

Rafael Pons Reis

**A SECURITIZAÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
EMERGENTES:
o caso da pandemia da Influenza A (H1N1) 2009 no Brasil.**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Sociologia Política, da Universidade Federal de Santa Catarina, elaborada por Rafael Pons Reis, sob orientação da Professora Dra. Márcia Grisotti.

**Florianópolis
2017**

Reis, Rafael Pons

A Securitização das doenças infecciosas emergentes: o caso da pandemia da Influenza A (H1N1) 2009 no Brasil. Rafael Pons Reis. – Florianópolis, 2017.

151 f. ; 14,81cm21cm.

Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

Bibliografia: f. 135-151.

1. Doenças infecciosas emergentes. 2. Influenza A(H1N1). 3. Políticas públicas. 4. Segurança internacional. I. Título.

Catálogo na fonte elaborada por Marcelo Cavaglieri CRB 14/1094



Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 476
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil
E-mail: ppgsp.posgrad.ufsc.br

**“A securitização das Doenças Infecciosas Emergentes: o caso da
pandemia da influenza A (H1N1) 2009 no Brasil”.**

Rafael Pons Reis

Esta tese foi julgada e aprovada em sua forma final pela
Orientadora e pelos demais membros da Banca
Examinadora, composta pelos seguintes professores.

Prof. Dr. Márcia Grisotti
(Presidente/Orientadora)

Prof. Dr. Tiago Bahia Losso
(Membro)

Prof. Dr. Erni José Seibel
(Membro)

Prof. Dr. Feliciano de Sá Guimarães
(Membro/Via Skype)

Prof. Dr. Márcia Grisotti
(Coordenadora)

FLORIANÓPOLIS, (SC), JULHO DE 2017.

AGRADECIMENTOS

A tese de doutorado é resultado de um processo extenso de pesquisa, reflexão e de construção solitária. Ao longo desse caminho são inúmeras as minhas gratidões para com as pessoas que ajudaram no desenvolvimento do trabalho.

Em primeiro lugar agradeço à Deus por me dar força e perseverança nos momentos difíceis, impingindo-me coragem e sede de conquista para superar as dificuldades e angústias, lembrando-me sempre a direção do Norte quando para prosseguir nessa jornada.

À Professora Dra. Márcia Grisotti, no papel de minha orientadora, meus sinceros agradecimentos pela atenção, carinho, orientação e apoio para a consecução do presente trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, que muito contribuíram para minha formação, em especial destaco os professores: Alexandre Bergamo, Erni José Seibel, Ricardo Silva e Fernando Dias de Ávila Pires. Não poderia deixar de mencionar duas importantes figuras do doutorado, sempre dando apoio e carinho nas horas mais decisivas: à Albertina Giovanella, por sua dedicação e empenho no desenvolvimento do programa, e à Fátima, sempre de bom humor e atenciosa em me manter atualizado sobre as atividades do doutorado.

Agradeço especialmente à Dra. Janiffer Zarpelon, minha esposa, não apenas pela paciência nas minhas idas e vindas à Florianópolis, mas principalmente pelo amor e carinho nos momentos mais difíceis.

Em especial agradeço de todo o coração e alma à minha família, que incondicionalmente esteve ao meu lado nos momentos de dificuldade e de superação. Aos meus pais, Reis e Tânia, e aos meus irmãos, Daniel e Joel.

Meus agradecimentos ao amigo Sílvio Kowalski, compadre de tempos imemoriais, e aos amigos internacionalistas, Feliciano de Sá Guimarães, Rafael Mandagaran Gallo, Nílvia Maria Marques e Jaqueline Ganzert, por suas valiosas sugestões e contribuições ao longo deste trabalho. Aos colegas do doutorado que compartilharam comigo momentos alegres e outros mais difíceis, em especial, à Dra. Fabiane Rosa Gioda. A amizade de vocês é muito importante para mim.

“Já houve tantas guerras quanto pestes na história da humanidade. Entretanto, pestes e guerras sempre pegam as pessoas de surpresa.”

Albert Camus. A Peste.

RESUMO

A presente tese teve como objetivo geral analisar as ações governamentais brasileiras de gerenciamento da pandemia do vírus da Influenza A(H1N1) em 2009 no país, buscando averiguar os aspectos que contribuíram para o processo de construção social da ameaça e de enquadramento da doença à esfera de segurança nacional. Há muito a gripe pandêmica tem sido uma ameaça à saúde humana. No entanto, na virada do último milênio a doença foi reconhecida como capaz de ameaçar o funcionamento, a estabilidade, a sobrevivência e a segurança dos Estados nacionais, trazendo assim profundas implicações tanto na elaboração e implementação de políticas públicas quanto na efetividade dos mecanismos e atores da governança global em saúde. A partir das contribuições da Escola de Copenhague, esta tese aborda o processo de securitização do vírus da Influenza A(H1N1) 2009 no Brasil, e as políticas públicas emergenciais criadas a esse enquadramento. O presente estudo teve como hipótese que a gripe A (H1N1) 2009 foi considerada uma grande ameaça à segurança nacional do Brasil, fazendo com que a mesma fosse securitizada pelas autoridades governamentais brasileiras. No entanto, no decorrer da pesquisa verificou-se que a hipótese não foi corroborada ao constatarmos que o Brasil já possuía políticas públicas emergenciais para o controle de doenças infecciosas e pelo fato da gripe H1N1 não ter se alastrado no país conforme as previsões feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A metodologia utilizada na tese consistiu na pesquisa bibliográfica a partir de fontes primárias como documentos, relatórios e discursos oficiais por parte de organizações internacionais como a ONU e a OMS; de órgãos governamentais brasileiros como o Ministério da Saúde, ANVISA, entre outros, tendo como enfoque os discursos e as políticas emergenciais encaminhadas pelo governo brasileiro na gestão da pandemia da influenza A (H1N1) em 2009 e 2010, e também foram utilizados livros, teses, dissertações e artigos científicos sobre o tema.

Palavras-chave: Doenças infecciosas emergentes; Influenza A(H1N1); Políticas públicas; Segurança internacional.

ABSTRACT

The present thesis had as general objective to analyze the Brazilian government actions of management of the virus influenza A (H1N1) pandemic in 2009 in the country, seeking to ascertain the aspects that contributed to the process of social construction of the threat and of framing the disease to the sphere of national security. Pandemic flu has long been a threat to human health. However, at the turn of the last millennium, the disease was recognized as capable of threatening the functioning, stability, survival, and security of national states, thus having profound implications both in the elaboration and implementation of public policies and in the effectiveness of the mechanisms and actors of global health governance. Based on contributions from the Copenhagen School, this thesis addresses the process of securitization of the virus Influenza A (H1N1) 2009 in Brazil, and the emergency public policies created in this framework. The present study hypothesized that influenza A (H1N1) 2009 was considered a major threat to the national security of Brazil, causing it to be securitized by Brazilian governmental authorities. However, in the course of the research, it was verified that the hypothesis was not corroborated when we found that Brazil already had emergency public policies for the control of infectious diseases and because the H1N1 flu had not spread in the country according to the forecasts made by the Organization World Health Organization (WHO). The methodology used in the thesis consisted of bibliographical research from primary sources such as documents, reports and official speeches by international organizations such as the UN and WHO; of Brazilian governmental agencies such as the Ministry of Health, ANVISA, among others, focusing on the speeches and the emergency policies sent by the Brazilian government in the management of the influenza A (H1N1) pandemic in 2009 and 2010, and also used books, theses, dissertations and scientific articles on the subject.

Keywords: Emerging infectious diseases; Influenza A (H1N1); Public policy; International security.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Tratados concluídos sobre doenças infecciosas entre 1892-1951.....	76
Figura 1 - Avaliação e notificação dos eventos que possam constituir Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.	80
Figura 2 - Autoridades implementadoras do RSI 2005 nos âmbitos doméstico e externo.....	83
Tabela 2 - Porcentagem estimada de soropositivos entre militares (2001).....	86
Figura 3 - Conspiraciones, de J. R. Mora (26/04/2009).....	119
Figura 4 - Casos confirmados em laboratório de pandemia de gripe H1N1 de 2009, com infecção respiratória aguda grave por município.....	122
Figura 5 - Incidência de casos confirmados por laboratório de pandemia de gripe H1N1 de 2009 no Brasil, com infecção respiratória aguda grave por idade e região geográfica.	123

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
CEV - Campanha de Erradicação da Varíola
CIA - Central Intelligence Agency
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde
CSNU - Conselho de Segurança das Nações Unidas
ESPII - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA – Estados Unidos da América
FAO - Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
GATT – Acordo Geral de Tarifas e Comércio
GEI - Grupo Executivo Interministerial
GPESP - Gabinete Permanente de Emergência em Saúde Pública
GROG - Grupo de Observação da Gripe
HIV - Human Immunodeficiency Virus
IAL - Instituto Adolfo Lutz
IEC - Instituto Evandro Chagas
MAPA - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
MRE - Ministério de Relações Exteriores
MS - Ministério da Saúde
NIC - National Intelligence Council
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIE - Organização Mundial de Saúde Animal
OIHP - Oficina Internacional de Higiene Pública
OMC- Organização Mundial do Comércio
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PFNs - Pontos Focais Nacionais
RI - Relações Internacionais
RIs - Regimes Internacionais
RSI - Regulamento Sanitário Internacional
SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS - Sistema Nacional de Saúde

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUBIN - Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica
Internacional
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
TAR - Terapia Antirretroviral
UE – União Europeia
UNAIDS - Programa Mundial de Aids das Nações Unidas
UNASUL - União das Nações Sul-Americanas
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UVE - Unidades de Vigilância Epidemiológica
VE - Vigilância Epidemiológica
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 ABORDAGEM SOCIOLOGICA NOS ESTUDOS DE SEGURANÇA INTERNACIONAL: RISCO, SAÚDE PÚBLICA E A ESCOLA DE COPENHAGUE	27
2.1 A EMERGÊNCIA DO RISCO	29
2.2 RISCO, SAÚDE E AS CIÊNCIAS SOCIAIS.....	33
2.3 ABORDAGEM TRADICIONAL DE SEGURANÇA INTERNACIONAL	35
2.4 A ESCOLA DE COPENHAGUE: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SEGURANÇA INTERNACIONAL	41
3 GOVERNANÇA INTERNACIONAL DAS DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES	47
3.1 A RELEVÂNCIA DOS REGIMES INTERNACIONAIS NO SISTEMA INTERNACIONAL	51
3.2 EMERGÊNCIA E EVOLUÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE	55
3.3 RELEVÂNCIA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E A GOVERNANÇA GLOBAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	58
3.4 ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS EM SAÚDE.....	60
4 SEGURANÇA INTERNACIONAL DAS DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES: A SECURITIZAÇÃO DA PANDEMIA DO HIV/AIDS E DA INFLUENZA A (H1N1) 2009. 71	71
4.1 AS DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES COMO TEMA DE SEGURANÇA INTERNACIONAL	71
4.2 O NOVO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL DE 2005.....	75
4.3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AMEAÇA E A SECURITIZAÇÃO DO VÍRUS HIV/AIDS NO CENÁRIO INTERNACIONAL.....	84
4.3.1 O processo de securitização do vírus HIV/AIDS nos Estados Unidos.....	87
4.4 A SECURITIZAÇÃO DA GRIPE PANDÊMICA A(H1N1) EM 2009.....	92
5 A SECURITIZAÇÃO DA INFLUENZA A (H1N1) 2009 NO BRASIL.....	99

5.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O SURGIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	99
5.2 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	103
5.3 A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	107
5.4 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL	110
5.5 A SECURITIZAÇÃO DA GRIPE PANDÊMICA A(H1N1) 2009 NO BRASIL	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	135

1 INTRODUÇÃO

Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência.

(Boaventura de Souza Santos)

A saúde é inquestionavelmente um dos bens mais preciosos para o homem, responsável não só à sobrevivência, mas também qualidade de uma vida digna. Desde os primórdios a busca incansável pela saúde tem acompanhado o ser humano. A cura para os problemas de sanidade e higiene se dava por meio de superstições e explicações religiosas, a doença e a morte eram castigos divinos e advindas de forças independentes da vontade humana.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o termo *saúde* como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 2009). Apesar do sentido amplo do conceito, criticado por muitos como utópico, ainda sim as doenças infecciosas continuam representando hoje uma das maiores fontes de preocupação e ameaça na sociedade internacional contemporânea.

Por volta de 500 a.C., na Grécia, surgem as primeiras práticas sanitárias, na construção de obras para drenagem de águas visando combater a epidemia de malária. Os avanços da medicina alcançados pela civilização helênica foram incorporados pela antiga Roma, na construção de instalações sanitárias para a canalização de água e esgoto, limpeza de ruas, cremação de cadáveres, inspeção de alimentos, controle para a construção de edificações, entre outros.

Com a queda do Império Romano, em 476 d.C., a Europa mergulha em um longo período conhecido por Idade Média, em que os conhecimentos sanitários foram substituídos por superstições e explicações religiosas, representando um grande retrocesso no controle de doenças. A ênfase neste período era a de que as doenças advinham de castigos divinos e os tratamentos de cura se davam por meio de rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos místicos para a purificação da alma (ROSEN, 1994).

