. Nesse sentido, o regulamento se destina apenas às emergências de saúde pública “com repercussão internacional”. Para se enquadrar nas disposições do RSI, o evento deve ser incomum ou inesperado e/ou deve existir um risco de propagação internacional e/ou deve ser um risco para o comércio e viagens internacionais. Os elementos definidores de uma ESPII não são gravidade e letalidade efetivas, mas, sim, seu potencial alcance internacional (VENTURA, 2016, p. 2). Ficam excluídas as emergências sanitárias de alcance restrito ao âmbito doméstico<sup>128</sup>. Esse raciocínio soa incoerente no contexto de mútua vulnerabilidade na “aldeia global”, pois dificilmente eventos sanitários de significativa magnitude nacional não repercutirão – ainda que de forma indireta - em países e regiões adjacentes. Apesar de ser proclamado como instrumento de defesa da saúde global, o regulamento preocupa-se primeiramente com a defesa de países ocidentais da ameaça externa das enfermidades, ainda que esse objetivo não seja deliberado (RUSHTON, 2011, p. 789). Não importa que a doença exista, mas importa que ela não saia do “lugar onde deveria ter ficado” (VENTURA, 2016, p. 3).

A epidemia do Ebola ilustra bem a aplicação do RSI prioritariamente em prol dos interesses de países desenvolvidos. A cronologia (não exaustiva) dos fatos facilita a compreensão das decisões tomadas ou evitadas pela OMS. Conforme brevemente referido no tópico anterior, o vírus Ebola manifestou-se em um vilarejo de Guiné, em dezembro de 2013, espalhando-se nos meses subsequentes por outras partes do país. Em março de 2014, o vírus ultrapassou a fronteira em direção à Libéria e, dois meses depois, alcançou Serra Leoa. No início de junho de 2014, a doença crescia exponencialmente na África Ocidental, com a duplicação do número de casos a cada 20 a 30 dias. Em 1º de agosto de 2014, foram retirados da África os dois primeiros americanos contaminados, sendo levados para os Estados Unidos e tratados com êxito. Somente

---

<sup>128</sup> Conforme será detalhado adiante, a recente desclassificação da epidemia de Zika de emergência sanitária para “desafio de longo prazo para a saúde pública” (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/en/>) pode estar relacionada em parte à menor possibilidade de propagação internacional do vírus no momento, ou seja, à permanência do vírus nas áreas já afetadas. As consequências da saída do evento do âmbito normativo do RSI são bastante discutíveis. Alguns cientistas afirmaram que “*a medida é um erro e pode ‘secar’ de vez os recursos para as pesquisas sobre o vírus e a microcefalia*”. Disponível em: <<https://saudeglobal.org/2016/12/02/fim-da-emergencia-global-da-zika-foi-um-erro-dizem-cientistas/>>

em 8 de agosto de 2014, a OMS reconheceu que o surto de Ebola constituía um evento de saúde pública extraordinário, com séria possibilidade de disseminação internacional em virtude da agressividade do vírus, da facilidade de transmissão e da debilidade dos sistemas de saúde dos países afetados. A epidemia foi, então, oficialmente declarada<sup>129</sup>. Em seguida, mais estrangeiros foram diagnosticados com a doença<sup>130</sup> e deslocados para seus países de origem. A ESPII foi encerrada em 29 de março de 2016<sup>131</sup>. Foram 28.616 casos confirmados da doença e 11.310 mortes.

A resposta tardia da OMS evidenciou – entre outros aspectos - uma guinada na abordagem da epidemia de Ebola após a contaminação de europeus e americanos. A corrida às vacinas e aos tratamentos acelerou-se<sup>132</sup>. O eurocentrismo da mídia ajudou, mais informação circulou sobre os sete casos de Ebola notificados à OMS por países não africanos (com apenas uma morte)<sup>133</sup>, do que sobre os mais de 28.000 casos na África Ocidental (VENTURA, 2015, p. 202). A própria ESPII foi declarada apenas posteriormente ao anúncio dos estrangeiros contaminados. A estratégia da OMS custou a vida de muitos. Se o compromisso constitucional da OMS é com a saúde de “todos”, o que a levou a retardar tanto a deflagração do mecanismo de urgência sanitária, mesmo quando os pressupostos necessários para acionamento do RSI já estavam presentes? Apontar uma única resposta para uma questão complexa seria ingênuo e simplista. Contudo, a complexidade desse assunto não impede a constatação de aspectos mais evidentes.

Há, ainda, duas questões a serem pontuadas quanto ao RSI. A primeira se refere à importância da deflagração de uma ESPII diante de um quadro emergencial. É necessário perquirir o que representa estar sob a égide do Regulamento, o que muda em termos práticos e qual é o seu impacto na situação emergencial. A segunda diz respeito à delimitação das responsabilidades do governo local e da OMS perante uma crise sanitária. Trata-se de definir onde uma termina e a outra começa ou se há espaços de coexistência e colaboração.

---

<sup>129</sup> <<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/en/>>

<sup>130</sup> Para gráfico dos estrangeiros com ebola fora da África Ocidental, em 15/10/2014, ver: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/10/141015\\_ebola\\_eua\\_lab](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/10/141015_ebola_eua_lab)>

<sup>131</sup> <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208883/1/ebolaitrep\\_10Jun2016\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208883/1/ebolaitrep_10Jun2016_eng.pdf?ua=1)>

<sup>132</sup> Em 22 de dezembro de 2016, confirmou-se a produção de uma vacina eficiente contra o Ebola. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/ebola-vaccine-results/en/>>

<sup>133</sup> Foram quatro casos nos Estados Unidos e casos individuais na Espanha, na Itália e no Reino Unido (VENTURA, 2016, p. 2).

Diante de uma emergência sanitária de proporções globais, o acionamento do RSI significa acessar um regramento normativo com resposta rápida para situações de crise. Ele promove a ação coordenada entre Estados e facilita a mobilização de recursos financeiros para combater o evento emergencial. A declaração de ESPII é acompanhada de um conjunto de recomendações da OMS ao público em geral e a diferentes categorias de atores, que permitem racionalizar meios e providências (VENTURA, 2016, p. 2-3).

É claro que a OMS possui vários outros programas que cuidam da saúde global em situações não emergenciais, que se destinam a prover respostas sanitárias a médio e a longo prazos. Esses programas também se enquadram no objetivo maior de atentar para a saúde global. Todavia, não serão objeto de discussão no presente trabalho, pois a intenção é examinar a abordagem conferida pela OMS às situações emergenciais em relação aos interesses do Terceiro Mundo. Nesse caso, o instrumento jurídico aplicável é o RSI. A escolha das emergências sanitárias se justifica pelo fato de as crises trazerem à tona propósitos possivelmente obscurecidos nas práticas institucionais<sup>134</sup>. Por outro lado, a falta de uma análise ampla dos diversos programas da OMS não significa reconhecer que neles não haja constrangimentos desfavoráveis ao Terceiro Mundo ou que toda e qualquer atuação da OMS se encontra dirigida a beneficiar o norte global. Pretende-se apenas restringir a verificação desses aspectos às ações amparadas pelo RSI. Nesse intuito, o principal é ter em mente que, por trás da governança da saúde global, volta e meia se repete a lógica sanitária colonial.

No que diz respeito à responsabilidade perante uma emergência, tanto os Estados como a OMS possuem seu papel. O item 1 do art. 13 do RSI determina que cada Estado Parte da OMS deve desenvolver, fortalecer e manter as capacidades para uma resposta pronta e eficaz aos riscos para a saúde pública e a emergências em saúde pública de importância internacional. Entretanto, essa obrigação não exclui a responsabilidade da própria OMS de capacitar os Estados tanto para impedir a propagação de doenças infecciosas como para evitar a ocorrência de emergências de saúde pública por meio do solucionamento de questões sanitárias básicas.

Esse dever se encontra diluído ao longo do texto do RSI. O próprio dispositivo acima citado, por exemplo, estabelece que “a OMS colaborará na resposta a riscos para a saúde pública e a outros eventos, fornecendo orientações e assistência técnica e avaliando a eficácia das

---

<sup>134</sup> Os filósofos costumam apontar que a vocação de uma crise é destacar os pontos fracos de uma cidade (SLEDZIEWSKI, 2007, p. 36), no sentido de que os transtornos – de toda ordem – causados pela crise evidenciam as fragilidades da sociedade acometida pelo mal.

medidas de controle implementadas, incluindo a mobilização de equipes internacionais de peritos para assistência no local, quando necessário”. No mesmo sentido, o art. 44 determina que a OMS fornecerá ou facilitará a cooperação técnica e o apoio logístico aos Estados, além de mobilizar recursos financeiros para apoiar os países em desenvolvimento na construção, fortalecimento e manutenção das capacidades necessárias para a vigilância e para a resposta às emergências.

Disso se conclui que há uma necessária relação de colaboração entre os Estados – atuando tanto no âmbito do RSI como segundo a legislação nacional compatível - e a OMS para o enfrentamento de uma situação emergencial de saúde pública. Suas responsabilidades coexistem e são complementares. É importante destacar que o dever da OMS não se resume ao combate do evento em si, mas também ao combate das condições que lhe deram causa. Há um sério trabalho a ser feito sobre a prevenção de crises sanitárias, o fortalecimento dos sistemas locais de saúde pública e o investimento em infraestrutura sanitária básica.

No âmbito dessa responsabilidade compartilhada, há frequentemente uma tensão – e também um descompasso – entre as exigências internacionais e os objetivos contextualizados de saúde pública local. O RSI impõe, sobretudo aos países em desenvolvimento, a necessidade de investimentos significativos em seus sistemas domésticos de vigilância sanitária (RUSHTON, 2011, p. 789). Mesmo que essenciais para o funcionamento do sistema de vigilância sanitária global, tais investimentos podem estar dissociados das prioridades locais, o que leva à debilitação dos sistemas nacionais de saúde pública. Essa situação expõe a população a um risco sanitário maior, pois os serviços nacionais de saúde não estarão aptos a propiciar uma resposta rápida e eficaz a um evento emergencial. A intervenção internacional visando meramente a contenção da emergência sanitária, sem considerar a melhoria do sistema de saúde pública local, constitui “um jogo perverso que, sob o manto das boas intenções, agrava, acelera e aumenta as desigualdades e iniquidades no campo da saúde” (KEROUEDAN, 2016, p. 54).

É no âmbito do RSI – engrenagem normativa com todas as qualidades e as limitações acima elencadas – que tem ocorrido o enfrentamento pela OMS da epidemia de Zika e sua associação com a microcefalia e outras complicações neurológicas.

### 3.3. O caso emblemático da epidemia de Zika

#### 3.3.1. O desenrolar dos fatos e as circunstâncias da doença

Em março de 2015<sup>135</sup>, o Brasil notificou a OMS a respeito de uma doença caracterizada por coceira e vermelhidão na pele, localizada na região nordeste do país. De fevereiro a abril do mesmo ano, foram aproximadamente 7.000 casos, sem relato de mortes. Em 7 de maio de 2015, um laboratório brasileiro confirmou que a doença até então desconhecida era causada pelo vírus Zika, que tem como principal vetor o mosquito *Aedes aegypti*. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS - OMS Américas)<sup>136</sup> emitiu um alerta epidemiológico, no qual recomendava a capacitação para a detecção do vírus, o tratamento e o desenvolvimento de estratégias de envolvimento da comunidade para reduzir a transmissão do vírus<sup>137</sup>. O Ministério da Saúde do Brasil também se pronunciou no mesmo sentido, em 14 de maio de 2015, informando o diagnóstico de 16 pessoas contaminadas por Zika oriundas da Bahia e do Rio Grande do Norte.

As desordens neurológicas associadas com a história de infecção – em especial a síndrome de Guillain-Barré<sup>138</sup> - começaram a ser relatadas pela primeira vez pelo Brasil em 17 de

---

<sup>135</sup> As informações relatadas nesse tópico foram extraídas principalmente da *timeline* da epidemia do vírus Zika, constante do sítio eletrônico da OMS. Para o histórico completo do vírus Zika, desde sua descoberta em 1947, ver: < <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/history/en/>>. Há também informações interessantes no seguinte histórico dos fatos marcantes da epidemia de Zika: <

[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160128\\_zika\\_virus\\_microcefalia\\_trajetoria\\_mdb](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160128_zika_virus_microcefalia_trajetoria_mdb)>

<sup>136</sup> Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (*Pan-American Health Organization – PAHO*). Sobre as especificidades da OPAS, Gian Luca Burci e Clemens Feinäugle anotam: “*The Pan American Health Organization (PAHO), the former an American Sanitary Organization, was founded as a regional international organization in 1902 to stimulate the exchange of epidemiological information in the Americas, to disseminate data on health, and to provide assistance to its member States in fighting epidemics. When WHO was established in 1946, the question of the relationship between WHO and PAHO became prominent. Since PAHO refused to fully integrate into WHO, article 54 of the WHO Constitution provided that the Pan American Sanitary Organization should in due course be integrated with WHO. To avoid duplication in health work in the Americas pending the final integration of PAHO with WHO, the two organizations concluded an agreement in 1949 which provides in its article 2 that ‘[t]he Pan American Sanitary Conference, through the Directing Council of the Pan American Sanitary Organization and the Pan American Sanitary Bureau, shall serve respectively as the Regional Committee and the Regional Office of the World Health Organization for the Western Hemisphere.’ Thus, PAHO is included in WHO’s work as one of its six Regional Committees and Offices while it retains at the same time its independent status and identity as an international organization.*” (BURCI; FEINÄUGLE, 2013, p. 183).

<sup>137</sup> Disponível em: <

[<sup>138</sup> Segundo a OMS, a síndrome de Guillain-Barré é: “\*a rare condition in which a person’s immune system attacks his or her nerves. People of all ages can be affected, but it is more common in adult men. Most people recover fully\*](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30075=en%20%28accessed%2002%20Feb%202016%29></a></p></div><div data-bbox=)



julho de 2015, sendo que os casos eram provenientes do nordeste da Bahia. Em outubro do mesmo ano, Cabo Verde e Colômbia confirmaram o surto do vírus Zika. Na mesma época, o Brasil relatou um crescimento incomum no número de casos de microcefalia entre recém-nascidos. No mês de novembro, vários outros países das Américas<sup>139</sup> noticiaram casos confirmados de infecção pelo vírus.

O Brasil, em 11 de novembro de 2015, declarou oficialmente Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional<sup>140</sup>, sendo que os casos de microcefalia não paravam de crescer. Poucos dias depois, em 17 de novembro, a OMS emitiu um alerta epidemiológico, requerendo que os países relatassem o aumento de microcefalia congênita e de outras malformações. No fim desse mesmo mês, a OMS enviou uma missão técnica ao Brasil para revisar dados clínicos e informações epidemiológicas, bem como para avaliar a capacidade e a infraestrutura de laboratório. Em seguida, no dia 1º de dezembro, a OMS emitiu novo alerta a respeito da associação da infecção pelo vírus Zika com a síndrome neurológica e malformações congênitas nas Américas. A essa altura, o Zika havia se espalhado pela América Central e América do Sul.

