

Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global

From Ebola to Zika: international emergencies and the securitization of global health

Del Ébola al Zika: las emergencias internacionales y las medidas de seguridad de la salud global

Deisy de Freitas Lima Ventura ^{1,2}

¹ Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

D. F. L. Ventura
Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo.
Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues s/n, Travessas 4 e 5, Cidade Universitária, São Paulo, SP 05508-020, Brasil.
deisyflv@gmail.com

Difundida a partir dos anos 1990, a expressão “saúde global” corresponde originalmente à consciência de que um evento ocorrido em qualquer parte do planeta constitui uma potencial ameaça à população mundial ou à segurança nacional de outros países, especialmente a dos Estados Unidos ¹. A recente crise sanitária ocasionada pela epidemia da doença do vírus do Ebola na África Ocidental consolidou a tendência de securitização da resposta internacional às emergências. Securitização é aqui referida como o processo pelo qual um tema é socialmente construído como um problema de segurança.

Em setembro de 2014, o Secretário Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) criou a primeira missão sanitária de urgência da história, a *Missão das Nações Unidas para a Ação de Urgência Contra o Ebola* (MINAUCE), com o beneplácito do Conselho de Segurança ² e da Assembleia Geral ³, que consideraram a epidemia de Ebola uma ameaça à paz e à segurança mundiais. Encarregada da vertente técnica da resposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi pontualmente destituída da condição de autoridade diretora e coordenadora dos trabalhos internacionais no domínio da saúde que lhe foi atribuída em 1946 pelos Estados-membros, por meio de sua Constituição. Há consenso sobre a demora da OMS em reagir à crise e sobre os limites estruturais de sua ação ^{4,5}. De fato, o subfinanciamento crônico da organização a prende em um círculo vicioso: a falta de confiança torna

escassos os investimentos que seriam capazes de dotar-lhe de maior eficiência ⁶. Mas a quem serviria o desgaste da OMS?

Segundo Horton & Das ⁷ (p. 1805), “*graças ao Ebola, a segurança da saúde global é agora uma prioridade, não apenas para ministros da saúde, mas também para Chefes de Estado*”, porém, esse incremento da segurança teria ocasionado uma erosão do multilateralismo. A atmosfera de Washington, apontada como a mais influente cidade para o futuro da saúde global, seria hoje profundamente hostil à OMS, o que serviria a legitimar diversas iniciativas unilaterais dos Estados Unidos e de outros atores. A opacidade da agenda da saúde global em relação às populações por ela visadas convida a uma análise crítica dessas iniciativas, pois, de modo geral, “*perdem-se de vista os supostos beneficiários das intervenções, que aparecem como tendo pouco a dizer e nada a contribuir*” ⁸ (p. 377).

Por outro lado, a securitização da saúde pode transformar questões sanitárias em ameaças existenciais, exigindo, assim, medidas excepcionais e procedimentos técnicos ou burocráticos que podem, sobretudo por sua urgência, escapar ao escrutínio democrático, com amplas repercussões na esfera política ⁹. Nesse sentido, a securitização pode representar um risco para a democracia e os direitos humanos. Se é verdade que apresentar o Ebola como ameaça à segurança internacional contribuiu para aumento da ajuda material aos Estados mais atingidos, em

contrapartida instaurou, simbolicamente, uma lógica de guerra em escala global sob o signo do binômio *ameaça-defesa* ¹⁰.

No Ocidente, os sete casos de Ebola notificados (quatro nos Estados Unidos e casos individuais na Espanha, na Itália e no Reino Unido), entre os quais apenas um óbito, tiveram repercussão vertiginosamente maior do que o total de 28.639 casos confirmados, prováveis ou suspeitos, e os 11.316 óbitos notificados à OMS ¹¹. Um doente infectado, ou suspeito de sê-lo, passou a ser visto como um inimigo contra o qual todas as medidas necessárias para a defesa dos outros tornam-se justificáveis ¹⁰.

Entre os efeitos negativos da securitização, constatou-se o risco de disseminação de pânico pelos veículos de comunicação, o que, em vez de fortalecer, dificulta o combate à epidemia, além de estigmatizar profissionais da saúde e a população dos locais mais atingidos. Nos Estados Unidos, na Espanha e no Reino Unido, profissionais que atuaram na África Ocidental alegam ter sofrido, quando de seu repatriamento, restrições abusivas de direitos e discriminação. Austrália e Canadá recusaram a entrada em seu território aos provenientes da África Ocidental, em evidente desrespeito à recomendação da OMS de não restringir o tráfego de pessoas. No Brasil, um solicitante de refúgio considerado um caso suspeito (não confirmado) teve sua identidade exposta intensamente pelos meios de comunicação, em flagrante violação à legislação sanitária e ao direito dos refugiados. Episódios de discriminação de migrantes africanos foram relatados em diversos países.