A pandemia de peste bubônica, também conhecida por peste negra, responsável pela morte de cerca de um quarto da população europeia durante o século XIV, fez como desse início a um lento processo em busca de um maior entendimento acerca das relações entre saúde e doença. O surgimento da peste teve correlação com o aumento da circulação de pessoas e mercadorias nas cidades que estavam enriquecendo, cidades

com sérios problemas sanitários, precárias estruturas de saneamento e esgoto, falta de higiene e aglomeração populacional. Ainda que limitadas algumas medidas de saúde pública¹ foram adotadas pelos países europeus para tentar controlar a transmissão de doenças, tais como: fornecimento de água para o consumo; proibição de lavagem de peles; proibição de despejo de animais mortos, resíduos domésticos e outras substâncias em águas que abasteciam à comunidade.

Mas foi com o fim da Era Medieval que começa a retornar alguns mecanismos sanitários para o controle de doenças e para a melhoria da higiene pública. Conforme Rosen (1994), foram iniciadas medidas para controlar a localização de chiqueiros e matadouros, despejo de resíduos sólidos e líquidos, recolhimento de lixo, pavimentação de ruas e canalização de dejetos em poços cobertos. O renomado filósofo social, Michel Foucault, ao estudar as sociedades nesse período retrata o nascimento de hospitais como uma instituição de separação e exclusão, uma vez que, os doentes representavam uma ameaça à sociedade e, por isso, deveriam ser retirados do convívio social. Desta forma, para o autor, os hospitais não surgiram com o objetivo de curar os doentes, mas em proteger os demais – sadios – dos perigos e riscos de contaminação (FOUCAULT, 1999; 2001).

Com a Revolução Industrial, o crescimento do comércio internacional e o desenvolvimento dos meios de transporte, ampliando assim as redes de interdependência econômica entre as sociedades, aumentou também o risco de propagação de doenças infecciosas². No século XIX a solução encontrada pelos países foi a prática de quarentena humana, ou seja, consiste em uma medida de saúde pública para evitar e conter a entrada de doenças infecciosas em um território ou grupo social.

Em face da quarentena afetar o comércio internacional e o desenvolvimento econômico dos Estados, esses realizaram inúmeras conferências internacionais para debater a criação de políticas e modelos de gestão alternativos. O resultado prático da diplomacia da saúde traduziu-se em um ambiente marcado pela negociação e a cooperação internacional, compartilhamento de informações, descobertas científicas – microbiologia e medicina –, substituindo assim a prática da quarentena

¹ De forma simples, saúde pública, pode ser entendida por práticas organizadas institucionalmente e orientadas para a promoção da saúde das populações.

² As doenças infecciosas são causadas por microrganismos patogênicos – bactérias, vírus, parasitas e fungos – que, devido sua capacidade de se multiplicar, podem causar infecções e outras complicações.

por medidas mais efetivas como: vacinas, medicamentos, saneamento público, medidas de higiene pessoal.

O relativo sucesso alcançado pelos Estados no processo de coordenação e implantação de políticas sanitárias no combate as doenças infecciosas permitiu a criação das primeiras organizações internacionais especificamente voltadas para a saúde, como a Organização Pan-america (OPAS) em 1902, e a Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) em 1907. Já a Liga das Nações, organização voltada para a manutenção da paz no sistema internacional, em sua primeira Assembleia foi criada a Organização de Saúde da Liga das Nações, em 1920. Mas com o fracasso da Liga das Nações, e com o surgimento da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, é criada a prestigiosa Organização Mundial da Saúde em 1946.

No século XX os grandes avanços no campo da saúde contribuíram para a melhoria da qualidade e expectativa de vida, permitindo que um elevado número de países – principalmente os desenvolvidos – conseguisse manter sob controle as doenças infecciosas em seus territórios. Contudo, os países de renda baixa e média ainda hoje apresentam graves limitações em formular e executar políticas na área. Além disso, nesses países os profissionais de saúde são escassos, mal remunerados e pouco capacitados; os sistemas de saúde são precários, mal estruturados, com baixo orçamento e carentes de recursos tecnológicos básicos para oferecer assistência à saúde de seus nacionais. Muitas das doenças infecciosas transmissíveis (dengue, malária, hanseníase, tuberculose, bronquite, influenza) ainda têm causado grande mortalidade nesses países.

O acirramento e o aprofundamento dos processos da globalização³ e da interdependência global – econômica, política, social e ambiental – possibilitou a maior incidência de fenômenos transnacionais. As características desses fenômenos os permitem atravessar as fronteiras nacionais pondo em risco à saúde da população e à estabilidade do Estado. Em outras palavras, a globalização aumentou o fluxo de pessoas e mercadorias, encurtou distâncias entre civilizações facilitando com isso a circulação de agentes patogênicos que são endêmicos ou inofensivos em determinadas regiões, mas que podem provocar graves problemas de ordem econômica, social, política e sanitária em diferentes parte no globo.

³ Adotaremos a definição de globalização proposta por Robert Keohane e Joseph Nye (2001), que consiste na intensificação das relações de interdependência entre os diversos atores (estatais e não-estatais) que operam no cenário internacional.

Neste contexto são valiosas as contribuições de Ulrich Beck sobre *Risco e Sociedade de Risco*. Beck (1992) ressalta que apesar do desenvolvimento da ciência e da técnica a complexidade e a extensão dos fenômenos que marcam a Sociedade de Risco - atual estágio em que se encontra a humanidade - não nos permite prever os riscos da ação do homem, podendo gerar com isso sérias consequências e problemáticas para a humanidade e para o bioma terrestre.

No rol de riscos da Sociedade de Risco destacamos o tema das doenças infecciosas emergentes e reemergentes. As doenças infecciosas emergentes são caracterizadas pelo surgimento ou identificação de um novo agente infeccioso, exemplos: a febre hemorrágica, causada pelo vírus Ebola, a AIDS, a encefalite espongiforme, a hepatite C; e ainda, microrganismos que antes só afetavam animais e agora estão afetando seres humanos, tais como o hantavírus, o vírus da Febre do Nilo Ocidental e o vírus da influenza. Já as doenças infecciosas reemergentes são aquelas que apresentam alteração no perfil epidemiológico de doenças já conhecidas e que haviam sido controladas, isto é, não eram mais consideradas um problema de saúde pública mas que voltaram a ameaçar a saúde dos seres humanos. Recentemente no Brasil registra-se o retorno do cólera e da dengue.

Nas últimas décadas a identificação de um volume expressivo de novos agentes patogênicos – até então desconhecidos – tem sido fonte de preocupação por profissionais de saúde, gestores públicos, centros de pesquisa, organizações não governamentais, instituições públicas e privadas, organizações internacionais. A ocorrência de epidemias e pandemias de doenças infecciosas vem criando desafios e aumentando a complexidade de resposta pela comunidade internacional, obrigando os países de forma contínua em aprimorar os serviços e medidas de vigilância sanitária e epidemiológica.

De modo geral o fim da Guerra Fria e a nova configuração do poder mundial permitiram a inclusão de novos temas na agenda de pesquisa em segurança internacional. A saúde pública e, em especial as pandemias de doenças infecciosas emergentes, ganharam notoriedade em debates internacionais. Em tese, a principal novidade consiste na inclusão do componente sanitário às concepções de segurança internacional, isto é, as tradicionais concepções de segurança internacional foram reavaliadas e passaram a reconhecer, por exemplo, as pandemias de doenças infecciosas emergentes como tema de segurança internacional.

Os estudos de segurança internacional surgiram no pós Segunda Guerra Mundial. Em face do contexto bipolar da Guerra Fria, as pesquisas adquiriram forte predomínio de aspectos relacionados à capacidade

bélica-militar dos Estados. Conforme Williams (2008), a segurança internacional está associada à atenuação de ameaças, especialmente aquelas que se deixadas sem controle colocam em risco a sobrevivência de um determinado ator, região, país, povo, num futuro próximo. Desta forma, a segurança internacional priorizava o acúmulo de poder pelos Estados, isto é, para estar em segurança os atores deveriam possuir certas capacidades, como: dinheiro, armas, exércitos, territórios. Assim, o poder seria o grande instrumento para atingir a segurança, quanto maior o poder (especialmente, o militar) que os atores conseguirem acumular mais seguros estarão contra ameaças externas.

O reconhecimento das doenças como tema de segurança não foi automático e rápido, mas resultado de um processo de enquadramento do vírus HIV/AIDS à esfera de segurança internacional. Os primeiros casos notificados da doença surgiram nos Estados Unidos, Haiti e na África Central no final dos anos 1970. Já no início dos anos 1980, o vírus já estava presente em mais de 33 países, inclusive o Brasil. A rápida transmissibilidade da doença, o elevado índice de mortalidade e a ausência de cura, fizeram com que a pandemia do HIV/AIDS rapidamente ganhasse importância política no cenário internacional. Era urgente e necessário securitizar a doença HIV/AIDS, isto é, reconhecer o problema como uma ameaça à segurança internacional.

O surgimento do HIV/AIDS somado a outros problemas relacionados a saúde, tais como: o uso de Anthrax por terroristas; as mutações dos vírus da Influenza A(H1N1), A(H3N2), A(H7N9), A(H5N1); a pandemia por síndrome respiratória aguda grave (conhecida por SARS); fizeram com que surgisse a necessidade do aperfeiçoamento de estruturas de vigilância sanitária e epidemiológica nos âmbitos internacional e nacional. Desta forma, na 48ª Assembleia Mundial da Saúde da Organização Mundial da Saúde, em 1995, foi solicitado por parte dos países a reformulação do Regulamento Sanitário Internacional⁴ (RSI), aprovado em 2005. O novo regulamento introduziu modificações nos processos internacionais de monitoramento, vigilância e resposta as Emergência(s) de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Para os Estados signatários, as modificações trazidas implicam na necessidade dos mesmos de robustecer suas respectivas estruturas e

⁴ Sob a égide da OMS o Regulamento Sanitário Internacional consiste em um instrumento que tem como objetivo geral estabelecer procedimentos e padrões de conduta aos Estados nacionais para proteção contra a disseminação internacional de doenças infecciosas. Inicialmente instituído em 1951, o regulamento passou por subsequentes modificações em 1969, 1973, 1981 e em 2005.

processos de atenção à saúde pública, bem como desenvolver capacidades para detectar, avaliar, notificar, comunicar e responder a emergências de saúde, tais como pandemias de doenças infecciosas.

Importante destacar que o novo RSI traz como pedra angular o conceito de ESPII, significando um evento extraordinário (art.1º) "determinado como: (i) constituindo um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e (ii) potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada".

Diante do quadro apresentado, em que pese o reconhecimento político por parte de Estados e organizações internacionais acerca da importância da propagação internacional de doenças infecciosas, a presente tese tem como objetivo principal analisar o processo de securitização da Influenza A (H1N1) em 2009 no Brasil. Seu aparecimento ocorreu no México em março de 2009, considerada como a primeira pandemia do século XXI. No Brasil, no período compreendido entre 19/04/2009 e 02/01/2010, foram registrados 48.978 casos confirmados com influenza pandêmica, e 2.051 óbitos em decorrência da doença (OLIVEIRA et al., 2010).

Assim, com o aparecimento do surto da gripe H1N1 no Brasil, o governo brasileiro adotou várias medidas para o controle da mesma. Desta forma, consideramos como principal hipótese desta pesquisa que a gripe H1N1 foi considerada uma grande ameaça a segurança nacional do país, fazendo com que a mesma fosse securitizada por parte das lideranças políticas brasileiras.

Os objetivos específicos da presente tese foram: verificar as contribuições dos estudos de segurança internacional sobre saúde, mais especificamente sobre as doenças infecciosas emergentes; averiguar a evolução histórica sobre a cooperação internacional da saúde e a governança internacional das doenças infecciosas emergentes; analisar a securitização de doenças infecciosas emergentes em âmbito internacional tendo como enfoque o HIV/AIDS – a fim de explicar a primeira doença securitizada – e a Influenza A (H1N1) doença que é o principal objeto de análise desta tese; e por fim, analisar a securitização da Influenza A (H1N1) no Brasil nos anos de 2009 e 2010, na qual se concentraram as ações emergenciais do governo brasileiro para o controle desta pandemia.

A presente tese teve como principal marco teórico as contribuições de Barry Buzan e Ole Wæver, pesquisadores da renomada Escola de Copenhague⁵. Os autores desta escola de pensamento partem do

⁵ A Escola de Copenhague, referência na área de segurança internacional, foi criada em 1985, com o propósito de fomentar pesquisas voltadas para a paz. Seu

pressuposto de que a segurança é algo subjetivo, resultado de um processo social específico, ou seja, não pode ser analisada de modo objetivo, uma vez que as ameaças são politicamente e socialmente construídas (grifo nosso). Desta forma, procuram compreender a construção social dos elementos de segurança, considerando esta como multidimensional, ou seja, militar, política, econômica, societal e ambiental. Verifica-se um alargamento do conceito de segurança, podendo ser inserido outras dimensões, como aquelas relacionadas à saúde, tais como epidemias e pandemias de doenças infecciosas como o HIV/AIDS, a influenza, a gripe aviária, dentre outras.