As pesquisas sobre o vírus avançaram no mundo inteiro, sobretudo no Brasil<sup>141</sup>. Em janeiro de 2016, havia achados científicos suficientemente fortes a respeito da correlação entre a infecção pelo vírus e a microcefalia. Ainda em janeiro de 2016, o Brasil relatou 3.893 casos suspeitos de microcefalia, incluindo 49 mortes, além de 1.708 casos de síndrome de Guillain-Barré (registrados no período de janeiro a novembro de 2015). Em 1º de fevereiro de 2016, a OMS declarou que a “recente associação” da infecção por Zika com a microcefalia e outras desordens neurológicas constituía uma ESPII<sup>142</sup>. É importante registrar que a doença causada pelo vírus Zika era conhecida há décadas. Não despertou inicialmente muita atenção por parte do setor de saúde e dos políticos. O que, de fato, provocou a declaração de emergência foi a associação do vírus com a microcefalia e outras desordens neurológicas, essa era a “novidade”

---

*from even the most severe cases of Guillain-Barré syndrome. In 20%-30% of people with the condition, the chest muscles are affected, making it hard to breathe. Severe cases of Guillain-Barré syndrome are rare, but can result in near-total paralysis and/or death.”* Disponível em: < <http://www.who.int/features/qa/zika/en/>>

<sup>139</sup> Suriname, El Salvador, Guatemala, México, Paraguai e Venezuela.

<sup>140</sup> Conforme Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015, expedida com base no Decreto nº 7.616/2011.

Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2015/prt1813\\_11\\_11\\_2015.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html)

<sup>141</sup> O assunto foi objeto de declaração por parte do Ministro da Saúde, em 17/11/2016, quando informou que o país já possui duas vacinas contra o vírus em fase de testes clínicos. Disponível em: <

<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/brasil-e-o-pais-com-maior-avanco-nas-pesquisas-sobre-zika-virus-afirma-ministro>>

<sup>142</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/>>

que ainda se encontrava revestida de mistério e de incerteza no meio científico (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 28-29). A emergência estava mais especificamente no risco de transmissão do vírus ao feto (DINIZ, 2016, p. 144)

Logo depois, em 16 de fevereiro, a OMS lançou o Plano de Resposta Global Emergencial<sup>143</sup> para orientar a resposta internacional à propagação da infecção pelo Zika e demais complicações neurológicas<sup>144</sup>. A partir desse momento, houve novos achados científicos muito importantes, como o descobrimento da transmissão do vírus pelo ato sexual e pelo sangue, os severos danos cerebrais causados pelo vírus e a preferência do vírus para atacar o sistema nervoso. O alcance de consenso científico sobre o vírus Zika como causa da microcefalia e da síndrome de Guillain-Barré foi declarado pela OMS em 07 de abril de 2016<sup>145</sup>.

A OMS atualizou suas recomendações de viagem para alertar mulheres grávidas para que evitassem áreas com surtos de Zika. Em 28 de maio de 2016, a OMS publicou uma série de cuidados em relação à transmissão do vírus Zika a serem observados na realização dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos, no Rio de Janeiro. Ante a controvérsia a respeito da segurança sanitária do evento esportivo<sup>146</sup>, a OMS afirmou que o cancelamento ou a mudança de sede dos jogos não alteraria significativamente a propagação do vírus. Nessa época, o vírus já circulava globalmente em 60 países, sendo 39 países nas Américas.

É interessante observar que inicialmente a OMS publicou as recomendações para as Olimpíadas no dia 12 de maio de 2016. Na oportunidade, a organização internacional aconselhou expressamente os atletas e os turistas a “evitem visitar áreas pobres ou superpovoadas nas cidades sem água encanada ou saneamento pobre (criadouro ideal de mosquitos), onde o risco de ser picado pelo mosquito é maior”<sup>147</sup>. O teor dessa diretriz foi muito criticado por diversas instâncias na sociedade brasileira<sup>148</sup>. Ocorre que atualmente consta na página eletrônica da OMS,

---

<sup>143</sup> O Plano de Resposta Global Emergencial e as principais medidas adotadas pela OMS serão examinadas no próximo tópico.

<sup>144</sup> Disponível em: < [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5002:surto-de-zika-plano-de-resposta-global-emergencial-da-organizacao-mundial-da-saude&Itemid=816](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5002:surto-de-zika-plano-de-resposta-global-emergencial-da-organizacao-mundial-da-saude&Itemid=816)>

<sup>145</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/7-april-2016/en/>>

<sup>146</sup> Em maio de 2016, um grupo de mais de 100 cientistas, das universidades de Oxford, no Reino Unido, e Harvard e Yale, nos Estados Unidos, pediram o adiamento ou o cancelamento dos Jogos Olímpicos em função do surto de Zika. Disponível em: < <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36401063>>. Íntegra da carta disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/esporte/olimpiada-no-rio/2016/05/1775890-veja-na-integra-a-carta-de-especialistas-que-pede-adiamento-dos-jogos.shtml>>

<sup>147</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-olympics/en/>>

<sup>148</sup> O artigo da advogada Sinara Gumieri - “*Olimpíadas do Zika: a política do medo vem quando a saúde pública já falhou*” - expõe bem o inconformismo com a postura assumida pela OMS em relação às Olimpíadas e a epidemia de

no histórico da epidemia de Zika, apenas a declaração do dia 28 de maio, na qual foi excluída da recomendação acima mencionada a expressão “pobres ou superpovoadas”<sup>149</sup>.

Em 15 de julho de 2016, foi lançado pela OMS/OPAS o Plano de Resposta Global Emergencial com diretrizes a serem seguidas até dezembro de 2017<sup>150</sup>. Em agosto, mais de 30 entidades, incluindo 8 instituições do setor público, já estavam empenhadas no desenvolvimento de uma vacina para o vírus Zika. A OMS informou, também em agosto, que recebeu US\$ 14.4 milhões<sup>151</sup> em contribuições diretas de 12 doadores, sendo que o referido plano estratégico prevê o aporte de US\$ 122.1 milhões. Em 1º de setembro de 2016, ocorreu a quarta reunião do Comitê de Emergência, no âmbito do RSI, que manteve o reconhecimento de uma ESPII. Em seguida, a OMS noticiou a comprovação de que a infecção pelo vírus Zika durante a gestação constitui a causa das anomalias cerebrais congênitas, incluindo a microcefalia, e que essa infecção é um gatilho para a síndrome de Guillain-Barré. No mesmo mês, o vírus circulava também pela Ásia. Por fim, aos 17 dias de novembro de 2016, a Diretora-Geral da OMS declarou o fim da ESPII referente à microcefalia, a outras desordens neurológicas e ao vírus Zika<sup>152</sup>. Argumentou-se que o assunto exigia uma resposta mais prolongada, representando “um desafio de saúde pública altamente significativa” de longo prazo.

A medida não foi livre de críticas. Alguns acadêmicos e cientistas reagiram contrariamente à decisão da OMS, mas houve também aqueles que entenderam inexistir prejuízo ao tratamento continuado da doença<sup>153</sup>. O ponto central da questão é que a retirada do estado de emergência sanitária internacional fragiliza a captação de recursos financeiros e compromete uma resposta global coordenada. Além disso, surge a falsa impressão de que o perigo da contaminação não mais existe, o que leva a uma sensível queda na vigilância sanitária e na observância das

---

Zika vírus. Disponível em: < <http://justificando.cartacapital.com.br/2016/05/23/olimpiadas-do-zika-a-politica-do-medo-vem-quando-a-saude-publica-ja-falhou/>>

<sup>149</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/zika-health-advice-olympics/en/>>

<sup>150</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/response/en/>>

<sup>151</sup> Até 31 de janeiro de 2017, as doações chegaram a US\$ 24.9 milhões, advindas de 13 doadores. Entre os principais doadores estão a UNAIDS, o Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido, o Ministério do Exterior da Noruega e a Fundação Bill e Melinda Gates. Disponível em: < <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/response/contribution/en/>>

<sup>152</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/en/>>

<sup>153</sup> Débora Diniz, pesquisadora da Universidade de Brasília e integrante da Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas, diz que o anúncio da OMS não significa que a epidemia de zika acabou, ou que não haja mais riscos à saúde das mulheres ou das futuras crianças. Para ela, a ciência já tem certeza que o Zika causa a microcefalia no feto, há muito mais a ser descoberto, “mas já sabemos o suficiente para o alerta ser acalmado.” Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacolucci/2016/11/1834234-fim-da-emergencia-global-do-zika-foi-um-erro-dizem-cientistas.shtml>>

regras mais comezinhas de cuidado com a saúde<sup>154</sup>. Há a tendência de desmobilização não somente de recursos materiais, como também de esforços da população e dos governos na cooperação para o combate da doença. A extinção do alerta sanitário carrega, pois, uma importante mensagem simbólica. Ainda que a infecção pelo vírus Zika e as desordens neurológicas dela decorrentes estejam inseridas em outro programa da OMS, a situação teoricamente não inspira mais urgência, está “controlada”, é “conhecida”. Recidivas virais não são incomuns quando ocorre uma redução no nível de conscientização sobre o perigo da doença<sup>155</sup>.

Não obstante a mudança de abordagem da OMS, o Ministério da Saúde do Brasil persistiu na manutenção da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. A decisão foi assim justificada<sup>156</sup>:

A decisão se dá em razão da gravidade das possíveis consequências da infecção pelo vírus durante a gestação e será mantida até que o acompanhamento dos casos sinalize tranquilidade para recuar dessa decisão. Apesar da redução nos casos, as consequências são muito preocupantes para a sociedade e a vigilância continuará atenta. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, na última sexta-feira (18), que apoia a decisão do governo brasileiro, visto que a situação da microcefalia e do Zika no Brasil continua exigindo atenção e esforços no país. (MS, 2016)

Embora o Ministério da Saúde do Brasil tenha optado por manter a situação emergencial, a epidemia de Zika em muitos momentos não gerou a devida preocupação ou atenção do governo, da mídia e da própria população (não atingida). O país nesse período passou por graves turbulências políticas, institucionais e econômicas<sup>157</sup>. Não bastasse isso, houve ainda, conforme

---

<sup>154</sup> Esta matéria do New York Times expressou bem essas preocupações:

<https://www.nytimes.com/2016/11/19/health/who-ends-zika-global-health-emergency.html>

<sup>155</sup> O número de casos de AIDS no Brasil, por exemplo, aumentou no período entre 2010 e 2015 por falhas na prevenção da doença. Isso ocorre em parte porque os jovens de hoje não viveram a realidade dos anos 90, quando ainda não havia tratamento com coquetel de medicamentos e a doença era muito mais temida. Confira-se em: < <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,aids-avanca-no-brasil-diz-unaid,10000062378>>. Quanto ao vírus Zika, especialistas temem por novo surto da doença em 2017. Nesse sentido: < <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38806044>>. A atual situação epidemiológica do vírus pode ser acompanhada em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-zika>>

<sup>156</sup> Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/26447-brasil-mantem-situacao-de-emergencia-por-conta-do-zika>>

<sup>157</sup> O Brasil passou pelo desgastante processo de *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, por constantes embates entre os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, por forte instabilidade política, por uma grave crise econômica que ainda se estende, além das consequências da Operação da Polícia Federal denominada “Lava Jato”. Sobre a combinação de todos esses fatores, leia-se: < <http://www.blogdokenedy.com.br/criises-politica-e-economica-minam-apoio-a-olimpiada/>>. Houve, ainda, a promulgação da “PEC dos Gastos Públicos” (PEC 241/2016), que impactou direta e negativamente as despesas e os investimentos públicos nas áreas de saúde e educação. Sobre o assunto, ver:

referido acima, os Jogos Olímpicos e Paraolímpicos, acompanhados de inúmeros problemas e desafios para as autoridades brasileiras. Sem entrar nos detalhes desses acontecimentos, o contexto favoreceu o esquecimento generalizado das mazelas do vírus Zika<sup>158</sup>. Isso não se justifica apenas pela multiplicidade e/ou pela complexidade das situações experimentadas pelo Brasil. É preciso ir além das obviedades.

A epidemia do Zika atacou inicialmente o Nordeste brasileiro<sup>159</sup>, região que - junto com o Norte - possui uma das maiores taxas de prevalência de pobreza do país<sup>160</sup>. E, dentro da população nordestina, as mulheres de baixa renda e seus bebês constituem o grupo atingido com mais gravidade em virtude da microcefalia e das desordens neurológicas decorrentes da infecção pelo Zika durante o período de gestação. De acordo com o Informe Epidemiológico nº 57 do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Microcefalias (COES – MICROCEFALIAS), até 31/12/2016, foram notificados na região Nordeste 7.023 casos de microcefalia, sendo confirmados 1.804 e outros 1.580 permanecem em investigação<sup>161</sup>. Assim, o Nordeste foi também “o epicentro da epidemia da síndrome congênita do zika<sup>162</sup>, ainda hoje descrita no país como microcefalia” (DINIZ, 2016, p. 133).

---

GUIMARÃES, Reinaldo. *A Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 e o Sistema Único de Saúde: impactos na pesquisa e na indústria*. Cad. Saúde Pública, 2016, 32(12), p. 1-4; MENDES, Áquilas Nogueira. *A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016*. Cad. Saúde Pública, 2016, 32(12), p. 1-3; ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. *Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação*. Cad. Saúde Pública, 2016, 32(12), p. 1-5; PINTO, Elida Graziane. *Novo Regime Fiscal e a mitigação dos pisos de custeio da saúde e educação*. Cad. Saúde Pública, 2016, 32(12), p. 1-3.

<sup>158</sup> Sobre o assunto, ver: < <http://infograficos.estadao.com.br/cidades/uma-emergencia-esquecida/>>

<sup>159</sup> Segundo o Boletim Epidemiológico nº 2/2017, do Ministério da Saúde, com dados atualizados até 31/12/2016, as regiões Nordeste e Sudeste lideram a quantidade de casos prováveis de contaminação pelo vírus Zika com, respectivamente, 75.922 e 90.573 casos. Contudo, no que tange à incidência para cada 100 mil habitantes, o Nordeste se destaca com a taxa de 134,2, enquanto a do Sudeste é 105,6. Disponível em: < [http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/2017\\_001%20-%20Dengue%20SE51\\_publicacao.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/2017_001%20-%20Dengue%20SE51_publicacao.pdf)>

<sup>160</sup> Confira-se: < [http://www.ipc-undp.org/pub/port/PRB50PT\\_Perfil\\_da\\_pobreza\\_Norte\\_e\\_Nordeste\\_rurais.pdf](http://www.ipc-undp.org/pub/port/PRB50PT_Perfil_da_pobreza_Norte_e_Nordeste_rurais.pdf)>

<sup>161</sup> Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-zika>>

<sup>162</sup> Há diferença entre a microcefalia e a síndrome congênita do Zika. A microcefalia pode ser causada por diversos fatores, desde origem genética até doenças congênitas (DINIZ, 2016, p. 101). A síndrome congênita do Zika, por sua vez, não se limita à microcefalia e pode ocorrer, inclusive, sem a constatação de microcefalia (MIRANDA-FILHO *et al*, 2016, p. 599). A síndrome costuma se caracterizar também por sinais de irritabilidade, tremores convulsões, dificuldade para se alimentar (disfagia), mãos e pés contorcidos (artrogripose), entre outros que compõem um extenso conjunto de sintomas (DINIZ, 2016, p. 101-102).