No caso da doença causada pelo vírus da Zika, a securitização tem se manifestado de forma diversa. Embora a resposta internacional mantenha-se na esfera da OMS, há nela uma intrínca interação entre governança das emergências e securitização, cuja análise é dificultada pelos déficits de transparência e prestação de contas que caracterizam os processos decisórios em momentos de crise ¹².

Em fevereiro de 2016, a associação entre o vírus da Zika, transtornos neurológicos e malformações congênitas ¹³ transformou o Brasil no epicentro de uma *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional* (ESPII). Ela foi declarada pela OMS com base no *Regulamento Sanitário Internacional* (RSI) ¹⁴, adotado em 2005 pela Assembleia Mundial da Saúde e vigente em 196 países desde junho de 2007. A circulação mundial ampliada de pessoas e mercadorias aumenta a possibilidade de proliferação de doenças e induz à adoção de barreiras sanitárias que o RSI pretende controlar e reduzir, além favorecer uma vigilância mais proativa ¹⁵.

Enquanto as versões anteriores do RSI destinavam-se a combater doenças específicas, como o cólera ou a varíola, a versão em vigor inovou ao criar a figura jurídico-política da ESPII. Trata-se de “um evento extraordinário” que constitui, para outros Estados, um risco à saúde pública em virtude da propagação internacional de doença ou agravo – independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para seres humanos – e potencialmente exige uma resposta internacional coordenada ¹⁴. Mais precisa que o conceito de doenças emergentes e mais ampla que o de epidemia (restrito à ocorrência do dano), a ESPII não se restringe, portanto, à ocorrência de doenças transmissíveis, podendo contemplar problemas de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais ¹⁶. Logo, os elementos definidores de uma ESPII não são gravidade e letalidade efetivas, mas, sim, seu potencial alcance internacional.

Quem declara uma ESPII é a direção geral da OMS, independentemente do consentimento dos Estados. Esta se baseia na opinião de um Comitê de Emergências constituído por especialistas independentes, escolhidos segundo seu campo de competência e da experiência que melhor corresponder ao evento específico em andamento ¹⁴. Porém, a presença constante de alguns especialistas nos diferentes comitês e um enfoque benevolente dos conflitos de interesse encorajam estudos específicos a respeito.

Até hoje, a OMS declarou quatro ESPIIs, cuja multiplicidade e complexidade de causas e características dificultam comparações. A primeira delas se refere à gripe A (H1N1), em abril de 2009, posteriormente reconhecida como uma pandemia, em junho daquele ano. Houve denúncias de que a OMS teria superestimado a gripe A (H1N1) para beneficiar a indústria farmacêutica ¹⁷. Um comitê sobre a síndrome respiratória por coronavírus-MERS foi criado em julho de 2013, mas suas reuniões periódicas têm reiterado que não se trata de uma ESPII.

A segunda declaração, em maio de 2014, concernente ao poliovírus, diz respeito essencialmente ao risco de propagação ampliado por conflitos armados, em especial na Síria, cujos serviços de vacinação estão gravemente comprometidos.

A terceira ESPII, relativa ao Ebola, foi declarada em agosto de 2014. A constatação dos limites da atuação da OMS suscitou propostas de modificação do RSI (2005), no sentido de dar poderes à organização para punir os Estados que não obedecessem às suas diretrizes. Com efeito, cada declaração de ESPII se faz acompanhar de um conjunto de recomendações da OMS, endereça-

das ao público em geral e a diferentes categorias de atores, em especial aos Estados e ao setor de transporte. Essas recomendações permitem coordenar a resposta à doença, racionalizando meios e providências. Trata-se, indubitavelmente, de *soft law*, pois elas são “orientações de natureza não-vinculante”, permanentes ou temporárias, emitidas pela OMS “*com referência a riscos para a saúde pública específicos existentes, e relativa às medidas de saúde apropriadas, de aplicação rotineira ou periódica, necessárias para prevenir ou reduzir a propagação internacional de doenças e minimizar a interferência com o tráfego internacional*”¹⁴. Logo, o RSI (2005) não prevê sanções para os Estados que não cumprirem tais recomendações.

O poder de punir os violadores do RSI (2005), ao “dar dentes” à OMS, poderia evitar que Estados capazes de cumprir suas normas deixassem de fazê-lo. É o caso das já citadas restrições abusivas de direitos ocorridas durante a crise do Ebola. Entretanto, essa inovação não sanaria a impossibilidade, verificada em numerosos Estados, de desenvolver as capacidades nacionais de resposta previstas pelo regulamento. Nesse contexto, emerge a vasta assimetria entre os níveis de desenvolvimento dos Estados. Os países mais atingidos pelo Ebola foram palco de sangrentas guerras civis, mas também vítimas das políticas de ajustamento estrutural do Fundo Monetário Internacional (FMI), que desempenharam papel decisivo no desmantelamento dos sistemas de saúde locais¹⁸. Todavia, o déficit de implementação do RSI (2005) excede largamente a crise do Ebola. 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%)¹⁹.