A presente tese teve como metodologia a pesquisa bibliográfica a partir de fontes primárias como documentos, relatórios e discursos oficiais por parte de organizações internacionais como a ONU e a OMS; de órgãos governamentais brasileiros como o Ministério da Saúde, ANVISA, entre outros, tendo como enfoque os discursos e as políticas emergenciais encaminhadas pelo governo brasileiro na gestão da pandemia da influenza A (H1N1) em 2009 e 2010. Também foram utilizados livros, teses, dissertações e artigos científicos sobre o tema.

Este estudo está dividido em quatro capítulos. No segundo capítulo foi abordado os riscos e as ameaças globais na atual Sociedade de Risco, os riscos relacionados a saúde e sua inserção no debate das Ciências Sociais, a tradicional abordagem sobre Segurança Internacional e as contribuições da Escola de Copenhague sobre a securitização. No terceiro capítulo verificou-se a relevância dos Regimes Internacionais para a Governança Internacional da Saúde, sobre a emergência e evolução da cooperação internacional em saúde, e a importância das Organizações Internacionais para a governança internacional das doenças infecciosas. No quarto capítulo foi examinado sobre a evolução das doenças infecciosas emergentes como tema de segurança internacional, sobre o novo Regulamento Sanitário Internacional de 2005 que trata sobre este tema, a securitização do vírus HIV/AIDS no cenário internacional, e posteriormente sobre a securitização da gripe A (H1N1) em 2009 no âmbito internacional. No quinto e último capítulo foi analisado o contexto histórico da vigilância sanitária e suas contribuições para o surgimento da saúde pública no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, e a securitização da gripe pandêmica A(H1N1) 2009 no Brasil.

2 ABORDAGEM SOCIOLÓGICA NOS ESTUDOS DE SEGURANÇA INTERNACIONAL: RISCO, SAÚDE PÚBLICA E A ESCOLA DE COPENHAGUE

A segurança internacional tem sido estudada e caracterizada de muitas formas, assumindo significados diferentes dependendo do seu tempo e lugar na história. De modo geral, na literatura especializada das Relações Internacionais⁶ e em outras disciplinas, a segurança é muitas vezes referida como um "conceito essencialmente contestado", devido à falta de consenso sobre seu significado.

Em uma abordagem mais ampla, segurança pode ser compreendida como "uma condição relativa de proteção na qual se é capaz de neutralizar ameaças discerníveis contra a existência de alguém ou de alguma coisa" (CEPIK, 2001, p. 2). Entendemos que a segurança almeja garantir a sobrevivência do sujeito – alvo de proteção – frente as ameaças.

A definição de segurança dá-se de forma subjetiva, pois o seu entendimento varia de acordo com a percepção do sujeito que faz uso do termo. Isso significa dizer que a percepção de ameaça e o entendimento sobre o que é seguro ou não pode variar de Estado para Estado. No entendimento de Rudzit (2005, p. 306):

o significado de segurança será tão diverso quanto as condições e situações de diferentes Estados a que este conceito é aplicado, assim como o processo de formação do Estado em países não desenvolvidos é diferente dos países do primeiro mundo.

Neste contexto, os países desenvolvidos enfrentam problemas de segurança substancialmente diferentes em relação aos problemas apresentados pelos países em desenvolvimento/subdesenvolvidos. Os

⁶ O campo de estudo das Relações Internacionais (RI) tem como marco histórico o ano de 1919, momento em que pesquisadores procuravam construir conceitos e modelos teóricos de análise para explicar fenômenos como a guerra e a paz. Sendo assim, a ciência das RI pode ser considerada como a última das ciências sociais a ganhar um corpo metodológico e epistemológico próprio e autônomo. A partir da Segunda Guerra Mundial e no contexto da Guerra Fria, as RI ganharam significativa atenção por parte da academia anglo-saxã, destacando temas de estudo como a segurança nacional, entendida aqui como a capacidade do Estado de prover os meios necessários para garantir a proteção dos seus nacionais, suas fronteiras físicas, e respeito à soberania sobre seu território.

primeiros entendem a segurança como sinônimo de proteção contra ameaças que vem de fora de suas fronteiras; já para os países pobres, a percepção de uma ameaça assume outra perspectiva, isto é, muitas vezes as maiores ameaças originam-se dentro de seu próprio território, tais como: a falta de legitimidade das suas fronteiras, instituições e regimes; coesão social inadequada; e ausência de consenso da sociedade sobre assuntos sociais, econômicos e políticos⁷ (AYOOB, 1995).

A emergência dos estudos sobre segurança internacional tem como marco histórico a Segunda Guerra Mundial, a partir de debates sobre como os Estados nacionais deveriam se proteger de possíveis ameaças internas e externas. A consolidação dos estudos de segurança ocorreu ao longo da Guerra Fria, o que propiciou a ênfase de temas como: armas de destruição em massa, estratégias nucleares, dissuasão, uso da força, razões das guerras, competição militar. Em outras palavras, no período da Guerra Fria os programas de pesquisa de segurança internacional foram dominados pela perspectiva da segurança nacional, cujo foco de estudo concentrava-se na capacidade militar que os Estados deveriam desenvolver para lidar com as ameaças.

Apesar da concordância entre os analistas de que a segurança implica a ausência de ameaças aos valores fundamentais (para indivíduos e grupos), existe um grande desacordo sobre se o foco principal de investigação deve ser sobre segurança "individual", "nacional" ou "internacional". Devido à complexidade e extensão dos estudos sobre segurança, adotaremos na presente tese a seguinte distinção entre segurança internacional e nacional. Enquanto o termo segurança internacional refere-se à manutenção da paz (*status quo*), dos mecanismos (segurança coletiva) e ações tomadas pelos Estados nacionais a fim de assegurar a ordem e a estabilidade no cenário internacional, a segurança nacional, por sua vez, ao assumir a unidade política soberana como principal objeto de estudo, refere-se sobre as ameaças, desafios e a construção de capacidades das unidades para a consecução do interesse nacional.

A partir da década de 1970, emergiram em vários círculos acadêmicos novas perspectivas e formulações alternativas questionando o conceito tradicional de segurança. Esse cenário consiste no recuo das preocupações estratégicas militares frente ao crescimento do debate

⁷ Vale destacar que essa visão não nega a existência de possíveis ameaças externas. No entanto, as ameaças internas são fontes de maior inquietação e podem gerar preocupações em países vizinhos, uma vez que as ameaças podem transbordar do país de origem e afetar o espaço regional (AYOOB, 1995).

político de novas temáticas como o meio ambiente, energia e economia, e na proposição de novos fenômenos de segurança, outrora ocultos e enaltecidos pelo debate em torno da Guerra Fria. Com isso, muitas questões antes consideradas *low politics*⁸ passaram a ganhar maior destaque bem como maior abertura de espaço para novos atores (ONGs, empresas, sociedade civil) nos foros internacionais. Importante ressaltar que a natureza desses novos atores e temas é de cunho social, marcada por “uma sociedade civil cada vez mais transnacionalizada” (VILLA, 2009, p. 1).

Em que pese os problemas e fenômenos desencadeados pela globalização, as ameaças e os riscos do atual estágio da civilização impelem os Estados a achar soluções e elaborar planos de contingência para os desafios que a Sociedade de Risco apresenta. Atualmente, em face das ameaças, perigos e riscos – como as pandemias de doenças infecciosas –, as unidades soberanas constroem políticas de securitização para o controle dessas situações.

O campo de estudo sobre segurança é extenso e apresenta diversas interpretações, por esta razão, não pretendemos aqui expor a emergência e evolução das agendas de pesquisas do referido campo. Entretanto, atualmente há um debate teórico entre duas grandes correntes que apresentam perspectivas opostas em relação aos temas e atores que devem ser considerados objetos de segurança: a abordagem “tradicional”, e a nova ou “abrangente”, da Escola de Copenhague.

Assim sendo, a primeira seção deste capítulo consiste na caracterização do conceito de risco e as consequências da sociedade de risco e, na seguinte, abordaremos a relação do risco com a saúde pública e com as ciências sociais. Na terceira e quarta parte do texto, respectivamente, serão expostas as bases de duas importantes concepções de segurança internacional, a tradicional, seguida da teoria da securitização da Escola de Copenhague.

2.1 A EMERGÊNCIA DO RISCO

O termo *risco* data de meados do século XIV, mas foi no século XVI que adquiriu a conotação de perigo. No século XIX o sentido da palavra esteve relacionado a apostas e jogos de azar, ao passo que na Segunda Guerra Mundial, no campo da engenharia, o conceito ganhou

⁸ O termo *low politics* (baixa política) refere-se a temas e agendas que os Estados consideram secundários para a consecução do interesse nacional, como, por exemplo, direitos humanos, meio ambiente, economia, saúde pública.

importância diante da necessidade de calcular danos decorrentes do uso de materiais perigosos.

Contemporaneamente, dada a grande produção científica, o conceito de risco é utilizado por diversos campos de saber: nas ciências econômicas, na epidemiologia, na engenharia, e nas ciências sociais. Enquanto os três primeiros estudam o risco a partir de métodos quantitativos, as ciências sociais o estudam na perspectiva daquele que o percebe, isto é, como o indivíduo entende as situações de risco e como são socialmente construídos. Desse modo, os cientistas sociais chamam a atenção para que as avaliações de risco incluam determinados fatores subjetivos (éticos, morais e culturais) que influenciam o menu de opções dos indivíduos (CASTIEL, 2010).

Segundo Spink (2001), surgiu na década de 1950 um campo multidisciplinar denominado por análise de risco, englobando três áreas de especialidade: i) o cálculo dos riscos (*risk assessment*), ii) a percepção dos riscos pelo público/sociedade, e iii) a gestão dos riscos. Recentemente, uma quarta área foi incorporada, a da comunicação ao público sobre os riscos.

O tema da gestão dos riscos configura-se um fenômeno novo, sinalizando a superação da modernidade clássica para a sociedade de risco. Dentre os autores que abordam o tema do risco nas ciências sociais, destaca-se Ulrich Beck (1992), que sustenta o argumento de que a sociedade industrial clássica da “Primeira Modernidade”, ou “Modernidade Simples”, gerou determinados riscos – como que efeitos colaterais – sobre a “Segunda Modernidade”, iniciada a partir de meados da segunda metade do século XX.

Segundo Beck, a Primeira Modernidade caracteriza-se pela emergência do capitalismo industrial, momento marcado pelo desenvolvimento tecnológico, transportes e acumulação intensiva de bens e capital. Neste contexto, o crescimento das forças produtivas dos Estados nacionais esteve diretamente ligado com a exploração desenfreada dos recursos naturais e do processo de surgimento dos riscos e das respostas institucionais a eles (BECK, 2003, p.114). Contudo, o autor defende a ideia de que os padrões coletivos típicos desta modernidade, como a crença no progresso, o papel da ciência e da técnica na predição e controle dos riscos, a abundância dos recursos naturais e a segurança do emprego, foram solapados por conta da radicalização dos processos de

modernização⁹.

A Segunda Modernidade, também chamada por Beck de Sociedade Reflexiva, ou por Giddens de Modernidade Reflexiva, Alta Modernidade, ou Modernidade Radicalizada, inicia-se em meados da metade do século XX, e implica em uma fase própria do desenvolvimento das sociedades modernas. Para Beck (1997, p. 17), a segunda modernidade “[...] designa um estágio da modernidade em que começam a tomar corpo as ameaças produzidas até então no caminho da sociedade industrial”. Contudo, nem Beck e Giddens afirmam ser possível delimitar social ou temporalmente as ameaças típicas da sociedade de risco, estas passando do âmbito local para o global, mas concordam que o desenvolvimento da tecnologia nuclear e a possibilidade de uso para fins bélicos fizeram com que a discussão sobre os riscos tecnológicos ganhasse atenção e relevância tanto na academia quanto na sociedade internacional.

No entendimento de Beck, a transição da Primeira para a Segunda Modernidade não se deu por meio de revoluções, mas sim de forma apolítica, silenciosa, cega, “[...] alheia ao Parlamento, ao governo e ao público, como um dos efeitos colaterais da derrocada que, uma vez impedida, só aos poucos vai se tornando visível no conflito das opiniões e das interpretações” (BECK, 2003, p. 22–23).

Na transição da Primeira para a Segunda Modernidade, Beck e Zolo (2002) afirmam não se tratar de uma ruptura, mas sim de uma descontinuidade tendo em vista a constatação das mudanças¹⁰ operadas na organização social e política, na conformação de um quadro de risco global afetando tanto nações ricas como pobres, não respeitando fronteiras dos Estados nacionais, nem a segmentação de classes, influenciando também nas identidades coletivas e no sistema de referências usados até então para estudar as sociedades.

⁹ O autor destaca cinco processos que estão intimamente interligados: i-) a revolução do gênero, ii-) o desemprego/subemprego, iii-) a globalização, iv-) a individualização e v-) os riscos globais (BECK, 1999).

¹⁰ Para Beck, o “individualismo institucionalizado” é entendido não como uma forma de percepção do indivíduo isolado, mas sim de instituições centrais da sociedade contemporânea, como a necessidade dos indivíduos em desenvolver uma biografia própria e se desvencilhar das predeterminações coletivas (BECK; BECK, GERNSHEIM, p. 56, 2002). O autor apresenta como causa processo de individualismo institucionalizado, o fato de que determinadas instituições da sociedade, como a educação, os direitos sociais, civis e políticos, estão voltadas para o indivíduo, e não para a família ou grupo. Desse modo, afirma que as forças da individualização têm erodido a consciência de classe, uma vez que as dificuldades pessoais já não culminam em causas grupais ou coletivas.