Sendo a região nordeste esse lugar de predominância da pobreza<sup>163</sup>, sendo as principais vítimas as mulheres pretas ou pardas em sua maioria, não causa surpresa alguma o fato de o restante do país não ter dispensado a merecida atenção ao problema.

O risco não é a doença do zika, mas a transmissão vertical: são as mulheres em idade reprodutiva e os futuros bebês que a epidemia ameaça de maneira particular. Não há como falar em populações como aglomerados de gente sem idade ou sexo – são as mulheres jovens, grávidas ou com planos de engravidar as que se aterrorizam com o vírus zika. O medo vem do cotidiano de quem vive nas terras do zika. São mulheres comuns, porém anônimas para as políticas de reconhecimento do sofrimento em uma sociedade tão desigual quanto a brasileira, porque são nordestinas e pobres. Se a epidemia se movimentar e alcançar os centros urbanos, as mulheres das elites encontrarão alternativas para garantir a gravidez segura em tempos de epidemia de zika. (DINIZ, 2016, p. 141-142).

A epidemia do vírus Zika evidencia, portanto, as desigualdades sociais e de gênero<sup>164</sup>. Por trás dos números e dados, há o sofrimento de mulheres e de recém-nascidos que convivem não apenas com as incertezas das consequências do vírus Zika, mas que também precisam suportar física e emocionalmente a debilidade, a inconstância e, muitas vezes, a falta da assistência do Poder Público<sup>165</sup>. Mais desolador ainda é estudos recentes indicarem a existência de mulheres e crianças doentes que constituem os “casos ignorados” devido à ineficiência das políticas públicas em recuperá-los (DINIZ, 2016, p. 134).

Nesse ponto, abre-se um breve parêntese para retomar a ideia do Terceiro Mundo como uma categoria de análise ampla. Para além do reconhecimento das origens coloniais do poder hegemônico, considerar o “Terceiro Mundo” enquanto prática discursiva contra-hegemônica<sup>166</sup>

---

<sup>163</sup> É importante lembrar também as origens históricas da pobreza no Nordeste. Afinal, “*é pelo nordeste da escravidão, da casa-grande e do engenho que este país se fez um dos mais desiguais do mundo.*” (DINIZ, 2016, p. 132)

<sup>164</sup> Confira-se: < <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/09/1812302-oito-em-cada-dez-bebes-com-danos-do-zika-nascem-de-maes-negras.shtml>>; < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-11/epidemia-de-zika-e-microcefalia-evidencia-desigualdades-sociais-e-de-genero>>

<sup>165</sup> Sobre o tema, há o documentário de Débora Diniz, chamado “Zika”. Disponível em: <https://youtu.be/m8tOpSS15dA>

<sup>166</sup> Rajagopal adota o entendimento de Antonio Gramsci sobre hegemonia e contra-hegemonia, manifestando-se nos seguintes termos: “*Gramsci defines hegemony as the process which generates the 'spontaneous' consent given by the great mass of the population to the general direction imposed on social life by the dominant fundamental group (historical bloc)*’. (...). *His notion of counter-hegemony, on the other hand, is not a pure oppositional project that seeks to overthrow everything that is in place. As he puts it, 'it is not a question of introducing from scratch a scientific form of thought into everyone's individual life, but of renovating and making 'critical' an already existing activity.*’ Thus the emphasis is on putting into place discourses which, while building on the hegemonic discourses, transcend them by introducing new elements through a critical interrogation of the ways in which the hegemonic project succeeds and fails.” (RAJAGOPAL, 1999, p. 19-20).

liberta-o dos limites geográficos nacionais, bem como permite identificar o atual local de atuação do poder (RAJAGOPAL, 1999, p. 20). O olhar se desloca para as relações de classe, de gênero, de sexualidade, de região, de linguagem, entre outras antes subjugadas à nação.

No contexto da epidemia de Zika, a observação do exercício hegemônico do poder nos países atingidos pela enfermidade demonstra sobremaneira as tensões e as desigualdades existentes nas relações citadas. Sobretudo em relação ao Nordeste brasileiro, é possível notar a existência de um “Primeiro Mundo dentro do Terceiro Mundo”. São as elites que não são atingidas por um evento epidêmico na mesma intensidade e extensão do que a grande parcela da população. No caso, a categoria Terceiro Mundo é visivelmente determinada por aspectos de classe, de gênero e de região.

Se no início da epidemia as dúvidas eram sobre a relação entre o Zika e a microcefalia, o que se tem hoje é um futuro nebuloso para essas mães e bebês. Ainda há muito a ser descoberto a respeito do impacto devastador do vírus sobre o sistema nervoso central. As várias desordens neurológicas decorrentes da infecção da mãe pelo Zika podem se manifestar ou se agravar mesmo depois do nascimento da criança<sup>167</sup>. Há muitas dúvidas também sobre a qualidade de vida dos bebês, acerca das limitações a serem enfrentadas e das necessidades especiais de cada um deles. Tudo é uma incógnita.

Por outro lado, embora o governo brasileiro disponibilize um benefício previdenciário para as famílias necessitadas, existem muitas controvérsias sobre o assunto<sup>168</sup>. Os critérios de concessão e a vigência limitada são os principais pontos criticados. Contudo, a maior parte das famílias atingidas pelo vírus Zika está desamparada tanto pelo Estado brasileiro como pela sociedade internacional. Esses “filhos da epidemia” possuem necessidades especiais, demandam contínua assistência médica e um tratamento multidisciplinar. Na grande maioria das vezes, o acompanhamento médico é deficitário ou sequer está disponível. As mães precisam se dedicar exclusivamente aos filhos e não possuem qualquer expectativa de retorno ao mercado de

---

<sup>167</sup> Há um estudo do Centro de Controle e Prevenção das Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês) que mostra casos de bebês infectados com Zika que desenvolveram microcefalia após o nascimento. Disponível em: [HTTPS://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/pdfs/mm6547e2.pdf](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/pdfs/mm6547e2.pdf)

<sup>168</sup> A Lei nº Lei 13.301, de 27/06/2016, garante a concessão de benefício assistencial (Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC), pelo prazo máximo de três anos, à criança vítima de microcefalia em decorrência de sequelas neurológicas decorrentes de doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Regulada pela Portaria do MDS nº 58, de 03 de junho de 2016.

trabalho<sup>169</sup>. Precisam de dinheiro, mas não podem trabalhar. Muitas possuem outros filhos para criar, outras tantas foram abandonadas pelos pais das crianças, que rejeitaram os bebês com microcefalia<sup>170</sup>.

A gravidade das sequelas do vírus Zika nos bebês reacendeu o debate a respeito dos direitos reprodutivos da mulher e sobre o aborto no Brasil e na América Latina. A discussão é bastante ampla e, por certo, não é possível abordar o assunto com a devida profundidade no presente trabalho. Todavia, é importante mencionar as duras críticas feitas em relação à recomendação da OMS de abstinência sexual como um método sério para evitar o contágio pelo Zika, o que foi simplesmente reproduzido pelo governo brasileiro<sup>171</sup>. Seguindo o mesmo raciocínio, Colômbia, República Dominicana, Equador, El Salvador e Jamaica aconselharam as mulheres a adiarem a gravidez até que houvesse mais informação sobre o vírus e as complicações neurológicas decorrentes da infecção.

Tais recomendações parecem ignorar que a maioria das gestações na região não são planejadas, nem todas as mulheres possuem acesso e controle sobre o uso de contraceptivos, serviços de saúde reprodutiva e sexual são limitados e a violência sexual é prevalente (OMS, 2016, p. 12). Há também barreiras culturais e religiosas, que dificultam para as mulheres a negociação do uso de contracepção com os seus parceiros, resultando em um expressivo número de mulheres sem controle sobre sua vida sexual e seus direitos reprodutivos. (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 38). Além disso, as políticas de abstinência sexual durante epidemias já se

---

<sup>169</sup> Débora Diniz relata as dificuldades das mães vitimadas pela epidemia: *“Para cada recém-nascido notificado é preciso que haja uma cuidadora disponível, em tempo integral, para deslocamentos de exames, investigações ou estimulações, caso seja comprovada a síndrome congênita do zika. Descrevo o cuidado no feminino por um registro antropológico de como se organizam as famílias nordestinas: há centralidade da vida familiar em torno das crianças, mas o cuidado é um dever das mulheres. (...) Não ouvi relatos de terceirização do cuidado por babás ou creches: a epidemia em municípios rurais e entre gente pobre não encontra a mesma realidade das mulheres das elites urbanas do país. Em Campina Grande, passei dias no ambulatório de microcefalia do Hospital Pedro I, um dos primeiros centros especializados para estimulação precoce dos bebês. As mulheres se deslocavam duas vezes por semana para sessões de trinta minutos. As viagens são longas, o transporte é precário e, desgraçadamente, entendido como uma regalia dos municípios para as famílias. Não há direito a acompanhante nessas viagens do Sertão ou Alto Sertão para Campina Grande. À medida que a criança vai crescendo, mais difícil é para a mãe carregá-la. Tão penoso quanto é a mulher se manter em casa sem o retorno ao mundo do trabalho.”* (DINIZ, 2016, p. 134-135)

<sup>170</sup> É o que noticia a imprensa brasileira: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,homens-abandonam-maes-de-bebes-com-microcefalia-em-pe,10000014877>

<sup>171</sup> No auge da epidemia, houve, ainda, uma série de declarações desastrosas pelo então Ministro da Saúde, Marcelo Castro, no sentido de que “sexo era para amadores; gravidez, para profissionais”, quando questionado sobre planejamento familiar em tempos de Zika e microcefalia. Além disso, afirmou que “torcia” para que mulheres fossem infectadas pelo Zika antes do período fértil, como forma de ganhar imunidade antes de a vacina ser desenvolvida. <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,crise-do-zika-e-declaracao-desastrada-ampliam-desgaste-de-ministro-da-saude,10000013416>



mostraram falhas, inclusive porque não há clareza sobre o que realmente constitui o método (DINIZ, 2016, p. 149). A recomendação deveria ser no sentido de ampliar as formas de proteção das mulheres em idade reprodutiva e diversificar os métodos de planejamento familiar de longa duração.

A Associação Nacional de Defensores Públicos (ANADEP) ingressou com a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5581/DF, em 24 de agosto de 2016, sustentando principalmente o intenso sofrimento e o abalo emocional de mulheres grávidas infectadas pelo Zika, assim como o aborto como uma questão de saúde pública. A ação visa à garantia de direitos de mulheres e de crianças afetadas pelo vírus. Reivindica-se o direito de interromper a gestação das mulheres infectadas que estejam com grande sofrimento mental, ao acesso à informação sobre prevenção e transmissão por meio de relação sexual, bem como sobre os possíveis efeitos da doença no feto. Consta, ainda, pedido de distribuição de repelentes, de transporte de crianças para centros de reabilitação e de ampliação do benefício de prestação continuada concedido a famílias com crianças que sofram com os efeitos do vírus. O feito encontra-se pendente de julgamento, mas já há manifestação da Advocacia Geral da União contrariamente ao pleito inicial e parecer do Procurador-Geral da República em sentido favorável.

Este é o contexto da crise sanitária no Brasil<sup>172</sup>, o qual é o país com maior número de pessoas infectadas pelo vírus Zika e maior número de casos confirmados de microcefalia e de outras desordens neurológicas.

Diante desse quadro, cumpre analisar a efetividade das medidas realizadas pela OMS para fins de manejo e enfrentamento da situação epidemiológica.

### **3.3.2. Medidas de enfrentamento da epidemia**

As medidas concretas tomadas pela OMS decorrem primordialmente do Plano Estratégico Global de Resposta e Operações Conjuntas, elaborado no âmbito da aplicação do Regulamento Sanitário Internacional. Há algumas iniciativas também que transparecem a partir das Reuniões do Comitê de Emergência.

---

<sup>172</sup> O vírus está presente em 70 países, predominantemente na América Latina e no Caribe. Ver: <  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254507/1/zikasitrep2Feb17-eng.pdf?ua=1>>

Ao longo da ESPII, ocorreram cinco reuniões do Comitê de Emergência, nas quais foram avaliadas as condições da epidemia, as novas informações, as diretrizes dadas e a necessidade de manutenção da emergência sanitária. A primeira foi a que deflagrou o evento extraordinário em 1º de fevereiro de 2016<sup>173</sup>. Na oportunidade, ficou bastante claro que a justificativa da declaração de emergência não foi a multiplicação exponencial de casos de infecção por vírus Zika na América Latina e o conseqüente sofrimento imposto à população local. O foco era a associação do vírus com a microcefalia e outras desordens neurológicas. O Comitê destacou “a importância de medidas agressivas para reduzir a infecção com o vírus Zika, particularmente entre mulheres grávidas e mulheres em idade fértil”. Como medidas de longo prazo, foram indicadas pesquisas sobre vacinas, terapias e diagnósticos, bem como a preparação dos serviços de saúde das áreas de transmissão do Zika para atender ao possível aumento nos casos de síndromes neurológicas e/ou malformações congênitas.

Na segunda reunião, realizada em 8 de março de 2016, o Comitê manifestou grande preocupação com a “crescente evidência” de causalidade entre o vírus e as mencionadas desordens neurológicas<sup>174</sup>. Foram aconselhadas algumas providências com relação à microcefalia e a outras desordens neurológicas associadas ao Zika, à vigilância, ao controle do vetor, ao risco de comunicação, aos cuidados clínicos, às viagens internacionais, além de medidas relacionadas à pesquisa. Deu-se ênfase ao imprescindível fortalecimento das medidas de longo prazo para controlar o vetor, embora não tenha sido especificado quais seriam essas providências. Destacou-se o direito à informação sobre a doença e o direito à assistência médica continuada às gestantes expostas ao vírus. Recomendou-se aos parceiros de mulheres grávidas, que vivessem ou se deslocassem para regiões com surto de Zika, que observassem práticas de sexo seguro ou abstinência sexual durante a gravidez das parceiras.

A terceira reunião, realizada em 14 de junho de 2016, seguiu a mesma linha das precedentes<sup>175</sup>. O Comitê emitiu opinião acerca da viabilidade da realização dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos no Rio de Janeiro, em agosto e setembro de 2016, respectivamente. Conforme referido no tópico anterior, a OMS afirmou que os riscos individuais nas áreas de transmissão do Zika não se alteravam com a realização de grandes reuniões de pessoas, podendo ser minimizados com boas práticas de saúde pública. Algumas recomendações foram reforçadas,

---

<sup>173</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>>

<sup>174</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/2nd-emergency-committee-zika/en/>>

<sup>175</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-third-ec/en/>>

como a prática de sexo seguro ou abstinência sexual. Antes dessa reunião, a OMS já havia se pronunciado sobre os Jogos, tendo recomendado até mesmo que os visitantes dessem preferência a acomodações com ar condicionado, com portas e janelas continuamente fechadas, usassem repelentes e roupas que cobrissem o corpo, além de evitarem cidades e áreas sem água encanada e com saneamento precário, entre outras medidas mais convencionais<sup>176</sup>.