No entanto, do mesmo modo que no caso do Ebola, a quarta ESPII, relativa ao vírus da Zika, evidencia que sistemas de vigilância eficientes podem ser a melhor resposta para a segurança dos países desenvolvidos, mas são insuficientes quando se trata da segurança sanitária das populações do mundo em desenvolvimento. As doenças relacionadas à pobreza constituem o vergonhoso “dano colateral” de uma governança global da saúde baseada em profundas desigualdades. Contudo, do ponto de vista das ESPIIs, não importa que a doença exista, tampouco seu vulto. Importa evitar que ela saia do lugar onde deveria ter ficado. Nesse sentido, é revelador que a atual ESPII seja a associação entre o Zika e outros transtornos, e não as doenças endêmicas que assolam os países em desenvolvimento.

No Brasil, a securitização da resposta ao Zika fez do mosquito *Aedes aegypti* o maior inimigo da saúde pública. Porém, embora a “guerra contra o mosquito” seja necessária como providência imediata, ela não pode esconder que a lista de adversários da saúde é bem mais longa. Impõe-se a suspensão imediata de cortes orçamentários na área social, com a priorização de investimentos em saneamento básico e no fortalecimento dos SUS. Só um sistema de saúde eficiente pode garantir, quando finda a emergência, a continuidade da assistência às pessoas atingidas pela crise. Ademais, urge a implementação de uma agenda científica, com grande investimento em pesquisa e desenvolvimento²⁰.

Por fim, confinar a resposta às emergências internacionais ao prisma da segurança condenaria a saúde global a uma sucessão infinita de períodos de “guerra” intercalados por “tréguas” focadas nos sistemas de vigilância, e não no enfrentamento das causas das epidemias, vinculadas aos determinantes sociais da saúde. Caso as respostas conjunturais não se façam acompanhar de mudanças estruturais capazes de promover uma radical redução das desigualdades, caberá perguntar, ao final de cada “guerra”, quem de fato estará seguro.

1. Kerouedan D. Géopolitique de la santé mondiale. Paris: Collège de France; 2013.
2. Security Council, United Nations. Adopted by the Security Council at its 7268th meeting, on 18 September 2014. Washington DC: United Nations; 2014.
3. General Assembly, United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 19 September 2014. 69/1. Measures to contain and combat the recent Ebola outbreak in West Africa. Washington DC: United Nations; 2014.
4. Ebola Interim Assessment Panel. Report. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf?ua=1> (acessado em Jul/2015).
5. Moon S, Sridhar D, Pate MA, Jha AK, Clinton C, De-launay S, et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *Lancet* 2015; 386:2204-21.
6. A plan to protect the world – and save WHO. *Lancet* 2015; 386:103.
7. Horton R, Das P. Global health security now. *Lancet* 2015; 385:1805-6.
8. Biehl J, Petryna A. Peopling global health. *Saúde Soc* 2014; 23:376-89.
9. Nunes J. Health, politics and security. *e-cadernos* 2012; 15:142-64.
10. Oliveira G. A crise do ebola e a gramática dos problemas de segurança. <http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/536774-a-crise-do-ebola-e-a-gramatica-dos-problemas-de-seguranca-entre-vista-especial-com-gilberto-carvalho-de-oliveira> (acessado em 28/Out/2014).
11. World Health Organization. Ebola situation report. <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-17-february-2016> (acessado em 17/Fev/2016).
12. Hanrieder T, Kreuder-Sonnen C. WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health. *Security Dialogue* 2014; 45:331-48.
13. WHO statement on the first meeting of the IHR 2005 Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. Geneva: World Health Organization; 2016.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional RSI – 2005. <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe029a0047457f438b08df3fbc4c6735/Regulamento+Sanitario+Internacional+versao+para+impressao+090810.pdf?MOD=AJPERES> (acessado em 27/Fev/2016).
15. Lima Y, Costa E. Implementação do RSI(2005) no ordenamento jurídico-administrativo brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:1773-83.
16. Carmo EH, Penna G, Oliveira WR. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud Av* 2008; 22:19-32.
17. Ventura D. Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A(H1N1). São Paulo: Outras Expressões/Dobra Editorial; 2013.
18. Kentikelenis A, King L, McKee M, Stuckler D. The International Monetary Fund and the Ebola outbreak. *Lancet Glob Health* 2015; 3:e69-e70.
19. World Health Organization. Implementation of the IHR(2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Geneva: World Health Organization; 2015.
20. Barreto ML, Barral-Netto M, Stabeli R, Almeida-Filho N, Vasconcelos PF, Teixeira M, et al. Zika virus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda. *Lancet* 2016; 387:919-21.

Recebido em 28/Fev/2016

Aprovado em 02/Mar/2016