Nessa transição, a natureza dos riscos passa a ser mais complexa e diversificada, em decorrência do desenvolvimento acelerado da ciência e da tecnologia, num contexto marcado pela globalização e pelas tensões entre o local e o global. Tratam-se de riscos que se consubstanciam num quadro de ameaças e de consequências incontrolláveis tanto para o meio ambiente como para a saúde humana. Sendo assim, a noção de risco tem confrontado a capacidade da ciência, da técnica e da sociedade contemporânea em dar respostas frente aos diversos riscos, sejam eles sociais, sanitários, políticos, ambientais, químicos, nucleares, genéticos, individuais, econômicos.

Na literatura especializada são vários os cientistas sociais que têm se dedicado em analisar as transformações, o alcance e o impacto dessas mudanças na sociedade. Dentre eles, destaca-se o sociólogo polonês Zygmunt Bauman, em que defende o termo Modernidade Líquida (2001), para designar o atual momento histórico, o da pós-modernidade.

Para Bauman, a modernidade foi marcada pela solidez, consubstanciada pelo papel do Estado-nação, pela certeza científica e previsibilidade. Com o desenvolvimento e o decorrente impacto dos processos industriais e das transformações políticas e sociais¹¹, pelas quais passam as sociedades contemporâneas, emerge a Modernidade Líquida, marcada pela volatilidade, fluidez, maleabilidade, flexibilidade, autoafirmação do indivíduo, em que a ciência perde seu status de autoridade e as tradições e instituições são corroídas; enfim, tratam-se de algumas características que conferem um estado liquefeito às tantas esferas dos relacionamentos humanos já citados.

Assim sendo, diante da instabilidade, incertezas e inseguranças provenientes da sociedade de risco que caracterizam a Modernidade Líquida, Bauman (2001, p. 9) define ambivalência como a “[...] possibilidade de conferir a um objeto ou evento mais de uma categoria.” A ambivalência tem provocado desafios e problemas de ordem institucional e social cujas explicações e entendimentos escapam dos modelos teóricos conceituais utilizados pela Sociologia.

Consoante com o pensamento de Bauman, Ulrich Beck, por sua vez, afirma a existência de uma crise conceitual na ciência social. É de sua autoria o termo *categorias zumbis* (2003, p. 14), que são categorias mortas-vivas, ou seja, faz alusão aos conceitos e pressupostos obsoletos – desenvolvidos na Primeira Modernidade – que se encontram distantes

¹¹ Transformações que ocorrem em diferentes esferas nos relacionamentos humanos, como: na vida privada e pública, nas relações sociais, no Estado, instituições sociais e no mundo do trabalho.

da realidade atual, e que, portanto, tendem a desaparecer.

2.2 RISCO, SAÚDE E AS CIÊNCIAS SOCIAIS

A Sociologia Clássica, da primeira modernidade, não se ocupou em estabelecer relações acerca da interdependência do homem com a natureza. Preocupada com temas¹² que garantissem sua identidade e autonomia relegou os assuntos do meio ambiente para as ciências naturais. Dessa forma, entendia que a explicação dos fenômenos sociais pertencia exclusivamente ao estudo da sociedade, e que as causas dos fenômenos deveriam ser encontradas excepcionalmente nas relações e fenômenos sociais.

Nesse sentido, Aurea Ianni argumenta que:

[...] muitas das ciências sociais buscaram traduzir para o campo da sociedade, da cultura ou da história os procedimentos que haviam sido elaborados pelas ciências físicas e naturais, delegando a elas a autoridade da discussão dos processos vitais, das ‘coisas vivas’, e mantendo para si o ocupar-se das ‘coisas sociais’ (IANNI, 2011, p. 34).

Foi por isso que a saúde, entendida como fenômeno da natureza permaneceu, ao longo do século XIX, relegada ao estudo apenas pelas ciências biológicas e naturais. Dessa forma, as bases teóricas e epistemológicas da Saúde Coletiva encontram guardada nessa suposta ‘separação’ entre o biológico e o social, evidenciada, de um lado, pela negação do meio ambiente e, de outro, na afirmação do fenômeno social e da sociedade.

Já no contexto da segunda modernidade, o arcabouço teórico-conceitual das ciências sociais ‘clássicas’ sofreu um grande impacto diante da particularidade e da intensidade dos novos fenômenos. As transformações provocadas pela segunda modernidade, mencionadas na seção anterior, acabou por forçar a teoria social contemporânea - de forma lenta e gradual - em estudar esses fenômenos e os contextos sociais.

¹² A Sociologia Clássica ocupou-se com temas relativos ao momento histórico quando de sua criação, como: o surgimento do Estado-Nação, a ascensão das classes sociais, o processo de urbanização das populações, o trabalho, dentre outros.

Em face do desenvolvimento das práticas biotecnológicas como a reprodução assistida, transplantes de órgãos, fluidos e tecidos, da pesquisa e produção de medicamentos, de terapias hormonais, dentre outras, a segunda modernidade foi responsável por romper os limites do paradoxo moderno entre a natureza e a sociedade. Será na segunda modernidade que os problemas ambientais (por exemplo, como o fenômeno da mudança climática, a transgenia, a contaminação do solo pelo uso de agrotóxicos, dentre outros) revelarão a falsa divisão entre o natural e o social.

Foi nesse contexto entre as décadas 70 e 80 que a Saúde Coletiva passa a se consolidar como campo de pesquisa e de práticas. Trata-se de um importante avanço para o estudo da Ecologia Humana, uma vez que, segundo Ianni (2011, p. 35), “a natureza da saúde é moldada irreversivelmente pela cultura”. Na década de 1980 o campo da Saúde Coletiva passa a se configurar numa perspectiva que abarca três dimensões: i) como uma corrente de pensamento, ii) como movimento social e, iii) como prática teórica (NUNES, 1994).

Outra característica importante que marca o atual estágio de nossa sociedade de risco consiste no caráter de reflexividade, ou seja, na sistemática e contínua revisão com base nas novas informações e conhecimentos que vão surgindo nos variados aspectos da vida social. Como exemplo, Spink (2001) aponta o questionamento da ciência, uma vez que os métodos científicos aplicados à natureza, as pessoas, e à sociedade vêm gradualmente sendo confrontados, sobretudo, no campo da Saúde Coletiva.

As recentes discussões epistemológicas e metodológicas acerca da relação entre o social e o biológico, ou entre a cultura e a natureza, retratam as tensões pelas quais passam as Ciências Sociais. Sendo assim, ao estudar o desenvolvimento das ciências sociais nos séculos XIX e XX, por exemplo, a Comissão Gulbenkian para a Reestruturação das Ciências Sociais (1996), considerou necessária e urgente proceder a uma revisão sobre a relação que as ciências sociais havia estabelecida com a categoria natureza.

Nesse sentido, no intuito de contribuir para o desenvolvimento das ciências sociais, Emilio Moran (2011) defende a necessidade de um maior engajamento dos pesquisadores sociais em agendas de trabalho multidisciplinares em conjunto com as ciências biofísicas.

O autor aponta que:

Requer, em vez do esforço solitário – mais comum nas ciências sociais – um trabalho em grande

equipes de cientistas. [...] o trabalho deve ser multinacional, multidisciplinar, multiescalar, multitemporal, espacialmente explícito e politicamente relevante. Para ser bem-sucedida, essa tarefa exige que baixemos a guarda e tenhamos as ferramentas, as teorias e os métodos certos para as perguntas que estão sendo formuladas (independentemente das disciplinas de onde elas vieram). A meta é escolher as perguntas e equipes corretas para o trabalho, mesmo que isso signifique incentivar os membros da equipe a aprender abordagens que não fizeram parte de sua formação acadêmica (MORAN, 2011, p. 50).

Dada a proposta de Moran sobre a necessidade de realizar estudos sob perspectivas multidimensionais e polivalentes, para fins deste trabalho, pretendemos investigar uma agenda de pesquisa a partir do questionamento sobre como a disseminação internacional das doenças infecciosas foi entendida como ameaça à sobrevivência do Estado-nação e à segurança internacional. Nas próximas seções delinearemos duas importantes discussões teóricas sobre o tema de segurança internacional.

2.3 ABORDAGEM TRADICIONAL DE SEGURANÇA INTERNACIONAL

A abordagem tradicional dos estudos de segurança está associada a teoria Realista das Relações Internacionais. De maneira objetiva, a visão realista defende a ideia de que as relações entre os países são de natureza conflituosa e competitiva dado o contexto anárquico¹³ do sistema internacional. Os Estados sempre devem estar atentos na capacidade em prover poder, riqueza e qualidade de vida para seus nacionais. Em linhas gerais, a segurança depende da capacidade do Estado de se proteger contra ameaças que possam comprometer sua sobrevivência.

Ao considerar o Estado nacional como o ator mais importante no sistema internacional, as ameaças à sobrevivência do Estado são vistas sob a perspectiva estratégico-militar, isto é, as principais preocupações dos Estados são as ameaças diretas, geralmente de natureza militar. Em

¹³ A anarquia nas relações internacionais refere-se à ausência de um governo mundial ou de uma autoridade superior dos Estados Nacionais. Neste contexto, os Estados devem garantir os meios necessários para assegurar sua sobrevivência e segurança no cenário internacional.

outras palavras, a guerra surge como um componente específico, ou *ultima ratio*, que influencia e define as relações entre os Estados, conforme assinala Aron:

O diplomata e o soldado vivem e simbolizam as relações internacionais que, enquanto interestatais, levam à diplomacia e à guerra. As relações interestatais apresentam um traço original que as distinguem de todas as outras relações sociais: elas se desenrolam à sombra da guerra, para empregar uma impressão mais rigorosa, as relações entre os Estados implicam essencialmente na guerra e na paz. Como cada Estado tende a reservar para si o monopólio da violência, no curso da história, todos os Estados reconhecendo-se reciprocamente, reconhecem a legitimidade das guerras que fazem entre si (ARON, 2002, p. 52).

A temática do poder é recorrente pelos analistas realistas¹⁴, dos quais destacamos importantes autores como Edward H. Carr (2001), Hans Morgenthau (1973), Raymond Aron (2002), Kenneth Waltz (1979). Os realistas consideram que segurança está relacionada com o poder, isto é, um Estado com significativo poder, capaz de obter um papel dominante no cenário internacional ganharia, como resultado, a sua segurança. A partir do entendimento de que a guerra é a maior ameaça à segurança nacional, caberia, portanto, ao Estado priorizar recursos e construir capacidades no âmbito estratégico-militar para prover sua defesa contra ameaças externas. A abordagem tradicional de segurança predominou na maior parte da Guerra Fria, uma vez que, tanto formuladores de políticas de governos quanto acadêmicos, trabalharam, por sua vez, o conceito de segurança relacionado ao respectivo poder de cada nação (RUDZIT, 2005).

Não há consenso entre os realistas acerca da definição do termo poder. Alguns realistas entendem que o poder corresponde a soma das capacidades militar, econômica, tecnológica, diplomática, entre outras, à disposição do Estado. Outros defendem o argumento que o poder não corresponde a um valor absoluto determinado para cada Estado como se

¹⁴ As principais fontes de inspiração para o realismo político que surgiu após a Segunda Guerra Mundial são os seguintes pensadores: Tucídides (471 a.C.–400 a.C.), Nicolau Maquiavel (1469–1527), Thomas Hobbes (1588–1679) e Carl von Clausewitz (1780–1831).

estivesse em um vácuo, mas sim como capacidades relativas às capacidades de outros Estados. Neste sentido, o poder dos Estados Unidos, por exemplo, seria avaliado em termos de suas capacidades em relação às capacidades dos outros Estados. A preocupação com a Segurança Nacional passa a ser entendida como um problema político quando os governos adquirem uma percepção razoavelmente clara acerca da natureza de uma ameaça, e de suas respectivas vulnerabilidades frente a mesma. A noção de segurança nacional compreende, em resumo, a proteção do Estado frente a agressões externas e movimentos internos que possam por em perigo a sobrevivência do mesmo e o bem estar de sua população.

Na visão dos realistas, o Estado nacional é concebido como um ator racional, soberano, unitário e maximizador do seu poder. Tendo em vista a anarquia hobbesiana no sistema internacional, os Estados não podem confiar uns nos outros, nem em instituições internacionais, uma vez que o Estado só pode garantir sua segurança a partir da maximização de poder e da prontidão militar.

A soberania é um dos conceitos centrais para qualquer tentativa de análise do fenômeno internacional. Em uma definição mais genérica, a soberania refere-se: "[...] a qualidade da independência absoluta de uma unidade frente a qualquer outra vontade decisória universal efetiva" (HELLER, 1995, p. 197). A temática da soberania é muito debatida na teoria política, jurídica, e nas Relações Internacionais, entretanto, a soberania conjuga o significado fundamental das relações internacionais: a dicotomia soberania estatal versus anarquia internacional. Se o sujeito da soberania é o Estado, a soberania é dicotômica, uma vez que apresenta uma face interna e outra externa (MATTEUCCI, 1983, p. 1179).