A quarta reunião, realizada em 2 de setembro de 2016, atualizou dados sobre a epidemia, forneceu novas diretrizes e informou o andamento das pesquisas<sup>177</sup>. O Brasil foi parabenizado pela adequada e bem sucedida aplicação de medidas de saúde pública durante os Jogos Olímpicos. Houve o reconhecimento de que o impacto do Zika constitui uma preocupação de longo prazo. O Comitê sugeriu à Diretora-Geral o desenvolvimento de um plano apropriado de resposta e infraestrutura sobre o assunto. Por fim, a quinta reunião ocorreu em 18 de novembro de 2016<sup>178</sup>. Considerando os avanços alcançados, o Comitê recomendou a retirada do alerta epidemiológico e o estabelecimento de um mecanismo de resposta de longo prazo.

De modo geral, o que se percebe desses comunicados é que as ações da OMS se concentraram em evitar a propagação do vírus (bloquear a transmissão), desvendar a correlação entre Zika e desordens neurológicas, orientar agendas de pesquisa e enumerar medidas de controle do vetor. É certo que muitas das providências recomendadas – senão a grande maioria – eram pertinentes ao exitoso manejo da crise epidêmica. Todavia, salta aos olhos que nenhuma das medidas visava a atacar as causas estruturais do problema: a proliferação do principal vetor, o mosquito *Aedes aegypti*. A força motriz da deflagração da emergência também deve ser questionada. Haveria uma emergência sanitária global se não houvesse a associação do vírus à microcefalia e a outras desordens neurológicas? O interesse internacional seria o mesmo se não existisse esse complicador? Não há respostas prontas para essas questões.

O primeiro Plano Estratégico Global de Resposta e Operações Conjuntas foi lançado em 15 de fevereiro de 2016<sup>179</sup>. Buscou construir uma atuação coordenada em nível global, regional e nacional. Ele previu ações para direcionar a resposta “ao atual surto de malformações congênitas (microcefalia) e outras complicações neurológicas (Síndrome de Guillain-Barré), que podem

---

<sup>176</sup> “Em resumo, a OMS informou que era seguro viajar para o Brasil durante a epidemia de zika, desde que o viajante permanecesse em um hotel com ar-condicionado e com roupas de inverno.” (DINIZ, 2016, p. 149).

<sup>177</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fourth-ec/en/>>

<sup>178</sup> Disponível em:< <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fourth-ec/en/>>

<sup>179</sup> Disponível em: < <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/strategic-response-framework.pdf>>

estar ligadas à infecção pelo vírus Zika”. O plano referiu-se ao período compreendido entre janeiro e junho do mesmo ano. Visava a fornecer apoio aos países infectados, capacitar os países para prevenção e controle de futuros surtos e facilitar pesquisas para gerar conhecimento sobre vírus e sobre seus efeitos. Seu objetivo geral foi investigar o mencionado surto e a possível correlação com o Zika.

Os objetivos estratégicos dividiram-se entre as áreas de vigilância, resposta e pesquisa. No que diz respeito à resposta, houve o propósito de aumentar os esforços para controlar a disseminação de mosquitos vetores e fornecer meios de proteção pessoal. O plano também pretendeu promover por meio das comunidades informações sobre os riscos associados ao vírus, de modo a reduzir a ansiedade, a abordar estigmas, a dissipar rumores e falsas percepções. Além disso, estava presente a preocupação em fornecer um direcionamento e em mitigar os possíveis impactos da epidemia sobre mulheres em idade fértil, mulheres gestantes e famílias com crianças afetadas pelo vírus.

O segundo Plano Estratégico Global de Resposta e Operações Conjuntas (“*Zika Strategic Response Plan*”) foi elaborado para vigor de julho a dezembro de 2017<sup>180</sup>. A abordagem da epidemia partiu do consenso de que o vírus Zika é a causa da microcefalia e da síndrome de Guillain-Barré. É importante registrar que a OMS reconheceu que vários fatores contribuíram para a situação epidêmica, dentre os quais estão “as desigualdades de acesso a saneamento, a informação e serviços de saúde nas áreas afetadas”. E, fazendo um balanço, a organização internacional concluiu que esforços para o controle do mosquito constituem apenas uma solução de curto prazo em relação à proliferação do vírus. A OMS considerou, portanto, que a disseminação do Zika possuirá consequências sanitárias de longo prazo para as famílias, comunidades e países, sendo que os sistemas de saúde serão desafiados (e pressionados), nos próximos anos, pelas crianças nascidas com essas complicações.

A Diretora-Geral da OMS apresentou o Plano Estratégico revisado nos seguintes termos:

This revised Strategic Response Plan includes a greater focus on preventing and managing the medical complications caused by Zika virus infection and expanding health systems’ capacities for that purpose. Risk communications targeting pregnant women, their partners, their households and their communities will be central to prevention efforts to ensure they have the information they need to protect themselves. Other elements of the plan include integrated vector management, sexual and

---

<sup>180</sup> Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf>>

reproductive health counselling and services, health education and care within the social and legal contexts of each country. (OMS, 2016)

O Plano traça algumas projeções sobre a propagação geográfica do Zika. Admite-se que grandes epidemias da doença causada pelo vírus podem ocorrer globalmente, uma vez que o ambiente propício ao desenvolvimento dos mosquitos está crescendo em virtude de tendências recentes, como a mudança climática, a rápida urbanização e a globalização. O vírus se espalhará e poderá alcançar todos os países em que o *Aedes aegypti* for encontrado.

A OMS afirma que uma resposta de saúde pública efetiva precisa estar alinhada com os direitos humanos. Isso inclui o direito de homens e de mulheres de informação e de acesso a métodos seguros e eficazes de contracepção, inclusive contracepção de emergência, serviços de saúde para um aborto seguro (onde a prática é legal) e atendimento pós-aborto. Os objetivos estratégicos, por sua vez, encontram-se distribuídos nas áreas de diagnóstico, prevenção, cuidado e apoio, além de pesquisa.

Tais objetivos irão variar em função do impacto do vírus Zika em cada país. No caso de países com relato de transmissão de Zika e taxas crescentes de malformações congênitas e síndromes neurológicas, como os países da América Latina e Caribe, a resposta será mais abrangente e incisiva. Contará com o reforço na vigilância e na resposta ao surto, com o engajamento da comunidade no controle do mosquito e em medidas pessoais de proteção, com o fornecimento de serviços de saúde reprodutiva e sexual, com o cuidado de pessoas e famílias com potenciais complicações, além de investigações de campo e pesquisas em saúde pública que permitam um melhor entendimento a respeito dos riscos e das medidas de mitigação. O Plano refletiria, portanto, “uma abordagem que considera os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde e que incorpora uma perspectiva de direitos humanos, equidade e igualdade de gênero”.

A título de prevenção, o Plano pretende agir através do gerenciamento integrado de vetores, de comunicação de risco e de engajamento da comunidade. A OMS reconhece ser necessária uma abordagem multifacetada para o controle da propagação do Zika, que não se preocupe apenas com o controle do vetor, mas também em proteger os indivíduos, especialmente mulheres grávidas e mulheres em idade fértil, da infecção e em prevenir gestações indesejadas por meio de facilitação do acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva equitativos.

Destaca-se a importância do fortalecimento de serviços sociais e de saúde dos países e de comunidades a fim de responder às complicações médicas e às consequências socioeconômicas da infecção pelo vírus Zika. Para além das questões puramente relacionadas com a saúde, o Plano prevê que os estudos investiguem também sobre gênero, deficiência e aspectos econômicos, sociais, ambientais e comportamentais para fornecer uma resposta adequada à epidemia.

Tal como as Reuniões do Comitê de Emergência, esse breve apanhado do conteúdo dos Planos Estratégicos demonstra que o enfrentamento da epidemia de Zika pela OMS se baseia preponderantemente no controle do vetor<sup>181</sup>. Para isso, são desenvolvidas pesquisas e ações de capacitação das comunidades e dos serviços locais de saúde. Em resumo, a estratégia é centrada na mobilização e na coordenação de parceiros, de peritos e de recursos para ajudar os países a incrementar a vigilância do vírus, para melhorar a comunicação dos riscos relacionados à doença, para tomar medidas de orientação e proteção, para prover assistência médica aos afetados e desenvolver vacinas, diagnósticos e terapias.

A despeito da expressa referência à relevância das desigualdades de saneamento e de determinantes sociais<sup>182</sup>, econômicos e ambientais no contexto epidêmico, esses aspectos não são considerados para fins de planejamento estratégico nem mesmo aparecem na agenda de pesquisa referente ao Zika. Ataca-se o problema, cogitam-se os resultados, mas não se discute seriamente as causas da proliferação dos mosquitos. Chega-se a apontar causas mais distantes - como a mudança climática e a própria globalização - ou fala-se de modo vago a respeito de condicionantes sociais e ambientais da doença. Contudo, não há referência a medidas de saneamento básico.

A epidemia de Zika está diretamente relacionada com a alta disseminação de mosquitos, que, por sua vez, decorre das condições de saneamento básico do local, dentre outros aspectos. No Brasil, o país mais afetado pelo Zika, não haveria o surto com a intensidade que ocorreu se o território não propiciasse a rápida propagação da doença em virtude da causalidade existente entre a concentração de mosquitos e o saneamento precário.

---

<sup>181</sup> O mesmo fez – e tem feito - o governo brasileiro: “*As políticas de saúde brasileiras falaram mais de mosquitos que de gente – o slogan da campanha oficial de saúde pública foi: ‘Um mosquito não é mais forte que um país inteiro.’*” (DINIZ, 2016, p. 139).

<sup>182</sup> A OMS, inclusive, promoveu a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2011, no Rio de Janeiro. Dela resultou a Declaração sobre Determinantes Sociais da Saúde, a qual expressa o comprometimento dos Países-membros em implementar uma abordagem da saúde pautada nos referidos determinantes, a fim de reduzir desigualdades sanitárias e alcançar prioridades globais. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>.

Há mais de quarenta anos o mosquito vetor espera a chegada de novos vírus para levar novas enfermidades às populações virgens. Sem o mosquito por todo canto não haveria a tragédia do zika entre nós nem a disseminação do chikungunya a partir de setembro de 2014. Nas décadas de 1959 e 1960, fomos capazes de eliminar o mosquito *Aedes aegypti*. O principal método de controle era o mesmo de hoje: eliminar o vetor e garantir que as fronteiras também estivessem livres dos voadores. O mosquito voltou ao Brasil, e, em 1973, eliminamos de novo o maldito. Em 1976, o mosquito retornou e nunca mais nos abandonou. Dizem os especialistas que foram falhas na vigilância epidemiológica e a crescente urbanização do país; talvez até hipóteses de aquecimento global caibam aqui. (DINIZ, 2016, p. 39)

A infecção causada pelo vírus Zika é uma doença ligada à pobreza e à falta/insuficiência de infraestrutura básica de saúde. Pobreza e doença sempre caminharam juntas. Aliás, a intrínseca relação existente entre pobreza e saúde é velha conhecida da OMS. Já em 1995, o primeiro Relatório da Saúde Mundial afirmava que a pobreza é a maior causa de problemas de saúde e de sofrimento no mundo<sup>183</sup>.

It is the main reason why babies are not vaccinated, clean water and sanitation are not provided, curative drugs and other treatments are unavailable, and mothers die in childbirth. Poverty is the cause of reduced life expectancy, handicap, disability, and starvation. Poverty is a major contributor to mental illness, stress, suicide, family disintegration, and substance abuse. The WHO argues further that “poverty wields its destructive influence at every stage of human life from the moment of conception to the grave”. It conspires with the most deadly and painful diseases to bring a wretched existence to all who suffer from it. (AGINAM, 2005, p. 31).

Não obstante o combate ao vetor seja imprescindível, há sérios riscos e prejuízos ao se tratar a epidemia apenas como “um problema de mosquitos”. A “guerra contra o mosquito” é necessária como providência imediata, mas não pode esconder que “a lista de adversários da saúde é bem mais longa”. (VENTURA, 2016, p. 3). Quando houve a declaração do evento emergencial pela OMS, vários especialistas manifestaram-se, por meio de Nota Técnica da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao *Aedes aegypti*, veiculada em 02 de fevereiro de 2016, no sentido de que o foco do controle da doença não devia ser o mosquito, mas as condições que possibilitam a existência dos criadouros do vetor<sup>184</sup>.

---

<sup>183</sup> Disponível em: < [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf)>

<sup>184</sup> Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/>. Na mesma direção, foi publicado artigo de Eliane Brum em *The Guardian*, em 16/02/2016, intitulado “*The Zika virus*

As políticas sanitárias adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, de acordo com as recomendações da OPAS e da OMS, foram duramente criticadas. Destacou-se a fragilidade sensivelmente maior ao vírus das populações mais pobres, o que reforçaria as desigualdades econômicas e sociais já existentes. A degradação das condições de vida nas cidades e o saneamento básico inadequado - em especial no que se refere à dificuldade de acesso contínuo à água, à coleta de lixo precária, ao esgotamento sanitário e ao descuido com higiene de espaços públicos e particulares - foram apontados como os principais responsáveis pela epidemia.

Assumir o enfrentamento da emergência sanitária como “o combate ao mosquito” significa dar preponderância ao controle do vetor (redução, eliminação ou erradicação), o que historicamente tem dominado o discurso e o pensamento biomédico sobre as formas possíveis de controle da doença (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 30). A associação do problema a soluções prioritariamente técnicas promove a negativa “despolitização” do tema, no sentido de que a análise da epidemia permanece no campo da ciência. Tornam-se invisíveis os determinantes sociais e econômicos da doença, como as questões ambientais, históricas, de infraestrutura sanitária e de gestão das cidades. Na realidade, as abordagens “neutras” e supostamente “apolíticas” tendem a ignorar as desigualdades sistemáticas existentes e podem até contribuir para sua perpetuação (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 36).

A infecção pelo vírus Zika tem sido negligenciada tanto no âmbito internacional como em nível nacional. Isso quer dizer que a doença tem recebido – por parte de políticos, da mídia, de pesquisadores, das agências de fomento à pesquisa, da sociedade internacional e do público em geral – uma atenção menor do que a esperada considerando o seu impacto econômico e social, além do intenso sofrimento causado aos indivíduos e às famílias atingidas<sup>185</sup> (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 32).

A partir dessas considerações, é possível concluir que as intervenções da OMS no caso da epidemia de Zika não foram efetivas no que diz respeito à erradicação da doença a longo prazo.

---

*mosquito is unmasking Brazil's inequality and indifference*”. Disponível em: <http://www.theguardian.com/commentisfree/2016/feb/16/zika-mosquito-brazil-inequality-brazilian-government> . A própria ONU aponta para a forte relação entre a deficiência de saneamento básico e o atual surto de vírus Zika. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/zika-servicos-adequados-de-agua-e-saneamento-sao-a-melhor-resposta-afirmam-especialistas-da-onu/> .

<sup>185</sup> Os estudos apontam que doenças como a Zika atingem mais intensamente pessoas negligenciadas pelas políticas públicas, ou seja, aquelas que não possuem condições adequadas de habitação, de saneamento, de acesso aos serviços preventivos de saúde (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 36). No caso da microcefalia, a vulnerabilidade econômica das vítimas compromete estratégias de planejamento familiar.



A atuação da OMS representa primordialmente a tentativa de impedir que o vírus atravessasse as fronteiras do sul global em direção ao norte. Para isso, sistemas de vigilância eficientes podem ser a melhor resposta para a segurança dos países desenvolvidos, embora não atendam à segurança sanitária das populações do mundo em desenvolvimento (VENTURA, 2016, p. 3). Seguindo esse raciocínio, não é necessário se preocupar com as raízes de uma doença endêmica.

É crucial para a análise ora proposta avaliar se a atuação da OMS em situação de emergência sanitária evidencia a persistência de algum traço colonial, especialmente na determinação de objetivos e no direcionamento das condutas adotadas no enfrentamento de uma epidemia.

### **3.4. Reminiscências coloniais e incoerências na atuação da OMS perante o Terceiro Mundo: a eventual possibilidade de responsabilização perante o direito internacional**

#### **3.4.1. A persistência da lógica colonial e as incongruências da OMS**

A confirmação da associação do vírus Zika com a microcefalia e outras desordens neurológicas foi bastante reveladora dos interesses representados pela OMS<sup>186</sup>. De igual modo, a descoberta e comprovação científica de outras vias transmissoras<sup>187</sup> – sobretudo pelo contato sexual - conferiu à epidemia nova dinâmica. É que tais fatos “abriram as portas” para o deslocamento da epidemia para o norte global, com o risco de parte de sua população ser atingida pelas graves sequelas da síndrome congênita do Zika e/ou da síndrome de Guillain-Barré.

O vírus, a princípio, era inofensivo para o norte global, na medida em que o principal vetor se encontra primordialmente em zonas mais quentes, localizadas no sul. Além disso, os sintomas da infecção não eram graves o suficiente para inspirar temor. O alerta da OMS surge, portanto, a partir do momento em que a doença passa a constituir um risco real de grave lesão ao sistema nervoso central das populações dos países desenvolvidos, além de existir o perigo de o vírus se espalhar internacionalmente sem a dependência do originário vetor. A emergência foi

---

<sup>186</sup> No âmbito interno dos países afetados pela epidemia, a confirmação da associação do Zika com outras desordens neurológicas gerou a falsa ideia de “novidade”, o que redundou no esquecimento da prévia existência e das causas de outras arboviroses que circulam pelo sul global.

<sup>187</sup> Além da via sexual, estão sendo estudadas as possibilidades de contaminação por soro, por saliva, por urina, por leite materno e por transfusão de sangue. (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 31).

deflagrada apenas alguns meses antes da realização dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos, oportunidade em que milhares de estrangeiros entraram e circularam pelo país. A epidemia não estava mais restrita aos limites geográficos e sanitários do mosquito. Daí se justifica que a ESPII tenha sido a mencionada associação do vírus e não as doenças endêmicas que assolam os países em desenvolvimento (VENTURA, 2016, p. 3). Essa percepção sobre a abordagem da Zika pela OMS é corroborada pela suspensão da emergência sanitária quando claramente os riscos de propagação internacional da doença não mais existiam<sup>188</sup>.

Esse contexto de emergência sanitária expõe algumas convergências entre a atuação da OMS e as práticas coloniais. No passado, as medidas sanitárias estiveram relacionadas ao colonialismo, tendo em vista que a administração da saúde pública constitui prática de poder e de governo. Daí porque Foucault se dedicou a investigar a estreita e histórica ligação entre a prática da medicina e o exercício do poder político. A partir do surgimento da medicina social, no fim do século XVIII, as doenças passaram a serem consideradas problemas políticos e econômicos. O objeto da medicina não era apenas o corpo físico, não era mais o doente. A intervenção no espaço individual da “força de trabalho capitalista” dava guarida à intervenção no espaço coletivo, por meio das várias instituições do Estado.

Essa nova concepção da saúde pública se estende aos dias atuais, sendo perceptível durante a última epidemia global. Tratar de saúde pública significa administrar a população de determinado local, gerir a força de trabalho, gerenciar questões econômicas. Essas e outras áreas são perpassadas pelos temas sanitários. O discurso sanitário contemporâneo utiliza a ideia de saúde global como justificativa para diversas atitudes políticas, como uma eventual intervenção humanitária em outro Estado<sup>189</sup>, o favorecimento de determinada agenda de pesquisa e o

---

<sup>188</sup> Mais especificamente, a emergência sanitária foi retirada dois meses depois do encerramento dos Jogos Paraolímpicos.

<sup>189</sup> Não é demais lembrar que a epidemia de Ebola foi tratada pelo Conselho de Segurança da ONU como ameaça à segurança global, tendo sido enviadas tropas militares americanas à África Ocidental. Ainda que não se trate especificamente de um caso de intervenção humanitária, as semelhanças entre as situações inspiram atenção, na medida em que a exceção sanitária pode ser o meio de defesa de interesses escusos às causas “genuinamente” humanitárias. Aliás, a própria doutrina da intervenção humanitária – que surge e se desenvolve no pós-Guerra Fria – é bastante controvertida. Ela confere à intervenção militar nova respeitabilidade. Constitui o meio da aliança liberal de Estados democráticos promover os direitos humanos, a democracia e os princípios humanitários nos Estados antidemocráticos, autoritários ou falidos (ORFORD, 2003, p. 4). Defende-se a intervenção militar para tratar de problemas com ditadores locais, tribalismo, tensão étnica e fundamentalismo religioso. Essa postura, contudo, foi – e tem sido – criticada por alguns internacionalistas – especialmente pelos “novos guerreiros” dos direitos humanos –, que expressam sua preocupação com a (il)legalidade da expansão irrestrita do mandato do Conselho de Segurança, no sentido de usar a força como remédio para violações de direitos humanos ou para impor a democracia a todo e qualquer Estado (ORFORD, 2003, p. 6).

direcionamento de recursos financeiros. Por detrás do discurso está o saber médico (técnico) e sua vinculação à suposta neutralidade política da ciência. Falar em saúde global é, assim, legitimador.

A partir do momento em que começamos a explorar essa dimensão política na saúde global, torna-se evidente que as visões técnicas são tudo, menos “apolíticas”. Na verdade, elas fazem parte de um processo e uma agenda políticos. A máscara de neutralidade e cientificidade funciona para obscurecer o fato de a saúde global ser, desde a sua gênese até as suas formas mais contemporâneas, um local de reprodução de lógicas de exclusão e negligência; ela reflete estruturas e relações políticas globais que promovem a desigualdade, a vulnerabilidade e a desvantagem de alguns grupos e regiões (...). (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 25)

As necessidades sanitárias globais não têm sido equanimemente contempladas no âmbito internacional. A epidemia de Zika demonstrou que a gestão da saúde pública pela OMS prioriza os interesses do norte global em detrimento das demandas do Terceiro Mundo. É certo que hoje os discursos são mais velados, os propósitos não são tão evidentes quanto na época colonial, mas nem por isso são menos maléficis aos países e aos povos terceiro-mundistas.

Nesse sentido, o direito internacional é um instrumento valioso para a promoção de interesses, sejam eles quais forem. Isso porque ostenta legitimidade e universalidade na regulação da sociedade internacional. É ele que fornece o regramento para a promoção de demandas e de valores. Aliás, a força do discurso dos direitos humanos exerce um papel de destaque no âmbito da saúde global, tendo em vista que a saúde é um direito humano. Tudo que se faz ou se propõe sob o invólucro da “saúde global” tende a ser aceito e bem recebido. Em última análise, o exercício do poder estatal sobre o corpo das populações - enquanto objeto do direito à saúde - constitui meio para a defesa de interesses políticos e econômicos.

A ligação colonial existente entre a gestão da saúde pública durante as epidemias e a limitação da circulação de pessoas parece não se repetir nos dias de hoje. Isso se justifica em virtude do objetivo do RSI de combater a emergência sanitária sem o comprometimento desnecessário do tráfego internacional<sup>190</sup>. A princípio, portanto, seria inviável - e, principalmente, ilegítimo - utilizar medidas sanitárias emergenciais como pretexto para restringir o trânsito de pessoas por motivos divorciados da situação epidêmica. A realidade da prática

---

<sup>190</sup> Considera-se tráfego internacional o movimento de pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais através de uma fronteira internacional, incluindo o comércio internacional (RSI, Artigo 1).

internacional, porém, é diversa. Como visto, o surto de Ebola motivou o fechamento indevido de aeroportos e a objeção à entrada em alguns países do norte global de pessoas vindas de certos países africanos. A atitude desses países foi amplamente questionada, na medida em que sobressaiu a existência de outros motivos que a deflagraram, os quais estavam desconectados com a preocupação sanitária. A intenção subjacente a essas práticas reprováveis estava relacionada a preconceitos, a exclusões e a opressões históricas de povos terceiro-mundistas pelos europeus.

Outro aspecto a ser destacado no período colonial era a prevalência do interesse econômico do colonizador na administração da saúde pública. Naqueles tempos, a preocupação central era a prosperidade do comércio, a sobrevivência do colonizador e a manutenção da mão de obra. Para alcançar esses objetivos - conforme explicitado no capítulo segundo - o controle sanitário era fundamental. Talvez em função do distanciamento temporal esses propósitos sejam bastante evidentes e coerentes.

Contudo, voltando o olhar para a atualidade, as práticas parecem mais obscuras, mas nem por isso desimportantes. Ao analisar a atuação da OMS no transcorrer de uma emergência sanitária, é possível observar a predominância dos interesses comerciais, sobretudo porque as medidas previstas pelo RSI se destinam ao combate da epidemia sem a afetação do tráfego internacional. Esse era justamente o mote das antigas Conferências Sanitárias Internacionais. Hoje a governança da saúde pública deve estar alinhada com o aprofundamento do processo de globalização. Por outro lado, no lugar do colonizador europeu, vê-se a figura do cidadão do norte global. As medidas emergenciais têm por fim último preservar as fronteiras do Primeiro Mundo, impedir o alastramento dos agentes epidêmicos mais gravosos para os países do norte. É o que se viu tanto na epidemia de Ebola como na epidemia de Zika.

O mesmo raciocínio se aplica ao exame da coerência das condutas da OMS em relação aos seus objetivos, compromissos e finalidades institucionais. O cotejo das disposições da Constituição e do RSI e com a atuação prática da OMS resulta em conclusões semelhantes às evidenciadas acima.

Consta do Preâmbulo da Constituição da OMS uma série de princípios com vistas à promoção de “felicidade, de relações harmoniosas e de segurança de todos os povos”. Entre eles está a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se restringindo à mera ausência de doença ou enfermidade. O documento prevê que a fruição do

mais alto nível de saúde constitui direito fundamental de qualquer ser humano, “sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social”. Há também a advertência de que as diferenças entre países na promoção de saúde e no controle de doenças consistem em um perigo comum às nações. O RSI, por sua vez, objetiva prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças (Artigo 2). Sua implementação deve obedecer a Carta das Nações Unidas e a Constituição da OMS, tendo como meta sua aplicação universal, para a proteção de todos os povos do mundo contra a propagação internacional de doenças (Artigo 3).

A retomada dessas delimitações finalísticas reitera o caráter bastante abrangente e complexo do direito à saúde. Os regramentos acima expostos demonstram que a OMS, diante de situação de emergência sanitária, possui o dever de combater de forma integral a propagação da doença visada. Compete-lhe empreender ações de prevenção, considerando, inclusive, causas e determinantes macroestruturais. Além disso, a atuação da OMS deve se dar indistintamente em relação a todos os países atingidos ou ameaçados pelo evento emergencial.

As disposições protetivas da Constituição e do RSI visam à promoção de saúde integral à totalidade da população mundial, sem qualquer tipo de discriminação. O direito à saúde envolve uma série de necessidades básicas - como o acesso a saneamento e esgoto, a boa qualidade da água e do ar, o controle de pragas etc. -, que são alcançadas com medidas simples, pouco dispendiosas e de grande impacto em termos de saúde pública (GOSTIN, 2007, p. 226). Não se resume, portanto, ao fornecimento de medicamento ou de atendimento médico.

Postas essas premissas de ação, a conduta da OMS em situações de emergência sanitária torna-se duvidosa em termos de coerência com suas finalidades institucionais. A epidemia possui o poder de revelar dinâmicas mais profundas na saúde global, as quais expõem os limites reais e corriqueiros daquela noção.

No caso do Zika, a atuação da OMS contraria os princípios para a realização da alardeada saúde global. À evidência, prevaleceu a “lógica de contenção de crises” – consistente na adoção de medidas sanitárias destinadas a conter o alastramento da doença –, o que confirma o privilégio dos interesses das nações desenvolvidas (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 41). As medidas empreendidas pela OMS não se mostram condizentes com o objetivo de efetivar a saúde global no âmbito do Terceiro Mundo. As necessidades sanitárias da população local, em especial as

referentes às causas do surgimento e da proliferação do mosquito vetor do vírus Zika, não foram determinantes na conduta da OMS.

As decisões em prol de uma suposta saúde “global” foram tomadas com o principal objetivo de impedir a chegada da epidemia aos países do norte do globo. Nesse sentido, a noção de saúde global remanesce hegemônica por usar um termo totalizante, que veicula interesses dominantes. Apesar de existir muitas opiniões em contrário, a saúde global é mais “parcial” do que “global”, tendo em vista que suas instituições e suas ideias são fortemente influenciadas por um pequeno número de “jogadores poderosos com agendas particulares” (BIRN et al., 2017, p. 2421/2421).

Certo é que a abordagem da emergência pela OMS beneficiou (em algum grau) os países do sul global, pois houve êxito na contenção do surto epidêmico. Todavia, o que se pretende ressaltar é o desprestígio das demandas do Terceiro Mundo durante a aplicação do direito internacional. Não obstante a existência de regras jurídicas que constroem a OMS a atender de maneira equânime as necessidades sanitárias de todos os países, sua interpretação e utilização geraram um tratamento anti-isonômico quanto aos interesses do sul global. Ainda que a OMS tenha agido respaldada pelos instrumentos jurídicos aplicáveis ao caso, a emergência sanitária expôs os desequilíbrios e conflitos da relação entre o Terceiro Mundo e o direito internacional.

Por outro lado, poder-se-ia argumentar que a finalidade primordial do RSI é justamente evitar a propagação de um evento emergencial. A afirmação não é equivocada. Ocorre que as medidas da OMS não devem se restringir à contenção da crise sanitária. Sua atuação deve ser pautada pelas diretrizes constitucionais que garantem o amplo acesso à saúde. Ademais, a prevenção de emergências sanitárias constitui um dos objetivos do RSI. Existem, portanto, medidas de curto, médio e longo prazos a serem tomadas, a fim de combater o evento emergencial sem se afastar do propósito maior de promoção de saúde para todos. Contudo, afora o mencionado objetivo de prevenção, as regras do RSI não especificam a forma pela qual se prevenirá as emergências sanitárias. Não há previsão e/ou detalhamento de providências práticas, o que dificulta a própria exigibilidade dos compromissos decorrentes do Regulamento.