A soberania interna refere-se ao monopólio do uso legítimo da força pelo Estado, sendo assim, na capacidade estatal de garantir a manutenção e o cumprimento da lei num determinado território¹⁵, monopolizando funções como: criar e cobrar impostos, produzir e revogar leis, eliminar conflitos internos, conduzir os processos administrativo-legais, cunhar e emitir moeda, definindo-se assim as relações no interior do Estado.

A soberania externa, como mostra Bobbio et alii (1998, p. 1089), "significa na realidade que o Estado não está sujeito a leis que lhe sejam impostas por uma autoridade supra-estatal, dotada do monopólio da

¹⁵ Gostaríamos ressaltar que a produção de conhecimento pela Sociologia e pela teoria política apresenta um viés territorialista, pois, segundo Beck, "o social é independente das fronteiras espaciais" (BECK, 1999, p. 24).

força; significa, em outras palavras, a existência de uma situação anárquica no plano internacional". Para os realistas, o conteúdo básico que opera nas relações internacionais é o de que os Estados soberanos agem racionalmente a partir de um cálculo de poder–força de acordo com a hipótese do estado de natureza, no qual se encontra ausente a noção da lei e do que é justo ou injusto. Neste contexto, é o estado de natureza, "solitária, pobre, sórdida, embrutecida e curta" (HOBBS, 2004, p. 76), o componente principal que define a tessitura das relações entre os Estados.

Para Hobbes (2004), as relações internacionais são análogas¹⁶ às relações entre os indivíduos em estado de natureza. Assim como no estado de natureza, onde não reina qualquer autoridade sobre os indivíduos, nas relações internacionais não reina qualquer autoridade entre os Estados, uma vez que não existe nenhum tipo de contrato social entre os governos que os submeta a alguma instituição internacional ou soberano, de modo a impedir o confronto entre esses países. Ambos os planos, o do indivíduo pré–político livre e o dos Estados independentes e soberanos, são marcados pela anarquia. Sendo assim, como aponta Bobbio et al. (1998, p. 275), "no estado de natureza não há, pois, nem soberanos nem súditos, nem senhores nem servos, mas uma força eternamente potencial e em estado difuso".

Conforme assinalado, o sistema internacional é caracterizado pela ausência de uma entidade com poder supra estatal capaz de garantir um ordenamento jurídico internacional estável, o que denota o caráter anárquico nas relações entre os Estados. Todavia, isto não significa dizer que as relações internacionais apresentem um funcionamento caótico, uma vez que as relações entre os Estados são orientadas pelo interesse nacional, visando uma segurança nacional de perfil estratégico–militar. Em relação à segurança nacional, Aron argumenta:

Se admitirmos que ninguém deseja a guerra por si mesma, aceitaremos que, ao ditar as condições da

¹⁶ Além de análogas ao estado de natureza, as relações internacionais são, para Hobbes, análogas ao estado de guerra. De acordo com o filósofo, enquanto os indivíduos não forem submetidos a um poder comum, isto é, enquanto forem deixados no estado de natureza, eles estarão em estado de guerra. Em sentido amplo, o estado de guerra não se reduz ao confronto armado. O estado de prontidão para a guerra está incluído no estado de guerra. Dentre os exemplos de estado de guerra citados por Hobbes, temos o das relações internacionais, os outros são o das sociedades pré–políticas e o da guerra civil.

paz, no fim das hostilidades, o governo deseja ter a garantia de que guardará as vantagens obtidas pelas armas e que não precisará voltar a combater no futuro próximo. No estado natural (indivíduo ou unidade política) tem por objetivo primordial a segurança. Quanto mais cruéis são as guerras, mais os homens aspiram à segurança (ARON, 2002, p. 128).

O interesse nacional refere-se à defesa de seu território, autonomia política, valores culturais e das tradições que caracterizam sua nação. Os realistas defendem o argumento que o interesse nacional de um Estado é definido em termos de acréscimo relativo de poder, uma vez que consiste no meio mais eficiente para obter a segurança. Em tese, a segurança é para o Estado, provida por ele mesmo, através de instrumentos militares, contra qualquer ameaça ao seu território e/ou à sua sobrevivência. Dessa maneira, a segurança é vista como “do Estado e pelo Estado” no sentido de que ele é o afetado por possíveis ameaças e ao mesmo tempo o provedor de sua própria segurança (TOMÉ, 2010, p. 34).

A temática da disputa de poder entre as unidades políticas fez John Herz (1950) cunhar o tradicional *dilema da segurança*. Se um Estado aumenta seu poder, os outros países podem se sentir inseguros e busquem, por sua vez, incrementar seu próprio poder de forma a assegurar sua soberania e integridade territorial, aumentando com isso sua segurança. Neste contexto, um Estado pode se sentir ameaçado diante das medidas de outro, contribuindo para uma corrida de recursos e capacidades que possa dissuadir um ao outro. Na Guerra Fria, por exemplo, foi notória a corrida armamentista entre as duas superpotências.

Nos anos 1970, as duas crises do petróleo e a queda do desempenho da economia dos Estados Unidos, colaboraram para a inclusão de outras questões – economia internacional, meio ambiente – na definição do conceito de segurança (DUQUE, 2009). Já na década de 1980, a política externa do governo de Ronald Reagan (1981–1989) contribuiu, em grande medida, para o recrudescimento do conflito no sistema internacional. A nova postura dos Estados Unidos e a possibilidade de implementação do projeto “Guerra nas Estrelas” suscitaram desconfianças e apreensão pelas grandes potências em relação às suas respectivas políticas de segurança nacional. Constatava-se, assim, a necessidade de formular uma nova política de segurança. Neste contexto, Tanno ressalta:

Nos Estados Unidos, tanto a população quanto a academia começaram a questionar a estrutura vigente. O financiamento governamental às instituições norte-americanas de pesquisa havia influenciado o conteúdo dos trabalhos que, em sua maioria, coadunavam-se com as diretrizes políticas vigentes. Questionava-se em que medida a academia havia reforçado a leitura de uma realidade internacional em que a insegurança e a competição impediam iniciativas de cooperação. Tornara-se cada vez mais evidente que as consequências práticas dos trabalhos acadêmicos derivavam da adoção da teoria realista como arcabouço teórico (TANNO, 2003, p. 49).

Por sua vez, a necessidade de redefinir e ampliar a agenda de segurança, capaz de refletir o reconhecimento das novas ameaças à existência humana de todos os dias, foi impulsionada, em grande medida, pelos seguintes fatores: i) a complexidade da política internacional do pós-Guerra Fria; ii) as preocupações com assuntos domésticos em muitos países ocidentais; iii) a modernização dos países asiáticos; iv) a percepção da diminuição do controle da economia política internacional dos Estados Unidos e da Europa ocidental; v) a preocupação crescente com problemas de ordem global, por exemplo, a mudança climática, a explosão demográfica, o controle de pandemias de doenças infecciosas; vi) o entendimento dos efeitos negativos da globalização sobre a autonomia estatal; e, vii) a incapacidade do Realismo de prever o término da Guerra Fria (PUREZA, 2009, p. 26). Desse novo entendimento surge a perspectiva teórica formulada pela Escola de Copenhague verificada como “ampliada” ou “abrangente”, por destacar que as ameaças à segurança não ocorrem apenas no âmbito militar, mas também no político, econômico, ambiental, societal e, para fins desta pesquisa, destacamos a incorporação das doenças infecciosas emergentes no rol de ameaças à segurança.

2.4 A ESCOLA DE COPENHAGUE: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SEGURANÇA INTERNACIONAL

Os primeiros trabalhos de referência sobre a agenda de segurança ampliada começaram a ser publicados no início da década de 1980. Em 1983, Richard Ullman publica *Redefining Security* na revista *International Security*, e no mesmo ano, Barry Buzan publica o livro

People, States and Fear (1983). Na academia europeia, a obra de Buzan fora muito bem recebida por pensadores e especialistas sobre segurança, fazendo do autor "um ponto de referência canônico e indispensável para os pesquisadores de segurança" (McSWEENEY, 1996, p. 81). Em 1991, o referido livro foi reeditado com o título *People, States and Fear: an Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War Era* (BUZAN, 1991).

Em 1985, é criado o Center for Peace and Conflict Research, atualmente conhecido por Copenhagen Peace Research Institute (COPRI), ou Escola de Copenhague (EC). Reunindo vários pensadores sobre o tema, este instituto de pesquisa objetiva promover estudos para a paz e, desde sua fundação buscou criar e estimular novas perspectivas teóricas, com várias publicações sobre o tema de segurança na Europa.

Em 1998, a EC publica a obra *International Security: a new structure for analysis*, de Buzan, Waever & Jaap de Wilde (1998), dando um passo significativo e sistemático em direção ao reconhecimento de que os fenômenos ligados à segurança são construções sociais, isto é, tratam-se de problemáticas construídas pelas práticas sociais.

Para os teóricos da EC os estudos de segurança “devem incorporar tanto as ameaças militares quanto aquelas advindas das áreas política, econômica, ambiental e societal” (BUZAN; WÆVER; WILDE, 1998, p. 50). Defendem o argumento que:

Outras questões vem da academia: da pesquisa da paz, da economia política internacional, e dos estudos de segurança (e estratégicos). Seu movimento tomou forma nas tentativas de ampliar a agenda de segurança reivindicando status de segurança para questões e objetos referentes aos setores econômicos, ambientais e sociais, bem como os político-militares que definem os estudos de segurança tradicionais (conhecidos em alguns lugares como estudos estratégicos) (BUZAN; WÆVER; WILDE, 1998, p. 01).

A segurança deixa de ser entendida apenas por uma única dimensão, a estratégica-militar, constituindo-se numa abordagem multidimensional. A EC propõe cinco dimensões de um conceito atualizado de segurança: i) a militar, ii) a política, iii) a econômica, iv) a societal e, v) a ambiental. A segurança militar refere-se à interação entre as capacidades militares (ofensivas e defensivas) dos Estados e as

percepções de ameaça dos mesmos no cenário internacional. Em outras palavras, essa dimensão preocupa-se com as ameaças que envolvem as relações de força militar dos Estados, conforme destacado por Robert Jervis (1978), que a capacidade militar (ofensiva ou defensiva) interfere na avaliação do grau de periculosidade da ameaça e, portanto, no sucesso dos processos de securitização.

A segurança política refere-se a estabilidade organizacional do Estado. Assim, essa dimensão preocupa-se com a manutenção da soberania do Estado, dos seus ideais e de suas instituições. As ameaças políticas “podem tomar a forma de pressões para adoção de determinadas políticas, pedidos de substituição do governo e incentivos à secessão” (TANNO, 2003, p. 64). Já a segurança econômica traduz-se na sensibilidade e vulnerabilidade do Estado em relação a questões econômicas e financeiras internacionais, acesso a recursos e mercados necessários para a manutenção do poder estatal, e a qualidade de vida e bem-estar de seus nacionais.

A dimensão societal refere-se a sustentabilidade e preservação do patrimônio identitário, cultural, linguístico e religioso de uma nação. Há uma distinção entre segurança social e segurança societal, respectivamente, a social tem uma abordagem individual e parte de uma perspectiva econômica (problemas como a miséria, a desigualdade social), ao passo que a societal encontra-se vinculada a uma abordagem coletiva. Partindo do pressuposto que a identidade coletiva é resultante do sentimento de que o grupo constitui uma entidade, é possível afirmar que no cenário internacional contemporâneo as identidades estão comumente constituídas sob a forma de clãs, tribos, nações, religiões¹⁷ e civilizações. Sendo assim, as ameaças societais passam a existir quando essas entidades encontram-se em perigo. Segundo a Escola de Copenhague:

Nesta base, podemos concluir que no sistema internacional contemporâneo, segurança societal se refere à habilidade de uma sociedade de permanecer com suas características essenciais sob condições mutáveis e ameaças possíveis. Especificamente, é sobre a sustentabilidade dentro de condições aceitáveis para a evolução de padrões tradicionais de língua, cultura, associação,

¹⁷ Os autores mostram exemplos bastante ilustrativos sobre a percepção de ameaça de alguns Estados e as medidas tomadas por eles. Cita como exemplo, países que politizaram a religião (caso do Irã, Arábia Saudita, Burma) e alguns que securitizaram a cultura (a União Soviética e o Irã).

identidade e costumes religiosos e nacionais [...] segurança societal se refere a situações em que sociedades percebem a ameaça em termos de identidade (WÆVER et al., 1993, p. 23).

E por fim, a segurança ambiental está relacionada com a proteção da biosfera terrestre essencial para o suporte de que dependem todas as atividades humanas. A dimensão ambiental pode abranger questões diversas, tais como: mudança climática, escassez de recursos naturais não renováveis, falta de água em algumas regiões do planeta. Importante mencionar que a devastação de florestas tropicais e a deterioração de recursos naturais, por exemplo, não se tornam parte do cálculo de segurança a não ser que elas possam vir a ter resultados políticos capazes de afetar a sobrevivência do Estado e suas instituições, ou diminuindo a capacidade do Estado em operar efetivamente os processos de políticas doméstica ou externa.