Em síntese, no contexto da epidemia de Zika, as medidas implementadas pela OMS em relação aos países afetados pelo surto – a grande maioria pertencente ao Sul global – não visaram à melhoria das condições primárias de saúde pública e de infraestrutura sanitária. Esse tipo de conduta, amparada pela regulamentação sanitária internacional, não contribuiu para a efetivação

do direito à saúde nos países de Terceiro Mundo, especialmente se considerado o amplo conteúdo do referido direito nos termos previstos pela Constituição da OMS.

Diante desse quadro, indaga-se sobre a eventual possibilidade de responsabilização da OMS perante o direito internacional, em razão da dissonância de suas condutas ao longo de uma emergência sanitária com os princípios por ela proclamados. Até que ponto o direito internacional estaria apto a proteger os interesses terceiro-mundistas no âmbito de um evento sanitário emergencial?

### **3.4.2. É possível responsabilizar internacionalmente a OMS?**

O tema da responsabilidade das organizações internacionais é deveras vasto e complexo. Não se pretende aqui esgotar o assunto, pois o espaço físico para isso é limitado, assim como o objetivo desta dissertação não se refere à mencionada responsabilidade. A intenção é apenas rascunhar alguns elementos que possam ser úteis à efetiva promoção de saúde global no Terceiro Mundo por meio do direito internacional.

Fixadas essas balizas, examinam-se brevemente os pontos relevantes para o trabalho.

A responsabilidade internacional por muito tempo esteve concentrada nos atos dos Estados, uma vez que somente eles dispunham de personalidade jurídica. A responsabilidade constitui corolário do princípio da igualdade entre os Estados, na medida em que devem ser iguais nos direitos e nas obrigações perante os demais membros da sociedade internacional.

A extensão da personalidade jurídica às organizações internacionais contribuiu para o seu reconhecimento como sujeitos ativos ou passivos em termos de responsabilidade internacional (CANÇADO TRINDADE, 2012, p. 611-612). O fundamento teórico da responsabilidade internacional das organizações internacionais está assentado, portanto, na personalidade jurídica autônoma de direito internacional, reconhecida pioneiramente pela Corte Internacional de Justiça em relação à ONU (CRETELLA NETO, 2013, p. 653).

A responsabilidade das organizações internacionais ainda não possui um regramento jurídico definitivo. O tema fez parte do programa de trabalho da Comissão de Direito Internacional (CDI) das Nações Unidas<sup>191</sup>, do qual resultou o projeto de “Artigos sobre a

---

<sup>191</sup> Os trabalhos da CDI sobre esse tópico estão disponíveis em: [http://legal.un.org/ilc/guide/9\\_11.shtml](http://legal.un.org/ilc/guide/9_11.shtml)

Responsabilidade das Organizações Internacionais”<sup>192</sup>, adotado pela mencionada Comissão em sua 63ª sessão em 2011<sup>193</sup>. O projeto conta com 67 artigos, comentados pelos Estados e por organizações internacionais<sup>194</sup>.

Destina-se a tratar de duas situações não abordadas pela proposta de “Artigos sobre a Responsabilidade dos Estados por atos internacionalmente ilícitos”: a responsabilidade das organizações internacionais e a responsabilidade do Estado pela conduta de uma organização internacional, sendo a maior ênfase no primeiro aspecto. No estado atual do direito internacional, pode-se afirmar que “inexiste uma norma bem definida em matéria de responsabilidade internacional das organizações internacionais e nem dos Estados por ato de organização de que façam parte” (CRETELLA NETO, 2013, p. 656).

Não obstante a necessidade de aperfeiçoamento, o projeto é de extrema relevância no campo normativo internacional, uma vez que busca responder a inúmeras questões surgidas com a multiplicação das organizações internacionais nos últimos anos.

É o caso, *e.g.*, do *locus standi in judicio* das organizações internacionais perante a CIJ; como sujeitos ativos e passivos (uma questão muito debatida, mas não resolvida); do controle judicial dos atos sobretudo do Conselho de Segurança, mas também da Assembleia Geral da ONU (questão igualmente discutida, mas tampouco resolvida até o presente); a responsabilidade internacional concomitante ou solidária das organizações internacionais e dos Estados (cf. *Supra*); e o impacto do *jus cogens* internacional no Direito das Organizações Internacionais. (CANÇADO TRINDADE, 2012, p. 617-618).

Há quem considere que o projeto possui implicações “revolucionárias” para o direito internacional público, bem como para a governança e as relações globais, sobretudo porque pode “alavancar a personalidade jurídica” das organizações internacionais a um patamar nunca antes visto, aproximando-as do Estado (GAL-OR; RYNGAERT, 2012, p. 511).

Todavia, existem fragilidades a serem apontadas, especialmente no que tange à generalidade de suas previsões e à utilização de regras próprias dos Estados<sup>195</sup>.

---

<sup>192</sup> *Draft Articles on the Responsibility of International Organizations (DARIO)*.

<sup>193</sup> Em 2001, a CDI adotou o projeto de “Artigos sobre a Responsabilidade dos Estados por atos internacionalmente ilícitos”, sendo que a proposta referente às organizações internacionais decorre desse primeiro projeto.

<sup>194</sup> Disponível em:

[http://legal.un.org/docs/?path=../ilc/texts/instruments/english/draft\\_articles/9\\_11\\_2011.pdf&lang=EF](http://legal.un.org/docs/?path=../ilc/texts/instruments/english/draft_articles/9_11_2011.pdf&lang=EF)

<sup>195</sup> Um ponto questionável é a forma pela qual o direito internacional obriga as organizações internacionais. Sobre o tema, ver: DAUGIRDAS, Kristina. How and Why International Law binds International Organizations. *Harvard International Law*, v. 57, n. 2, p. 325-381, 2016.



No que se refere à responsabilidade internacional, as características específicas de cada uma das organizações internacionais irá influenciar o tratamento dado à matéria. Embora as regras gerais de responsabilidade dos Estados lhes sejam aplicáveis, é imprescindível a previsão de normas particulares para atender às especificidades das organizações (CRETELLA NETO, 2013, p. 645).

Os comentários submetidos à Comissão demonstram a existência de pouco consenso entre as próprias organizações internacionais sobre a viabilidade de aplicação de regras gerais a instituições tão diversas. A maioria das organizações assume a posição de que o quadro jurídico internacional a elas aplicável deve se caracterizar pela especialidade e não pela generalidade (BOON, 2013, p. 135).

A OMS acompanhou ativamente os trabalhos da CDI sobre a regulação da responsabilidade das organizações internacionais. Suas maiores preocupações referiram-se à escassez de parâmetros práticos e à excessiva confiança no prévio projeto acerca da responsabilidade internacional dos Estados, a despeito de diferenças fundamentais existentes entre Estados e organizações internacionais no que diz respeito a funções, a propósitos e ao cabimento de certas medidas contra entes não estatais (BURCI; FEINÄUGLE, 2013, p. 177). Há sérias dificuldades na transposição para organizações internacionais de regras originariamente criadas para o Estado. A prática da OMS é caracterizada cada vez mais por novas formas híbridas, por governança horizontal com outras organizações internacionais e também por parcerias público-privadas, que às vezes formam uma complexa estrutura jurídica (BURCI; FEINÄUGLE, 2013, p. 179).

Feito esse modesto apanhado acerca da responsabilidade das organizações internacionais, cumpre perquirir se a conduta da OMS no caso estudado é sancionável nos termos do projeto de artigos da CDI.

Segundo o artigo 4 do projeto<sup>196</sup>, haverá ato internacionalmente ilícito por parte de uma organização internacional quando a conduta consistente em uma ação ou omissão for atribuível a tal organização, assim como redundar em violação de uma obrigação internacional desta organização. A existência de dano não constitui um elemento necessário para a configuração de responsabilidade da organização, embora ele esteja presente na maioria dos casos.

---

<sup>196</sup> *Draft Articles on the Responsibility of International Organizations* (DARIO), Article 4 – Elements of an internationally wrongful act of an international organization. There is an internationally wrongful act of an international organization when conduct consisting of an action or omission: a) is attributable to that organization under international law; and b) constitutes a breach of an international obligation of that organization.

Para fins de responsabilização, é fundamental definir o que representa uma violação de obrigação perante o direito internacional. A obrigação poderá advir de “um tratado que vincule a organização internacional ou de qualquer outra fonte de direito internacional aplicável à organização”<sup>197</sup>. Como afirmou a Corte Internacional de Justiça na Opinião Consultiva sobre a Interpretação do Acordo de 25 de Março de 1951 entre OMS e Egito, “as organizações internacionais são vinculadas por quaisquer obrigações que lhes incumbem por força das regras gerais do direito internacional, nos termos das suas constituições ou dos acordos internacionais de que são partes”<sup>198</sup>. A violação é possível a partir de quaisquer dessas obrigações internacionais.

O artigo 64, por sua vez, esclarece que as disposições do projeto não se aplicam quando houver regras específicas da própria organização determinando os pressupostos para a responsabilização internacional. O dispositivo estabelece o caráter residual das regras de responsabilidade, priorizando as normas internas das organizações em relação ao conteúdo das obrigações, violações e contramedidas.

The Chairman suggested that, while there is no formal hierarchy between sources of international law, there is a kind of informal hierarchy that emerges pragmatically as a ‘forensic’ or ‘natural’ aspect of legal reasoning, preferring the special standard to the more general one. This pragmatic hierarchy, he suggested, expresses the consensual basis of international law: preference is often given to a special standard because it not only best reflects the requirements of the context, but because it best reflects the intent of those who were to be bound by it.<sup>13</sup> As such, the Commission’s articles give considerable weight to specific organizational norms. (BOON, 2013, p. 137)

A referência à *lex specialis* não desvincula as organizações internacionais das normas gerais de direito internacional. O artigo 2(b) define as “*rules of organization*” como sendo os instrumentos constituintes, as declarações, as resoluções e os outros atos da organização internacional, adotados em conformidade com aqueles instrumentos e com a prática da organização. Incluem-se também acordos firmados entre a organização e terceiros, bem como as decisões judiciais e/ou arbitrais.

The international organizations most likely to have relevant ‘special rules’ are the active ones: international organizations that meet regularly, that issue resolutions or decisions, that write and revise applicable regulations, and that have their own judicial bodies. Dormant or inactive international organizations will have a harder time proving that

---

<sup>197</sup> *Draft Articles on the Responsibility of International Organizations* (DARIO), Article 4 – Commentary (2), p. 14.

<sup>198</sup> International Court of Justice, Reports 1980, p. 89-90. Disponível em: < <http://www.icj-cij.org/docket/files/65/6303.pdf>>

special rules exist. This already generous list is expanded by relevant practice: a special rule, such as consensus decision-making, may be derived from the practice of the organization, even where there is no such rule in the treaties. (BOON, 2013, p. 139)

Em outras palavras, a organização internacional pode dispor de outras previsões em seu próprio regramento, que prevalecerão, na qualidade de lei especial ou leis da organização, sobre as disposições genéricas do projeto de Artigos<sup>199</sup>. Contudo, há de se observar a atual inconsistência entre a norma geral e as regras específicas ou a intenção excludente de uma em relação à outra, não bastando demonstrar apenas que as normas tratam do mesmo assunto (BOON, 2013, p. 141)<sup>200</sup>.

No caso da epidemia de Zika, o RSI se enquadra no conceito e na ideia de “*rules of the organization*”, podendo ser tratado como lei especial, a autorizar a exceção aos “Artigos sobre Responsabilidade das Organizações Internacionais”. Gian Luca Burci e Clemens Feinäugle justificam a especialidade do RSI:

The IHR are regulations in the sense of articles 21 and 22 of the WHO Constitution and are thus, together with the conventions and agreements under articles 19 and 20 and recommendations under article 23, the normative instruments by which WHO acts. Regulations are legally binding on WHO member States and can be adopted only in the five areas specified in article 21 of the WHO Constitution, which include notably procedures to prevent the international spread of disease. (BURCI; FEINÄUGLE, 2013, p. 186)

No âmbito de uma emergência sanitária, o artigo 56(5) do RSI – que trata da solução de controvérsias - determina que, em caso de um litígio entre a OMS e um ou mais Estados Partes referente à interpretação ou aplicação do Regulamento, a questão será submetida à Assembleia de Saúde<sup>201</sup>. De fato, o artigo 18, alínea *d*, da Constituição da OMS<sup>202</sup>, estabelece que cabe à

---

<sup>199</sup> Há sérias críticas a respeito dessa “derrogação” das normas gerais em favor de normas específicas de cada uma das organizações internacionais, sobretudo porque, de certo modo, enfraqueceria a força normativa do Projeto. Kristen E. Boon comenta a respeito da obscuridade do conceito de *lex specialis*: “*Nonetheless, there remains substantial murkiness with regards to the lex specialis mechanism under the articles. Important work remains to be done in clarifying the concept of lex specialis which the International Law Commission in another context has acknowledged is vague, heavily context-dependent, and impossible to codify*”. (BOON, 2013, p. 138)

<sup>200</sup> Existem outros requisitos a serem observados para que uma regra específica da organização internacional prevaleça em relação à norma geral. Além da inconsistência atual entre elas, é necessário que um conjunto normativo seja mais específico que o outro, que as fontes do direito relacionadas ao conflito autorizem a aplicação da lei especial, assim como que a aplicação da *lex specialis* não altere direitos ou obrigações dos beneficiários do acordo (BOON, 2013, p. 141).

<sup>201</sup> WHO Constitution, Article 10 - The Health Assembly shall be composed of delegates representing Members.

<sup>202</sup> Article 18 - The functions of the Health Assembly shall be:

[...].

Assembleia revisar e aprovar relatórios e atividades do Secretariado e do Diretor-Geral. Além disso, a alínea *m* do mesmo artigo autoriza a Assembleia a tomar outras atitudes necessárias ao alcance do objetivo da Organização<sup>203</sup>.

Although this provision [Article 56(5)] does not override a specific rule of the International Law Commission's articles, it could be expected that disputes on responsibility will be resolved by resorting to some kind of neutral and independent body that would decide the case. Although it might be one of the few examples, IHR article 56(5) could thus be interpreted as a special rule in the sense of article of the International Law Commission's articles concerning an aspect of the implementation of the responsibility of WHO. (BURCI; FEINÄUGLE, 2013, p. 187)

No caso ilustrativo da epidemia de Zika, os principais problemas na aplicação do RSI foram o desvirtuamento do objetivo de prevenção da emergência sanitária, além de o ilegítimo favorecimento dos interesses das nações desenvolvidas nas ações de combate à enfermidade. Tais assuntos evidentemente dizem respeito à interpretação e à aplicação do RSI. Nessa situação, tendo em vista que compete ao Diretor-Geral deflagrar e conduzir o evento emergencial, nos termos dos artigos 12 e 48, do RSI, uma forma de responsabilizar a OMS seria acionar a Assembleia da Saúde. Qualquer dos países prejudicados poderia buscar providências perante a Assembleia Geral com a finalidade de compelir a OMS a observar suas obrigações institucionais.

Ainda que se aplique o RSI na qualidade de *lex specialis*, é preciso ter em mente que sua utilização é limitada. As normas insertas no Regulamento não eliminam por completo as regras do Projeto de Artigos. O RSI indica quando há afronta a uma obrigação internacionalmente estabelecida, bem como determina o procedimento a ser observado para sua apuração e/ou o órgão perante o qual a questão será submetida. Contudo, o Regulamento não define a forma pela qual se dará efetivamente a responsabilização da OMS.

É nesse ponto que se retoma a aplicabilidade do Projeto de Artigos, que na Terceira Parte trata do conteúdo da responsabilidade das organizações internacionais. Em linhas gerais, são definidas as consequências dos atos internacionalmente ilícitos praticados por organizações internacionais. Os três capítulos se referem a princípios gerais, especificidades da obrigação de

---

(d) to review and approve reports and activities of the Board and of the Director-General and to instruct the Board in regard to matters upon which action, study, investigation or report may be considered desirable; [...].

(m) to take any other appropriate action to further the objective of the Organization.

<sup>203</sup> WHO Constitution, Article 1 - The objective of the World Health Organization (hereinafter called the Organization) shall be the attainment by all peoples of the highest possible level of health.

reparar e consequências adicionais referentes a graves violações de normas peremptórias de direito internacional geral.

Segundo o artigo 31 do Projeto, a responsabilidade internacional por atos ilícitos abrange a reparação integral dos danos causados pela organização internacional. Considera-se dano qualquer prejuízo de ordem material ou moral decorrente do ato ilícito (artigo 31.2). Tal princípio costuma ser aplicado de maneira flexível, tendo em vista ser frequente que a parte lesada prefira a cessação ou o impedimento da repetição do ato ilícito<sup>204</sup>.

No contexto da epidemia de Zika, a OMS seria demandada perante a Assembleia Geral pelo(s) Estado(s) prejudicados, seguindo as disposições do RSI, a fim de caracterizar a violação de suas obrigações institucionais durante a condução parcial da crise sanitária. Aferida sua responsabilidade, a resposta viria do artigo 34 do Projeto de Artigos, que determina as formas de reparação do dano, quais sejam: restituição, compensação ou satisfação, a serem aplicadas isolada ou conjuntamente. No evento epidêmico, a medida mais adequada a se perquirir seria impor à OMS a compensação dos prejuízos sofridos pelos países do Terceiro Mundo (artigo 36), por intermédio da estipulação de obrigações de fazer destinadas justamente ao adimplemento de seus compromissos institucionais, ao atendimento das demandas terceiro-mundistas e ao tratamento igualitário à saúde de todos os povos.

Para além da apresentação da controvérsia perante a Assembleia da Saúde, o Comitê de Revisão do RSI pode constituir um meio de levar a causa ao conhecimento e deliberação dos demais Estados. Embora seja um instrumento de controle da aplicação do Regulamento, as deliberações do Comitê podem conduzir indiretamente à responsabilização da organização perante os Estados-membros.

A propósito, a OMS diferencia-se de outras organizações da ONU não por possuir instâncias de controle interno, mas por funcionar com dois tipos de Comitês previstos pelo RSI (VENTURA, 2013, p. 199). Enquanto ao Comitê de Emergência compete participar da declaração de uma emergência sanitária, o Comitê de Revisão<sup>205</sup> deve emitir recomendações

---

<sup>204</sup> *Draft Articles on the Responsibility of International Organizations* (DARIO), Article 31 – Commentary (3), p. 56.

<sup>205</sup> Constitui um grupo formado por peritos selecionados e nomeados pelo Diretor-Geral dentre as pessoas integrantes do Cadastro de Peritos do RSI e, quando apropriado, noutros painéis assessores de peritos da Organização. A seleção dos membros do Comitê observará os “princípios da representação geográfica equitativa; equilíbrio entre os gêneros; equilíbrio entre os peritos de países desenvolvidos e países em desenvolvimento; representação da diversidade de opiniões científicas, enfoques e experiências práticas em várias partes do mundo; e um equilíbrio interdisciplinar apropriado” (RSI, art. 50)..

técnicas sobre emendas ao Regulamento para o Diretor-Geral; fornecer assessoramento técnico ao Diretor-Geral acerca das recomendações permanentes e de quaisquer modificações ou extinção das mesmas e fornecer assessoramento técnico ao Diretor-Geral acerca de qualquer assunto relativo ao funcionamento do Regulamento (art. 50). A cada sessão, o Comitê elabora um relatório com opiniões e pareceres não vinculantes para a organização, o qual será submetido ao Diretor-Geral, que comunicará a Assembleia Mundial da Saúde ou o Conselho Executivo para sua consideração e ação (art. 52.3).

O primeiro Comitê de Revisão do atual RSI ocorreu no caso da epidemia de gripe A(H1N1), em virtude de previsão regulamentar nesse sentido.

Paralelamente à necessidade de revisão ordinária do RSI, instalou-se a partir do final do ano de 2009, uma crise conjuntural sem precedentes na OMS. Denúncias de conflitos de interesses por parte dos especialistas da OMS, ou até mesmo de que não havia uma real pandemia em curso, encontraram eco nos meio de comunicação de diversos países<sup>206</sup>. (VENTURA, 2013, p. 209)

Assim, em janeiro de 2010, foi instalado um Comitê de Revisão do RSI e sobre a epidemia gripe A(H1N1). Ele possuía dois objetivos aparentemente distintos: efetuar o primeiro exame periódico do RSI e o estudo da resposta oferecida pela OMS à pandemia. Não obstante não dispusesse de mandato para apurar eventuais faltas cometidas por funcionários da OMS ou por peritos a seu serviço (VENTURA, 2013, p. 213), o Comitê de Revisão teve o mérito de expor ao debate crítico as escolhas e as medidas tomadas no calor da crise emergencial.

O fato de o Comitê não ser um órgão punitivo por natureza não o impede de funcionar como meio transversal de responsabilização da OMS. Isso porque, conforme dito acima, segundo o artigo 52 do RSI, seu trabalho resultará em um relatório - não vinculante para a OMS -, a ser submetido ao Diretor-Geral, que comunicará à Assembleia Mundial da Saúde ou ao Conselho Executivo. Se por um lado a apresentação dos resultados obtidos com a aplicação do RSI consiste em uma medida de transparência, por outro há de destacar que a instauração do Comitê de Revisão não é obrigatória e fica ao alvedrio do Diretor-Geral.

A exceção às normas gerais do Projeto de Artigos deve ser utilizada com cautela. A tendência das organizações internacionais se esquivarem da responsabilidade perante a sociedade internacional é real. As regras próprias de cada organização não podem servir de escudo para o

---

<sup>206</sup> Esses aspectos já foram discutidos e esclarecidos em tópico anterior.

descumprimento de obrigações internacionalmente acordadas, nem como blindagem contra uma responsabilidade internacional mais efetiva e justa. Nesse sentido, o Projeto de Artigos representa um instrumento jurídico hábil a promover a responsabilidade internacional da OMS, merecendo ser prestigiado.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa surgiu e se desenvolveu a partir da inquietude gerada por uma observação, pelo questionamento seguinte e por uma insistente suspeita. Sobretudo em virtude das recentes epidemias de Ebola e de Zika – esta certamente mais impactante na perspectiva latino-americana -, os debates a respeito da saúde global se avolumaram, não apenas na mídia mundial, mas também em diversas áreas acadêmicas. Embora houvesse a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional, os vínculos contemporâneos do direito internacional com a saúde global não pareciam estar claros. Diante das assimetrias econômicas e sociais evidenciadas nas emergências sanitárias, a questão estava em identificar a forma pela qual o direito internacional e a saúde global se relacionam, como os interesses promovidos por eles dialogam, convergem ou se repelem. A suspeita que conduziu o trabalho foi a reprodução de dinâmicas coloniais no contexto de epidemia, exercendo o direito internacional um importante papel na legitimação de demandas desvinculadas do interesse dito global.

A passagem (não o abandono) da ideia de saúde pública internacional para saúde global representa uma mudança limitada. De fato, com o complexo processo de globalização da economia e suas demais implicações sistêmicas, as fronteiras sanitárias entre os países foram praticamente eliminadas. Disso decorreu o surgimento de uma grande “aldeia global”. O aumento significativo das possibilidades de contágio e de propagação de agentes patogênicos exige uma abordagem sanitária não pautada apenas em interesses nacionais ou regionais. A saúde global visa (ou deveria visar) ao atendimento equânime das necessidades sanitárias de toda a população mundial. A constatação subjacente a essa posição estratégica é a de que um evento sanitário ocorrido em determinado lugar representa um perigo potencial para toda a humanidade. Essa visão mais macroestrutural é o principal fator de inovação no campo da saúde pública internacional.

Contudo, a análise mais detida de uma emergência sanitária – no caso, por razões mencionadas anteriormente, optou-se pela epidemia de Zika<sup>207</sup> - traz à tona outras percepções a respeito de como a saúde global é operacionalizada na prática. A OMS, enquanto coordenadora

---

<sup>207</sup> Isso não exclui comentários tangenciais e breves comparações com a epidemia de Ebola, não obstante o foco ilustrativo permaneça na epidemia de Zika.



da promoção internacional de saúde pública, possui uma conduta contraditória em relação aos interesses proclamados por ela. Defende um vasto conteúdo do direito à saúde, a ser promovido indistintamente entre os povos do mundo, levando-se em consideração também as determinantes sociais das doenças. Não obstante, aplica às emergências sanitárias a “lógica de contenção da crise”, segundo a qual são priorizados os interesses dos países do norte global, relegando-se ao esquecimento as causas estruturais de enfermidades que assolam o Terceiro Mundo<sup>208</sup>. Há um verdadeiro desacoplamento entre o discurso “global”<sup>209</sup> e a prática da OMS. A saúde dita global não é destinada igualmente a todos, uma vez que as necessidades do norte global são priorizadas. São os chamados países desenvolvidos que são contemplados *a priori* em suas demandas sanitárias.

Não causam espécie as sutilezas do emaranhado existente entre a governança da saúde global e os interesses nem sempre legítimos (em termos de justiça social) promovidos pela OMS. As ligações entre saúde pública e exercício de poder são históricas. As medidas sanitárias estiveram a serviço do colonialismo. O direito internacional moderno e suas principais doutrinas, por sua vez, surgiram a partir do encontro colonial. Assim, esses três empreendimentos – saúde pública, colonialismo e direito internacional – estiveram intimamente conjugados em determinado momento histórico, sendo que os efeitos desse arranjo remanescem e são replicados nos dias atuais.

A instrumentalidade do direito internacional ao projeto colonial – fornecendo a justificativa para a subjugação dos povos colonizados pelos europeus – é perceptível na conduta da OMS por ocasião do enfrentamento de emergência sanitária. Isso porque toda a atuação parcial da OMS, com a desconsideração e/ou com o menosprezo das demandas do Terceiro Mundo, ocorreu sob o “manto” do direito internacional, em conformidade (ao menos formal) com os instrumentos jurídicos aplicáveis à situação. Da mesma forma, o direito internacional foi utilizado para legitimar a expansão colonialista espanhola com as doutrinas criadas e desenvolvidas por Francisco de Vitoria. Nos dias de hoje, ele é hábil para sustentar a lógica colonial de perpetuação das desigualdades históricas na periferia do sistema internacional.

---

<sup>208</sup> É importante registrar, nesse ponto, que a responsabilidade de cada país de lidar com as condições sanitárias de sua população não exclui o compromisso internacional da OMS de efetivamente cooperar para o combate das epidemias (também outras questões de saúde) desde suas origens.

<sup>209</sup> Este discurso se manifesta em diversos outros documentos, projetos e declarações da OMS.

A subserviência do direito internacional aos interesses dominantes em cada época - nesses casos, aos interesses coloniais - demonstra a força política do discurso jurídico. É essencial compreender que o terreno do direito internacional não está despido de interesses políticos. O direito internacional emerge justamente do interesse estatal politicamente motivado, constitui produto de escolhas políticas. Mais do que isso, os direitos podem ser considerados “argumentos políticos”. Não há que se falar em apoliticidade do direito internacional, enquanto discurso técnico. Associar isenção política ao conhecimento técnico é uma prática bastante comum. Afastar a discussão política do direito internacional é prejudicial, sobretudo porque o discurso jurídico carrega em si o poder legitimador das decisões que em nome dele são tomadas. No âmbito da saúde global, a prevalência (e a reverência!) ao discurso técnico impede a devida identificação dos poderes e dos interesses em jogo na arena internacional. Culmina com a exclusão de importantes demandas sanitárias terceiro-mundistas, mesmo sob a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional.

O conhecimento da história do direito internacional se mostra extremamente profícuo para a crítica da disciplina. Por meio dele é possível estabelecer conexões, identificar discontinuidades e traçar novos caminhos, tomando-se em conta as reflexões a respeito de experiências passadas. Nesse sentido, a análise crítica da formação colonial do direito internacional moderno evidencia o papel do direito internacional no campo da saúde global. Embora o direito internacional venha sendo conivente com a perpetuação de desigualdades históricas, ele pode também ser utilizado para a defesa dos interesses do Terceiro Mundo. Não se pode desconsiderar a força transformadora do direito internacional, uma vez que constitui um instrumento legítimo para a resistência e a luta por um mundo mais equânime. Fazer uso dele para essa finalidade depende da atitude dos internacionalistas, notadamente aqueles alinhados ao pensamento crítico pós-colonial. Não se nega obviamente sua origem colonial e seu viés eurocêntrico, mas ainda sim não se pode abrir mão desse instrumental. A simples reflexão sobre o lugar do direito internacional na saúde global já abre um espaço de diálogo e de transformação contínua.

Seguindo esse raciocínio, é necessário fazer uso dos recursos disponíveis do direito internacional no sentido de alcançar a responsabilização da OMS. Há que se aprimorar a interpretação e a implementação do projeto de “Artigos sobre a Responsabilidade das Organizações Internacionais”, assim como do Regulamento Sanitário Internacional, a fim de que

efetivamente a OMS responda perante os Estados-membros e perante a sociedade internacional por eventuais desvios de conduta. É imprescindível, para tanto, que sua atuação seja acompanhada com olhar crítico dos internacionalistas, que os países e os povos prejudicados tenham voz, sejam ouvidos e sejam atendidos em suas reivindicações. A saúde global não pode funcionar como simples rótulo.

Sob as lentes das TWAIL, este trabalho propôs uma abertura de diálogo entre o direito internacional, a história e a saúde global, com o intuito de encontrar caminhos para a contemplação igualitária das demandas terceiro-mundistas perante a OMS. Para além disso, pretendeu-se jogar luz sobre os entrelaçamentos e persistências históricas existentes entre as origens coloniais do direito internacional e as atuais disparidades sanitárias entre sul e norte globais. A governança da saúde global também se mostra como palco para a reprodução de assimetrias históricas e que, portanto, merece a atenção dos internacionalistas. O discurso jurídico internacional revela-se simultaneamente como problema e como solução. É problemático quando promove e legitima estruturas hegemônicas no campo da saúde global, mas pode ser uma solução se reelaborado segundo uma perspectiva crítica.