Para analisar os setores "securitizados" de cada dimensão, a Escola de Copenhague traz os conceitos de securitização e dessecuritização. Para Buzan e seus colaboradores, segurança é sobrevivência, ou seja, só é possível falar em segurança quando um fenômeno/assunto é caracterizado como uma ameaça real a algum objeto (usualmente, mas não necessariamente o Estado, incorporando o governo, o território e a sociedade). Defendem o argumento que a especial natureza da ameaça justifica o uso de medidas emergenciais para lidar com ela.

Utilizando-se de um conceito proposto pela Escola de Copenhague, os autores mostram como ocorre o processo de elevar um tema à esfera da segurança, denominado de *securitização*. Para Wæver, segurança é o movimento que leva a política para além das regras do jogo estabelecidas e enquadra o assunto/tópico tanto como um tipo especial de política, como um conjunto de ações que se executam acima dela. Portanto, securitização pode ser entendida:

como uma versão mais extremada da politização, pois, em teoria, qualquer assunto público pode ser posicionado no espectro que varia do não-politizado (significando que o Estado não lida com ele e de nenhum modo é tido como um tópico de debate público e de decisões), passando por politizado (significando que o tópico é parte de uma política pública requerendo uma decisão governamental e alocação de recursos), indo até o securitizado (significando que o tópico é

apresentado como uma ameaça existente, requerendo medidas de emergência, o que justifica ações fora dos limites normais do processo político) (apud RUDZIT, 2005, p. 308).

O coração da teoria da securitização é aquilo que Stritzel (2007, p. 358) se refere como uma trilogia do ato de fala: i-) o movimento de securitização, que pode usar imagens e outras "práticas comunicativas", não apenas palavras; ii-) agente securitizador, aquele que faz o ato de fala, geralmente alguém ou algum órgão com posição política; iii-) o público (audiência), quem aceita ou rejeita o movimento de securitização.

A reivindicação de segurança feita por meio de um discurso não é, portanto, apenas descritiva, mas performática, isto é, ela muda a realidade alterando a forma como as questões são vistas (BUZAN et al., 1998, p. 46). Importante, isso coloca a segurança fora de uma condição objetiva.

Em outras palavras, o processo de securitização dá início a partir do ato de fala (*speech act*) de um determinado ator que apresenta alguma coisa como uma ameaça existencial, isto é, transforma-se um problema da esfera política numa questão de segurança. Neste contexto, os fatores e os critérios de securitização são compostos pela intersubjetividade estabelecida por uma ameaça existencial com uma razoável ênfase de que pode ter implicações políticas substanciais.

Como os autores da EC assumem o entendimento de que a segurança é algo subjetivo – a percepção de ameaça pode variar de acordo com o entendimento do sujeito –, é possível inferir que a segurança é uma percepção em que o agente securitizador (que varia de acordo com cada dimensão) percebe algo, e a partir disso o interpreta como uma ameaça ou não. Portanto, afirma-se também que “os critérios para securitização, segundo a EC, são práticas intersubjetivas” (DUQUE, 2009, p. 477). Desse modo, “um tópico se torna de segurança não necessariamente por causa da existência de uma ameaça real, mas porque ele é apresentado como uma ameaça.” (BUZAN et al., 1998, p. 46).

Destarte, o conceito de ato de fala (*speech act*), que seria todo o discurso proferido pelo agente securitizador, é o que faz, inicialmente, uma questão ser transferida para uma análise no campo da segurança (DUQUE, 2009, p. 478). Nas palavras de Wæver, “o que é então segurança? [...] podemos conceber a segurança como um ato de fala” (WÆVER et al., 1993, p. 27).

Para estar securitizado, não basta a questão ser proferida em um discurso, tem que ser aceita pelo “público” e, assim, haverá legitimidade para que quaisquer medidas propostas pelo agente securitizador sejam de

fato adotadas. Quando um tema passa pelo processo de securitização e é efetivamente securitizado, o tema passa de uma esfera de política comum para uma de política emergencial, o que implica em confidencialidade e a legitimidade de se utilizar quaisquer instrumentos (DUQUE, 2009, p. 479).

A Escola de Copenhague, entretanto, não considera que qualquer situação/problema que envolva as respectivas dimensões (militar, política, econômica, societal e ambiental) represente uma ameaça à segurança nacional e internacional. Para poder afirmar que uma determinada situação/problema é de fato ameaça, os autores propõem quatro critérios: i) a ameaça compromete/afeta o Estado (território, governo e/ou sociedade)?; ii) é necessário o uso da força?; iii) é preciso adotar medidas extraordinárias?; iv) o assunto foi securitizado, isto é, houve convencimento da população de que o assunto é uma ameaça? (BUZAN; HANSEN, 2012, p. 36–40).

Para analisar cada dimensão é preciso considerar três unidades de análise: i) o objeto referente, ii) os atores securitizadores e, iii) os atores funcionais. O objeto referente diz respeito sobre quem está sendo ameaçado, sendo que, tradicionalmente, o Estado é visto como o principal objeto referente. Os atores securitizadores, por sua vez, são aqueles que identificam o objeto referente e securitizam (através de declarações) uma ameaça. Os atores securitizadores, em geral, são líderes políticos, representantes governamentais, porta vozes de grupos de pressão, burocratas. Por fim, os atores funcionais são aqueles que não são os ameaçados e nem os que securitizam, mas sim os que afetam “a dinâmica de um setor. Sem serem o objeto referente ou ator que demanda segurança em favor do objeto referente, são atores que influenciam de forma significativa as decisões na área de segurança” (BUZAN; WÆVER; WILDE, 1998, p.36). Exemplos de atores funcionais, na esfera militar, são as agências de força (companhias mercenárias, burocracias de defesa, Forças Armadas), indústrias de armamentos, entre outros.

3 GOVERNANÇA INTERNACIONAL DAS DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES

O presente capítulo busca refletir sobre os fatores que têm contribuído para a criação e o desenvolvimento de um arcabouço jurídico internacional para o controle das doenças infecciosas. Temos como hipótese o argumento de que a criação destes processos de normatização internacional têm ocorrido principalmente pelo risco de pandemia de doenças infecciosas (percebido hoje como global), capaz de afetar a saúde e a qualidade de vida das populações; a coesão social e política dos Estados e, prejudicar o comércio internacional.

A discussão sobre a temática relacionada a saúde no plano internacional não é recente. Nye (2009, p. 244–245) destaca que uma das formas mais antigas de globalização – vista como “redes mundiais de interdependência¹⁸” – , é a ambiental, na qual comenta sobre a proliferação das doenças:

A primeira epidemia de varíola de que se tem notícia aconteceu o Egito, em 1350 a. C.; ela chegou à China em 49 d. C.; na Europa, depois de 700; nas Américas em 1520; e na Austrália, em 1789. A praga ou Peste Negra originou-se na Ásia, mas sua disseminação matou de um quarto a um terço da população na Europa no século XIV. Os europeus levaram as doenças para as Américas nos séculos XV e XVI, as quais eliminaram até 95% das populações indígenas. Em 1918, uma pandemia de gripe causada por um vírus aviário matou cerca de 40 milhões de pessoas ao redor do mundo, muito mais do que a última guerra mundial. Alguns cientistas atualmente preveem uma repetição de uma pandemia de gripe aviária. Desde 1973, surgiram trinta doenças infecciosas até então desconhecidas e outras doenças bem conhecidas têm-se espalhado geograficamente em novas modalidades resistentes medicamentos. Nos vinte anos subsequentes à identificação do HIV/AIDS na década de 1980, essa doença já matou 20 milhões

¹⁸ Segundo Joseph Nye e Robert Keohane, autores da Teoria da Interdependência Complexa, em 1977, destacam que Interdependência refere-se a uma relação em que os atores – principalmente os Estados nacionais – afetam-se mutuamente, ou seja, um contexto de mútua dependência (KEOHANE; NYE, 2001).

de pessoas e infectou 40 milhões ao redor do mundo (grifo nosso).

No entanto, as ações diplomáticas para o controle da transmissão de doenças infecciosas data desde o século XVIII (GOODMAN, 1952), representando as primeiras iniciativas de cooperação internacional¹⁹ entre os países. As primeiras práticas adotadas pelos países para o controle das doenças infecciosas foram a quarentena e embargos comerciais. No entanto, com o aumento das limitações para a expansão do comércio internacional gerados pela quarentena, começa a crescer a oposição na Europa no século XIX contra o uso desta medida.

Associado a isso, cientistas passam a verificar que algumas doenças infecciosas, como a cólera, escapavam do controle sanitário, tornando ineficaz a prática da quarentena. Exemplo disso ocorreu na Rússia, em 1830, que apesar do forte controle sanitário contra a cólera, o país foi atingido mesmo assim por esta epidemia (ACKERKNECHT, 1948, p. 564). Desta forma, passa a crescer na Europa, neste período, “o anticontagionismo, ou seja, a crença de que os miasmas – o veneno vindo da matéria animal e vegetal em putrefação – espalhados pelo ar causavam as doenças” (REBELO, 2013, p. 772).

Em que pese as mudanças sobre a transmissão das doenças infecciosas, passam a ocorrer iniciativas diplomáticas internacionais para o controle das mesmas no século XIX. Foi criado em 1833, no Egito, um Conselho Sanitário com o objetivo de proteger as condições de saúde dos cidadãos europeus, e gerir problemas de quarentena e higiene internacional. Em 1851, realizou-se a primeira Conferência Internacional de Saúde, que contribuiu na criação de uma série de normas e regras para o estabelecimento de um código sanitário internacional referente à notificação da peste, febre amarela e do cólera.

No âmbito regional do continente americano, é criado, em 1902, a Organização PanAmericana de Saúde (OPAS), organização voltada para o sistema inter-americano especializado em saúde, com o objetivo de fomentar o conhecimento sobre o tema da saúde entre os diversos ministérios da saúde dos países, estabelecer parcerias com instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil, e cooperar com agências bilaterais, multilaterais e instituições financeiras internacionais.

¹⁹ Cooperação Internacional pode ser entendida como um processo de coordenação de políticas, no qual os Estados ajustam seus comportamentos a fim de que cheguem há um entendimento comum (KEOHANE, 1984).

Na iminência do fim da Segunda Guerra Mundial foram criadas muitas organizações internacionais para auxiliar no ordenamento do ambiente internacional. Destacamos, em 1944, pelos acordos de Bretton Woods, o estabelecimento do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Em 1945, é criada a Organização das Nações Unidas com o objetivo de promover a cooperação internacional não só na área de segurança e da promoção da paz mundial, mas também na promoção dos direitos humanos, desenvolvimento econômico, proteção ao meio ambiente, controle de doenças, entre outros temas. Assim, em 1946, é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), instituição ligada a ONU, na qual tem exercido um importante papel nas relações internacionais e na diplomacia sobre o campo da saúde.

As últimas décadas do século XX apresentaram um significativo recrudescimento no comércio internacional, nos fluxos de pessoas e bens em diferentes partes do mundo e, avanços tecnológicos nos meios de comunicação e transporte. Sendo assim, o aumento das redes de interdependência na atual globalização contemporânea, nas quais são muito mais “rápidos e intensos” os efeitos dos processos de interdependência no sistema internacional (NYE, 2009, p. 247), permitiu aumentar também as ameaças, riscos e incertezas nas relações internacionais.

A globalização contribuiu em alterar a tradicional distinção entre saúde nacional e internacional, ou seja, os riscos e urgências para a saúde pública não são de competência exclusiva das autoridades nacionais. Uma das consequências da globalização é o aumento do risco da propagação internacional de doenças infecciosas. O elevado volume de pessoas e bens atravessando fronteiras é algo sem precedentes na história humana. Embora alguns países ainda possam optar por um protecionismo extremo, ainda é muito difícil prevenir a entrada de doenças em seus territórios.

Assim, passa a ocorrer no ambiente internacional a Governança Global, que concerne em ações para a realização de objetivos comuns entre os diversos atores internacionais. As ações podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas, e não dependem, necessariamente, de sanções para que sejam cumpridas (ROSENAU, 2000). Os principais atores nesse processo de governança global são os Estados nacionais e as organizações internacionais. No entanto, verifica-se atualmente a relevância de envolver demais atores para que haja uma maior efetividade destas ações de normalização, como a participação de organizações não-governamentais e empresas transnacionais (GRISOTTI, 2016).

Para Rosenau (2000), devido ao aumento da globalização e das ameaças transnacionais (fenômenos que atravessam as fronteiras nacionais), torna-se cada vez mais necessária a realização de maiores esforços desses atores em direção à cooperação internacional, para mitigar problemas e adotar respostas sistêmicas. Para o autor, a governança está também fortemente relacionada à ordem internacional, já que a mesma consiste nos comportamentos fundamentais (como a diplomacia e a cooperação) e rotineiros (procedimentos rotinizados, por exemplo, como o costume do uso do passaporte), pelos quais fluem a política mundial. Nem todos esses comportamentos são resultado de intenções claras e esforços conscientes, alguns são oriundos de procedimentos que visavam responder a questões imediatas, mas acabam por se tornar aparato de funcionamento de ordenação de todo o sistema internacional.

Assim sendo, Rosenau (2000, p. 20) destaca que “a governança modela a natureza da ordem mundial prevalecente”, por meio de esforços conscientes realizadas pelos procedimentos de governança a partir de Regimes Internacionais (que será explicado na próxima seção), Organizações Internacionais, entre outros atores e mecanismos que regulam os entendimentos dos assuntos mundiais. Segundo Rosenau (2000, p. 20), portanto, “não pode haver governança sem ordem, e não pode haver ordem sem governança”.