Não existem caminhos fáceis ou respostas prontas para se alcançar uma ordem jurídica internacional justa. Nem mesmo é possível afirmar se existem ou se são atingíveis a justiça social e a reparação histórica para os povos e países subjugados pelo passado (bem presente) colonial, tampouco se está a considerar o direito internacional como panaceia. A questão é que os internacionalistas críticos podem (e devem) fazer melhor uso do discurso jurídico para contribuir com o abrandamento das graves questões de saúde pública no Terceiro Mundo.

É preciso ter em mente que o direito internacional é a principal linguagem pela qual a dominação se expressa na era da globalização (CHIMNI, 2003, p. 3). Se o objetivo é atender a uma saúde dita “global”, urge que se busque dentro da ordem jurídica internacional – existente ou a ser construída - espaços de igualdade de voz e de elaboração de soluções que atendam também o Terceiro Mundo.

## REFERÊNCIAS

AGINAM, Obijiofor. The Nineteenth Century Colonial Fingerprints on Public Health Diplomacy: A Postcolonial View. *Law, Social Justice & Global Development Journal*, Ottawa, v. 1, 2003. Disponível em: <http://elj.warwick.ac.uk/global/03-1/aginam.html>

\_\_\_\_\_. *Global Health Governance: International Law and Public Health in a Divided World*. Toronto: University of Toronto Press, 2005.

ALTWICKER, Tilmann; DIGGELMANN, Oliver. How is Progress Constructed in International Legal Scholarship? *The European Journal of International Law*, v. 25 n. 2, 2014, p. 425-444.

ANGHIE, Antony. *Finding the Peripheries: Sovereignty and Colonialism in Nineteenth-Century International Law*. Harvard International Law Journal, v. 40, 1999, p. 1-71.

\_\_\_\_\_. *Imperialism, Sovereignty and the Making of International Law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

ARNOLD, David. *Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*. Los Angeles: University of California Press, 2011.

BACHAND, Rémi. *Critical approaches and the Third world: Towards a Global and Radical critique of international law*. 2010. Disponível em <http://mcgill.ca/files/legal-theory-workshop/Bachand-3rd-world-critical-approaches.pdf>.

BADARU, Opeoluwa Adetoro. Examining the utility of Third World Approaches to International Law for Human Rights Law. *International Community Law Review*, The Hague, v. 10, n. 4, p. 379-387, 2008.

BALA, Poonam. *Biomedicine as a Contested Site: Some Revelations in Imperial Contexts*. New York, Lexington Books, 2009.

BASHFORD, Alison. *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*. New York: Palgrave Macmillan, 2004.

BATHACHARYA, Dru. *Global Health Disputes and Disparities: a critical appraisal of international of population health*. New York: Routledge, 2013.

BEDJAOUÏ, Mohammed. *Towards a New International Economic Order*. Puns: UNESCO, 1979.

BÉLANGER, Michell. *Introduction à un Droit de la santé*. Paris: Archives contemporaines, 2009.

BIRN, Anne-Emanuelle; PILLAY, Yogan; HOLTZ, Thimoty H. *Textbook of Global Health*. 4th. ed. New York: Oxford University Press, 2017.

BOON, Kristen E. *The Role of Lex Specialis in the Articles on the Responsibility of International Organizations*. In: RAGAZZI, Maurizio. *Responsibility of International Organizations: Essays in Memory of Sir Ian Brownlie*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2013, p. 135-145.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/P/decsweb2013.htm>>.

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública internacional para global e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, 2006.

BURCI, Gian Luca; FEINÄUGLE, Clemens. *The ILC'S Articles seen from a WHO perspective*. In: RAGAZZI, Maurizio. *Responsibility of International Organizations: Essays in Memory of Sir Ian Brownlie*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2013, p. 177-187.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. *Direito das Organizações Internacionais*. 5 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

CARMO, Eduardo Hage; PENNA, Gerson; OLIVEIRA, Wanderson Kleber. Emergências de saúde pública : conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados*, v. 22(64), 2008, p. 19-32.

CASSESE, Antonio. *International Law*. New York: Oxford University Press, 2005.

CERTEAU, Michel. *A Escrita da História*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CHIMNI, B. S. Third World Approaches to International Law: A manifesto. *International Community Law Review*, The Hague, v. 8, n. 1, p. 77-103, 2003.

\_\_\_\_\_. International Institutions Today: An Imperial Global State in the Making. *European Journal of International Law*, v. 15, n. 1, p. 1-37, 2004.

\_\_\_\_\_. A Just World under Law: A View from the South. *American University International Law Review*, v. 22, n. 2, p. 199-220, 2007.

CHIMNI, B. S.; ANGHIE, Antony. Third world approaches to international Law and individual responsibility in internal conflicts. *Chinese Journal of International Law*, Beijing, v. 2, n. 1, p. 77-103, 2003.

CHOREV, Nitsan. *The World Health Organization Between North and South*. London: Cornell University Press, 2012.

CLIFT, Charles. *The Role of the World Health Organization in the International System*. London: Chatam House, The Royal Institute of International Affairs. Centre on Global Health Security Working Group Papers, Working Group on Governance, February, 2013.

COHEN, Deborah; CARTER, Philip. Conflicts of interest – WHO and the pandemic flu “conspiracies”. *British Medical Journal*, n. 340, p. 1-14, 2010.

CRETELLA NETO, José. *Teoria Geral das Organizações Internacionais*. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

DEVEAUD, Bertrand; LEMENNICIER, Bertrand. *L’OMS: Bateau ivre de la santé publique – Les dérivés et les échecs de l’agence des Nations Unies*, Paris: L’Harmattan, 1997.

DINIZ, Artur José Almeida. Subdesenvolvimento e Direito das Gentes. Belo Horizonte: *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, v. 34, 1977.

DINIZ, Debora. *Zika: Do Sertão nordestino à ameaça global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

EICKMANN, Sophie Helena et. al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(7), p. 1-3, 2016.

FIDLER, David. A Kinder, Gentler System or Capitulations? International Law, Structural Adjustment Policies, and the Standard of Liberal, Globalized Civilization. *Texas International Law Journal*, v. 35, p. 387-413, 2000.

FIDLER, David. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the WHO*, 79 (9), 2001.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da Biopolítica*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. *Segurança, Território e População*. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. *Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. *Arqueologia das Ciências e história dos sistemas de pensamento*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

\_\_\_\_\_. *A ordem do discurso*. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

FRIEDMAN, Eric A.; GOSTIN, Lawrence O. *The Framework Convention on Global Health: A Call for Leadership from the Global Health Trio*. Disponível em: <

<http://healthaffairs.org/blog/2017/01/12/the-framework-convention-on-global-health-a-call-for-leadership-from-the-global-health-trio/>>

GALINDO, George Rodrigo Bandeira. *Tratados Internacionais de direitos humanos e constituição brasileira*. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

\_\_\_\_\_. Martti Koskenniemi and the Historiographical Turn in International Law. *The European Journal of International Law*, v. 16, n. 3, p. 539–559, 2005.

\_\_\_\_\_. “Quem diz humanidade, pretende enganar”? : *internacionalistas e os usos da noção de patrimônio comum da humanidade aplicada aos fundos marinhos (1967-1994)*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Relações Internacionais, Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. A volta do Terceiro Mundo ao Direito Internacional. *Boletim da Sociedade Brasileira de Direito Internacional*. n. 119-124, v. 1, p. 46-68, 2013.

\_\_\_\_\_. Para que serve a história do direito internacional? Brasília: *Revista de Direito Internacional*, v. 12, n. 1, p. 338-354, 2015.

GAL-OR, Noemi; RYNGAERT, Cedric. From Theory to Practice: Exploring the Relevance of the Draft Articles on the Responsibility of International Organizations (DARIO) - The Responsibility of the WTO and the UN. *German Law Journal*, v. 13, n. 5, p. 511-541, 2012.

GOSTIN, Lawrence O. Meeting the Survival Needs of the World’s Least Healthy People: A Proposed Model for Global Health Governance. *JAMA*, v. 298, n. 2, p. 225-228, 2007.

GOSTIN, Lawrence O. *Global Health Law*. London: Harvard University Press, 2014.

GOSTIN, Lawrence O.; DEBARTOLO, Mary C.; FRIEDMAN, Eric A. The International Health Regulations 10 Years On: The Governing Framework for Global Health Security. *The Lancet*, v. 386, p. 2222-2226, 2015.

HARRISON, Mark. *Disease and the Modern World: 1500 to the present day*. Cambridge: Polity Press, 2004.



HASKELL, John Dixon. The TWAIL Paradox. *RGNUL Financial and Mercantile Law Review*, v. 1, p. 1-17, 2014.

IOM – Institute of Medicine. *Pepfar Implementation. Progress and promise*. Washington, DC: IOM, 2007. Disponível em: < [www.help.senate.gov/imo/media/doc/smits.pdf](http://www.help.senate.gov/imo/media/doc/smits.pdf)>

JOUANNET, Emmanuelle T. Koskenniemi: A Critical Introduction. In: KOSKENNIEMI, Martti. *The Politics of International Law*. Oxford: Hart Publishing, 2011, p. 1-32.

KENNEDY, David. *A World of Struggle: How Power, Law and Expertise Shape Global Political Economy*. Princeton: Princeton University Press, 2016.

KEROUEDAN, Dominique. *Géopolitique de la Santé Mondiale: Leçon inaugurale le prononce le jeudi 14 février 2013*. Nouvelle édition [en ligne]. Paris: Collège de France, 2013.

KEROUEDAN, Dominique. Segurança ou Insegurança da Saúde Mundial na África? Mais Saúde Parcial do que Saúde Global. *Revista Lua Nova*, v. 98, p. 47-76, 2016.

KOPLAN, Jeffrey P. et. al. Towards a common definition of global health. *Lancet*, v. 373, p. 1993-1995, 2009.

KOSELLECK, Reinhart. *Futuro Passado: uma contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC-Rio, 2006.

KOSKENNIEMI, Martti. International law and hegemony: a reconfiguration. *Cambridge Review of International Affairs*, v. 17:2, p. 197-218, 2004.

\_\_\_\_\_. *The Gentle Civilizer of Nations: The Rise and Fall of International Law 1870–1960*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

\_\_\_\_\_. *From Apology to Utopia: The Structure of International Legal Argument*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

\_\_\_\_\_. Empire and International Law: The Real Spanish Contribution. *University of Toronto Law Journal*, v. 61, p. 1-36, 2011.

\_\_\_\_\_. Histories of International Law: Significance and Problems for a Critical View. *Temple International Law & Comparative Law*, v. 27.2, p. 215-240, 2013.

\_\_\_\_\_. Vitoria and Us: Thoughts on Critical Histories of International Law. *Rechtsgeschichte Legal History*, v. 22, p. 119-138, 2014.

\_\_\_\_\_. Expanding Histories of International Law. *American Journal of Legal History*, v. 56, p. 104-112, 2016.

LEON, Joshua K. *The Rise of Global Health: The Evolution of Effective Collective Action*. Albany, NY: Suny Press, 2015.

LAKOFF, Andrew. Two Regimes of Global Health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism and Development*, v. 1, n. 1, p. 59-79, 2010.

LORCA, Arnulf Becker. *Mestizo International Law: A Global Intellectual History 1842-1933*. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

MICKELSON, Karin. Rhetoric and Range: Third World Voices in International Legal Discourse. *Wiscousin International Law Journal*, v. 16, n. 2, 1998, p. 353-420.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. *Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde*. *Revista Saúde Pública*, v. 44(1), p. 200-202, 2010.

MIRANDA-FILHO, Demócrito de Barros et. al. Initial Description of the Presumed Congenital Zika Syndrome. *American Journal of Public Health*, v. 106, n. 4, p. 598-600, 2016.

MORELLE, Aquino; TABUTEAU, Didier. *La Santé Publique*. Paris: PUF, 2010.

MUNIZ, Érico Silva. Memórias da erradicação da varíola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 699-701, 2011.

MUTUA, Makau. What is TWAIL? *American Society of International Law Proceedings of the 94<sup>th</sup> Annual Meeting*, p. 30-38, 2000.

NUNES, João; PIMENTA, Denise Nacif. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. *Revista Lua Nova*, v. 28, p. 21-46, 2016.

OKAFOR, Obiora. Newness, imperialism and international legal reform in our time: A TWAIL perspective. *Osgoode Hall Law Journal*, Toronto, v. 43. n. 1-2, p. 171-191, 2005.

ORFORD, Anne. *Reading Humanitarian Intervention: Human Rights and the Use of Force in International Law*. New York: Cambridge University Press, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Regulamento Sanitário Internacional. 58<sup>a</sup> Assembleia da Organização Mundial da Saúde, 2005.

PACKARD, Randall. Visions of Post War Health and Development and Their Impact on Public Health Interventions in the Developing World. p. 93-155. In COOPER, Frederick; PACKARD, Randall (ed.). *International Development and the Social Sciences: Essays on the history and politics of knowledge*. University of California Press, 1997.

PAHUJA, Sundhya. *Decolonising international law: development, economic growth and the politics of universality*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

RAJAGOPAL, Balakrishnan. Locating the Third World in Cultural Geography. *Third World Legal Studies*, v. 15, p. 1-20, 1999.

RAFOLS, Xavier Pons (ed.). *Salud pública mundial y Derecho Internacional*. Madrid: Marcial Pons, 2010.

RESENDE, Ranieri Lima. *O Regime Jurídico da Responsabilidade das Organizações Internacionais: contribuições à análise de sua aplicabilidade à Organização Mundial do Comércio*. Curitiba, Juruá Editora, 2010.

ROSEN, George. *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015.

RUSHTON, Simon. Global Health Security: Security for Whom? Security from What? *Political Studies*, v. 59, p. 779-796, 2011.

SAID, Edward W. *Orientalismo: o oriente como invenção do ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

\_\_\_\_\_. *Cultura e Imperialismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SKOUTERIS, Thomas. *The Notion of Progress in International Law Discourse*. 2008.

SLEDZIEWSKI, Élizabéth G. Penser les crises sanitaires comme des crises morales et politiques. *Revue Pandémique*. n. 2-3/nov. p. 36-39, 2007.

SUN, Bob Z. *Medicine as Colonial Enterprise: The Founding of the Pasteur Institute, in Saigon*. Senior Thesis, Department of History, Columbia University in the City of New York, 2014.

UNITED NATIONS. International Law Commission. *Draft Articles on the Responsibility of International Organizations*, 2011.

VENTURA, Deisy. *Direito e Saúde Global: O caso da pandemia de gripe A(H1N1)*. São Paulo: Dobra Editorial, 2013.

\_\_\_\_\_. *Responsabilité et santé globale*. In: DELMAS-MARTY, Mireille; SUPIOT, Alain. *Prendre la responsabilité au sérieux*. Paris: PUF, 2015, p. 201-220.

\_\_\_\_\_. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32(4), p. 1-4, 2016.

\_\_\_\_\_. Saúde global e direitos humanos: o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. *Revista Lua Nova*, v. 98, p. 107-140, 2016.

VENTURA, Deisy; PEREZ, Fernanda Aguilar. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. São Paulo, *Revista Lua Nova*, n. 92, p. 45-77, 2014.

YIP, Ka-Che. *Disease, colonialism and the State*. Hong Kong: Hong Kong University Press, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution, 1946.