No contexto da governança em saúde global, são várias as definições e entendimentos na literatura especializada. Segundo Harman (2012), governança em saúde global são acordos transfronteiriços e iniciativas entre os Estados e/ou atores não-Estatais para a elaboração de políticas na área de saúde pública, controle de doenças infecciosas e proteção quanto aos riscos à saúde. Para Fidler (2010, p. 3), a governança em saúde global:

refere-se ao uso de instituições formais e informais, regras e processos pelos Estados, organizações intergovernamentais e atores não-Estatais para lidar com os desafios na área da saúde que requerem ações coletivas transfronteiriças.

As variáveis que permitiram a emergência da governança global em saúde consistem, a saber, nas iniciativas de cooperação internacional, na realização de inúmeras conferências no final do século XIX e início do século XX, o crescimento do sentimento de comunidade internacional em saúde, o aprofundamento de estudos científicos – que contribuiu para um

maior entendimento sobre os determinantes da saúde – e, eventualmente, a criação de instituições – sejam elas governamentais ou não governamentais – que tratassem das questões trazidas pela percepção do caráter transnacional das doenças infecciosas (DODGSON; DRAGER, 2002).

Desta forma, é possível dizer que o conjunto das nações que conseguiu coordenar e concordar na adoção de práticas e regras comuns no campo da saúde, em especial, em higiene e doenças infecciosas²⁰, representa, um exemplo de governança global em saúde. Entretanto, apesar de historicamente essa governança ser caracterizada principalmente pela atuação dos Estados nacionais, com a globalização as questões relacionadas à saúde ficaram cada vez mais complexas, em que os riscos e ameaças tornam-se cada vez mais imprevisíveis, necessitando o envolvimento de outros atores como Organizações Internacionais, organizações da sociedade civil, empresas, para o desenvolvimento de políticas internacionais para a saúde.

Antes de apresentar a emergência e evolução da cooperação internacional em Saúde, abordaremos sobre a relevância dos Regimes Internacionais para o ordenamento do sistema internacional. O objetivo de destacar essa importância na presente tese se dá pelo fato que a cooperação internacional em saúde passa a criar regulamentos sanitários internacionais, que se enquadram como Regimes Internacionais.

3.1 A RELEVÂNCIA DOS REGIMES INTERNACIONAIS NO SISTEMA INTERNACIONAL

A partir da década de 1970, os estudos sobre as relações internacionais passaram a dar maior destaque acerca sobre os Regimes Internacionais (RIs), em face do deslocamento do foco das relações de poder entre Estados para *issues politics*²¹ (HERZ, 1997). Segundo Krasner (2012, p. 93), Regimes Internacionais (RIs) são “princípios, normas, regras e procedimentos de tomada de decisões de determinadas áreas das relações internacionais em torno das quais convergem as expectativas dos atores”. Eles são conceituados como variáveis

²⁰ Apesar de que o processo da criação de estruturas institucionais, regras, mecanismos de proteção e promoção da saúde atravessando fronteiras nacionais, porém, só se intensificaram durante o século XIX.

²¹ O termo representa os novos temas que foram incorporados à agenda de discussão dos Estados.

intervenientes entre fatores causais²², assim como resultados e comportamentos. Essa conceituação oferece um importante ponto de partida para análise, já verifica os RIs como instituições sociais²³.

De acordo com Keohane e Nye (1998, p. 58), os princípios definem os propósitos que seus membros devem buscar. Krasner (2012, p. 94) conceitua-os como “crenças em fatos, causas e questões morais”. Sobre as normas, segundo Krasner (2012, p. 94), são padrões de comportamentos, direitos e obrigações; ou seja, determinações mais claras sobre responsabilidades e comportamentos legítimos ou não legítimos. Regras, por sua vez, são mais específicas, constituindo prescrições ou proscições para uma ação. Por último, procedimentos de tomada de decisões oferecem formas de implementar os princípios e alterar regras; significam práticas para execução de decisões coletivas (KRASNER, 2012, p. 94).

O aumento no número de áreas nas quais os RIs tem atuado é reflexo do movimento em direção a um mundo marcado pela interdependência complexa. Outra característica que colabora acerca da relevância dos RIs é o fato de que os padrões de comportamentos de determinadas áreas de interesse, tendem levar a criação desses regimes, assim como, concomitantemente, os regimes têm uma tendência de realçar estes comportamentos. Oran Young (apud KRASNER, 2012, p. 99) afirma que: “o comportamento padronizado inevitavelmente gera expectativas convergentes”.

Segundo Keohane e Nye (1998), os RIs podem ser entendidos como uma espécie de conjunto de arranjos de governança, onde existe uma rede de regras, normas e procedimentos que regulam os comportamentos dos atores e controlam seus efeitos. Eles não são vistos como meras combinações temporárias, fenômenos de curto prazo. Na visão dos autores, os regimes facilitam acordos, mas não podem ser limitados a interesses de curto prazo.

Observamos a importância dessa distinção ao analisar que existem acordos sobre a saúde, como o Acordo–Quadro de Preparação para a Pandemia de Influenza no âmbito da ONU criado em 2011, que determina que a patente de vírus deveria ser compartilhada assim como fabricantes de vacinas deveriam reservar pelo menos 10% de sua produção para

²² Fatores que interferem e definem.

²³ Nesse sentido, como instituições sociais, regimes significariam uma resposta social a problemas de coordenação em situações, em que decisões negociadas e tomadas de forma coletiva, tenderiam a levar a resultados mais eficientes do que quando feitas individualmente.

países menos desenvolvidos, com custo reduzido ou nenhum. Existem outros importantes regimes internacionais no âmbito da saúde pública, como o Regulamento Sanitário Internacional, de 2005, que será abordado no próximo capítulo.

A função básica dos Ris consiste em ajudar no processo de coordenação do comportamento dos Estados e demais atores, para atingir os resultados desejados nas áreas de interesse em que atuam. Desta forma, “os regimes podem ter impacto quando resultados Pareto-ótimos não podem ser alcançados por meio de ações individuais não coordenadas” (KRASNER, 2012, p. 94). Em face das doenças infecciosas emergentes não respeitarem fronteiras, ainda que determinada enfermidade seja contida em território nacional, nada impede que elas ressurgam – oriunda de alguma mutação – vinda de fora das fronteiras. Dessa forma, é possível afirmar que as ações individuais de um Estado não são suficientes para conter a propagação de uma dada doença ao redor do globo.

Para analisarmos apropriadamente a importância dos Ris é necessário entender quais condições (variáveis causais) levaram não apenas sua criação, mas também sua permanência e relevância no sistema internacional, principalmente no que tange as questões de saúde. As variáveis causais mais importantes são: o auto interesse egoísta, o poder político, as normas e os princípios, usos e costumes e, por fim, o conhecimento (KRASNER, 2012, p. 100).

O auto interesse egoísta, segundo Krasner (2012, p. 101), significa o “desejo de um ator maximizar sua função de utilidade sem incluir a utilidade de outro”. No entanto, como a não colaboração pode levar a resultados indesejáveis para ambos os lados, os atores podem abandonar a ideia de tomar decisões individuais e agir em prol de decisões coletivas. Em um cenário onde a não cooperação pode significar a propagação internacional de doenças infecciosas, o auto interesse egoísta dos Estados os guiaria, em tese, em direção à cooperação a partir da noção de que, em algum momento, eles serão beneficiados, mesmo que os resultados desejados não sejam atingidos imediatamente (McINNIS; LEE, 2012).

O poder político, por sua vez, é dividido em duas visões: o poder visando o bem comum, e o poder político visando o bem próprio. O primeiro objetiva resultados ótimos para todo o sistema, enquanto o segundo, busca fortalecer os interesses de atores específicos (KRASNER, 2012, p. 102). Em suma, segundo o autor, ainda que os resultados privilegiem certas ideias, interesses e instituições, os RIs privilegiam a coletividade, como exemplo, podemos citar o elevado número de RIs criados no início da década de 1990 no âmbito multilateral da ONU.

Quanto as normas e princípios, Krasner (2012) entende que são variáveis determinantes de qualquer regime internacional, uma vez que:

as normas e princípios que influenciam o regime de determinada área das relações internacionais, mas que não estão diretamente relacionadas a essa área, também podem ser considerados como explicações para a criação, a persistência e a dissipação de regimes (KRASNER, 2012, p. 104).

Já os usos e costumes não são variáveis capazes de gerar RIs, mas reforçam as últimas três variáveis. Basicamente, segundo Krasner (2012, p. 106), os usos e costumes funcionam como padrões de comportamentos, ainda que adotados para promoverem a utilidade individual, reforçam o desenvolvimento dos mesmos.

E por fim, o conhecimento. Mesmo que também não seja uma variável capaz de criar regimes, é um dos mais fundamentais para os RIs, uma vez que “cria uma base para a cooperação ao destacar as interconexões complexas que não eram previamente entendidas” (KRASNER, 2012, p. 106). Isto é, através da obtenção de informações sobre determinada área, sejam elas teóricas ou técnicas, proporciona um consenso entre os atores interessados e servem como guia para a implementação de políticas para atingir objetivos comuns.

Nesse sentido, Stein (1992) destaca que:

As regras relativas à saúde – como os regulamentos de quarentena – foram radicalmente alterados por novos conhecimentos científicos, tais como o uso de vacinas preventivas e as descobertas do micróbio que causa a cólera e do mecanismo de transmissão da febre amarela por mosquitos. Antes de descobertas como essas, as regras nacionais de saúde eram primordialmente definidas por preocupações políticas. Entretanto, após tais descobertas, o comportamento nacional passou a ser determinado por um regime internacional, ou pelo menos por um conjunto de regras ditadas pelo conhecimento científico reconhecido (apud KRASNER, 2012, p. 107).

Em suma, essas contribuições são fundamentais para entender o processo de governança global e a cooperação internacional em saúde, que serão discutidas na próxima seção.

3.2 EMERGÊNCIA E EVOLUÇÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

O primeiro motor que direcionou os Estados nacionais a empenhar ações coletivas na área de saúde global foi a compreensão de que as doenças infecciosas cruzavam fronteiras e interrompiam o comércio internacional. Historicamente, é possível afirmar que os:

governos buscaram trabalhar juntos porque não queriam que o comércio internacional fosse interrompido, mas também queriam garantir que as medidas preventivas às doenças não seriam tão rigorosas ao ponto de impedir negócios internacionais (YOUDE, 2012, p. 13, tradução nossa).

De acordo com Siddiqi (1995), a Revolução Industrial na Europa e os subsequentes avanços tecnológicos nos transportes e meios de comunicação, aumentando os fluxos do deslocamento de pessoas e bens em diferentes partes do globo, contribuíram significativamente para a intensificação do comércio internacional. Essas novas facilidades permitiram em um dado momento a entrada do cólera e de outras doenças infecciosas na Europa, em que as ações por parte dos países europeus para o controle das doenças infecciosas consistiram na adoção da quarentena.

A prática da quarentena passou a ser vista de forma prejudicial para o desenvolvimento do comércio internacional. Neste contexto,

O que os governos achavam mais penoso eram os desastrosos obstáculos ao comércio internacional e foi essa preocupação que finalmente incitou as nações europeias a se encontrarem e discutirem até que ponto essas restrições onerosas podiam ser revogadas sem colocar em risco a saúde de suas populações. Se, nos períodos coloniais, era verdade que “o comércio segue a bandeira”, era igualmente verdade que os primeiros passos vacilantes em direção à cooperação internacional em saúde

seguiam o comércio (HOWARD, 1975; *apud* YOUDE, 2012).

A ocorrência do segundo surto de cólera que atingiu o continente europeu entre 1830 e 1847, fez com que surgisse a necessidade de ações conjuntas entre os países para a prevenção de epidemias de doenças infecciosas, abrindo caminho para o início da institucionalização de normas e regras internacionais em saúde no início do século XIX. Neste contexto:

A experiência das epidemias de cólera no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, teve papel determinante na percepção das elites políticas sobre os problemas sanitários, favorecendo ações políticas, criação de organizações e intervenção dos Estados nacionais na resolução dos problemas de saúde e nas reformas urbanas (BRIGGS, 1961 *apud* LIMA, 2002, p. 36).

Em 23 de julho de 1851, realizou-se a primeira Conferência Sanitária Internacional, em Paris, no intuito de estabelecer normas e procedimentos comuns²⁴ entre os países que enfrentavam problemas com as epidemias de cólera e de peste bubônica. Inicialmente tinham como objetivo preservar importantes serviços como os fluxos comerciais marítimos. No entanto, esta conferência não obteve grande sucesso. A conferência buscava criar normas padronizadas de quarentena e discutir a viabilidade de criar um conselho sanitário internacional para supervisionar as atividades marítimas, mas houve grande divergência entre os participantes (SIDDIQI, 1995, p. 14).

Além das grandes nações comerciais do período se posicionarem contra as medidas restritivas de quarentena, visto que interrompia o fluxo de bens e prejudicava o comércio internacional, Goodman (1951) afirma que havia outro motivo significativo para o insucesso da Conferência: a falta de consenso e conhecimento sobre os agentes causais da cólera, e sua forma de contágio. Além das visões sobre o contágio direto entre as pessoas e das explicações sobrenaturais quanto as causas das doenças, passa ganhar força a teoria que atribuía a causa das doenças infecciosas ao meio ambiente, afirmando que a inalação de ar contaminado, o clima

²⁴ Temas como: desinfecção de navios, roupas, pessoas e bens quando uma infecção é detectada; eliminação de insetos e desratização nos navios; isolamento de pessoas contaminadas.

e a temperatura, seriam os causadores da cólera e, dessa forma, a quarentena não era uma medida eficiente para o controle sanitário (YOUDE, 2012).

Outras cinco conferências foram realizadas (1859, 1866, 1874, 1881 e 1885) até que houvesse um consenso científico quanto a origem, contágio e tratamento da cólera. Apesar dessa conquista e do maior número de Estados participantes nas conferências, estas apresentaram pouco progresso. Somente na VII Conferência Sanitária Internacional, em 1892 é que foi aceita a criação da primeira Convenção Sanitária Internacional, que “limitou as medidas de quarentena e inspeção médica para navios que passavam pelo Canal de Suez” (YOUDE, 2012, p. 16).

A Convenção Internacional Sanitária também limitou as medidas que estados poderiam impor para prevenir a importação de doenças infecciosas estabelecendo suas regras como regulamentos mais rigorosos permitidos sobre a lei internacional. Essa medida visou assegurar que estados não iam impor regulamentações excessivamente rigorosas que pudessem impedir o comércio. Estados podiam não querer doenças dentro de suas fronteiras, mas eles realmente não queriam parar a circulação de bens através de suas fronteiras (YOUDE, 2012, p. 17).

As Convenções²⁵ que seguiram possuíam o mesmo foco de cooperação internacional em estimular fóruns de debate científico sobre as causas e mecanismos de propagação de doenças, e a ação coletiva por parte dos Estados para tomar medidas de controle de doenças e epidemias que ultrapassassem as fronteiras nacionais. Siddiqi (1995) ressalta que as convenções posteriores expandiram no intento das anteriores com a concordância da notificação imediata por parte dos países sobre quaisquer surtos de cólera e outras doenças dentro de suas fronteiras, e da maior preocupação com medidas sanitárias com o transporte por terra, além do marítimo, otimização de inspeções médicas e de manutenção de capacidades de saúde pública nos processos de entrada e saída de bens e pessoas.

Apesar da maioria das regras e normas criadas nas convenções sanitárias internacionais não terem sido aplicadas de forma efetiva, ficou claro que o efeito transfronteiriço das doenças infecciosas era um

²⁵ De 1851 até o final do século XIX, foram realizadas dez conferências e oito convenções sanitárias internacionais.

problema que exigia esforços multilaterais. Assim, a fim de melhorar o cumprimento destes mecanismos, passou a ficar evidente a necessidade de criar um escritório internacional para realizar a vigilância e facilitar a comunicação entre os atores envolvidos nessas questões.

Em 1902, no âmbito da Conferência Internacional dos Estados Americanos, reunida em Washington, foi criada a Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, precursora da atual Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Cinco anos depois, em 1907, os países europeus se reuniram em Roma, e criaram o Escritório Internacional da Higiene Pública (Office International d'Hygiène Publique – OIHP), com sede em Paris. O estabelecimento de ambas as instituições contribuiu para o desenvolvimento de uma nova e importante etapa acerca do papel das organizações internacionais no campo da saúde pública.

3.3 RELEVÂNCIA DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS PARA A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E A GOVERNANÇA GLOBAL NA ÁREA DA SAÚDE

As relações internacionais no pós-Segunda Guerra Mundial foram marcadas pelo rápido desenvolvimento econômico e tecnológico, crescimento do número de Estados soberanos e demais atores com poder no ambiente internacional, como as multinacionais e as organizações não-governamentais. Tornava-se necessária a criação de organizações internacionais²⁶ a fim de estabelecer um ordenamento no sistema internacional.

Segundo Keohane (1984, p. 3), organizações internacionais são definidas por “grupos de regras, sejam elas (formais e informais) persistentemente conectadas, que prescrevem o comportamento, constroem atividades e definem expectativas”. Nesse sentido, elas passam a desempenhar as funções de atores internacionais, já que possuem personalidade jurídica, assim como certa autonomia para elaborar mecanismos e políticas próprias de cooperação entre os Estados e com demais atores internacionais.

²⁶Nesta tese assumiremos que as denominações “Organizações Internacionais” e “Instituições Internacionais” são sinônimas, ou seja, organizações formadas pela aceitação dos Estados soberanos (de forma voluntária) com sede própria, estrutura jurídica, e reconhecimento da sua autonomia no ambiente internacional como ator independente dos Estados que a constituíram (HERZ; HOFFMAN, 2004).

As organizações internacionais são responsáveis pela criação de regimes internacionais, já definido anteriormente nesta tese, mas também são provenientes de regimes internacionais que já existiam antes. Neste último, citamos como exemplo, o Regime sobre o Comércio Internacional, instituído em 1947, com a criação do Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT– sigla em inglês). Após vários anos de cooperação e acordos complementares entre os membros deste regime, verificou-se a necessidade de criar uma organização internacional com maiores competências para fiscalizar as normatizações do comércio internacional, qual seja, a Organização Mundial de Comércio (OMC), estabelecida em 1994.

Ressaltamos que as organizações internacionais são relevantes no ambiente internacional por contribuírem para criação de mecanismos que buscam amenizar problemas que, por sua vez, os Estados e demais atores, não conseguem encontrar individualmente. Assim, as OIs contribuem para a adoção de práticas coletivas no ambiente internacional, auxiliando o debate e a cooperação internacional de forma permanente, monitoramento das normas e regras, bem como coleta e disseminação de informações (HERZ; HOFFMAN, 2004).

Keohane e Nye (2001, p. 8) apontam que as OIs não são meramente estruturas com sedes formais e uma equipe especializada, mas possuem capacidade e poder para estabelecer padrões de comportamento reconhecidos pelos Estados membros. As OIs são intergovernamentais, isto é, dependem dos Estados para o processo de tomada de decisão. Assim, os países não perderiam sua soberania e poder decisório quanto aos assuntos discutidos nas OIs.

Mas, então, o que faz os Estados aceitarem a criação destas OIs? Keohane (1984) aponta que, além das OIs aparecerem como grandes responsáveis pelo predomínio de certo grau de ordenamento no sistema internacional, as mesmas geram certos benefícios para os Estados, como o aumento da transparência, diminuição das assimetrias no cenário internacional, redução dos custos, fiscalização no cumprimento das normas de forma coletiva, novas parcerias e alianças estratégicas, entre outras contribuições.

Já os teóricos construtivistas, ligados a ênfase sobre o papel da construção social das identidades e dos interesses dos atores internacionais, como Alexander Wendt, Nicholas Onuf, entre outros, os mesmos destacam que as Instituições Internacionais têm um papel relevante no processo de construção social. Dessa forma, as OIs não se limitariam apenas no constrangimento dos comportamentos ou em gerar

benefícios para os atores na arena política internacional, mas de influenciar no papel das ideias por meio das comunidades epistêmicas.

Segundo Haas (1992), comunidades epistêmicas são redes de profissionais com reconhecida expertise em uma determinada área de saber, com autoridade sobre o conhecimento relevante para a definição de políticas em áreas específicas. Esses grupos vêm compartilhando determinadas “crenças normativas (sobre como o mundo deve ser), crenças causais (sobre a relação entre políticas específicas e resultados possíveis), noções de validade do conhecimento e o envolvimento de práticas associadas a determinado conjunto de problemas” (HERZ; HOFFMANN, 2004, p. 77).

3.4 ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS EM SAÚDE

A primeira organização internacional na área da saúde foi a Organização Pan–Americana, criada em 1902, ainda chamada de Oficina Sanitária Internacional (OSI) (SIDDIQI, 1995). Esta se constituiu como um marco fundamental, pois, enquanto as Convenções Sanitárias Internacionais dependiam da persuasão moral para assegurar o cumprimento dos acordos, o que demonstrava a falta de mecanismos de aplicação eficazes, a OSI “ilustrou a viabilidade de aplicação e interpretação das normas sanitárias de uma forma que evitasse o impedimento do comércio, de forma desnecessária” (YOUDE, 2012, p. 18).

Durante seus primeiros anos, a OSI realizou conferências internacionais que permitiram que representantes da saúde das regiões se encontrassem periodicamente e trocassem informações e ideias. Mas foi somente após a Primeira Guerra Mundial, que a OSI expandiu o escopo de ações para criar e reforçar regulamentos sanitários uniformes no continente americano, resultando no Código Sanitário Pan–Americano, em 1924²⁷, que visava estabelecer normas e estimular o aumento da comunicação entre os Estados–membros. Esta convenção requereria que:

Países signatários prevenissem que doenças infecciosas se espalhassem internacionalmente; promovessem ações preventivas contra a propagação de doenças infecciosas entre estados membros; estimulassem a troca bilateral de

²⁷ Ainda que tenha sido criado em 1924, os estados membros somente o ratificaram e implementaram suas medidas em 1936.

informações sobre saúde pública entre estados membros e padronizassem as medidas de prevenção em portos (YOUDE, 2012, p. 19).

Além da OPAS, foi criada a Office International d'Hygiène Publique (OIHP), em 1907. Seu surgimento ocorreu devido a criação, em 1903, do Regulamento Sanitário Internacional entre os países europeus, que destinava foco de sua atenção à cólera e a praga, necessitando posteriormente de um escritório internacional. As principais funções da OIHP se baseavam na administração do regulamento sanitário, manutenção de um serviço de inteligência epidemiológica e coletar dados relacionados à saúde, de estados membros. Segundo afirma Youde (2012, p. 18), a OIHP pretendia proteger os países europeus de doenças “estrangeiras”, enquanto visava o mínimo de interrupção no comércio internacional.

A OIHP foi alvo de muitas críticas por direcionar grande atenção em aos países do Oriente Médio, pois se temia que a população desses países trouxesse surtos de doenças para a Europa. Conforme Youde (2012, p. 18), cerca de “71% dos regulamentos sanitários internacionais se focavam primordialmente na África, Ásia e Oriente Médio”.

Após a Primeira Guerra Mundial inaugura-se a Liga das Nações pelo Tratado de Versalhes, em 1919. Esta organização internacional tinha como principal objetivo promover a paz mundial e manter a segurança internacional. No acordo constitutivo da Liga, artigo 23, defendia que “os Estados-membros esforçar-se-ão para tomar medidas de ordem internacional a fim de prevenir e combater as doenças”²⁸. É criada, em 1920, a Organização de Higiene da Sociedade das Nações, com sede em Genebra.

Foram muitos os debates e discussões sobre a incorporação da OIHP na Liga das Nações, já que quase os mesmos países membros faziam parte das duas organizações internacionais. No entanto, esta proposta foi rejeitada pela OIHP, sendo bastante criticada também pela falta de cooperação com outras organizações internacionais. Conforme Siqqidi (1995, p.19), entre 1920 e 1936, a OIHP rejeitou quatro propostas da Liga das Nações para cooperar em atividades relacionadas à saúde. Além disso, a recusa do governo americano em participar da Liga das Nações acabou minando com a possibilidade de fusão das duas organizações. Assim, os países membros da Liga das Nações resolvem

²⁸ Pacto da Liga de 1919. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfF4IAI/pacto-sociedade-das-nacoes>>. Acesso em: 10 maio 2017.

criar, em 1922, a Organização da Saúde da Liga das Nações (OSLN).

A OSLN foi inspirada no ideal de que prestação equitativa de saúde e bem-estar poderia reduzir conflitos sociais internos e ajudar a evitar a guerra. Não era o suficiente conter doenças infecciosas: o aperfeiçoamento das estatísticas médicas, diagnóstico e vacinas preventivas eram necessários. Em última análise, reformadores da saúde pública progressistas viram que eram necessárias medidas sociais em saúde afirmativas (WEINDLING, 2006, p. 2).

A proposta era que a OSLN atuasse de forma muito mais ativa do que as organizações internacionais em saúde já existentes. Conforme Weindling (2006, p. 2), ao contrário da OIHP que “documentava mais do que inovava e não buscou identificar questões que requeriam reformas ou de levantar questões socialmente desafiadoras” e da “postura isolacionista e conversadora da até então OSI”, a OSLN pretendia se engajar em cooperações técnicas diretas entre os estados membros. Esta organização buscava promover cooperação com oficiais da saúde e a colaboração com as instâncias nacionais, internacionais e organizações não-governamentais para a promoção de saúde (YOUDE, 2012).

Weindling (2006, p. 2) destaca que a OSLN assumiu papel técnico estabelecendo padrões biológicos, disseminando melhores práticas através de visitas de estudo, produzindo estatísticas médicas e promovendo estudos na análise de doenças como parte de uma agenda de modernização social e melhoria das condições de vida.

Apesar das dificuldades sofridas pela organização, desde a falta de fundos e recursos próprios – tendo que contar com suporte financeiro oriundo de outras organizações, como a Fundação Rockefeller –, a OSLN deixou contribuições significativas, como:

Criando uma câmara de compensação de informação ao redor do mundo para elevar práticas de saúde pública e encorajar descobertas; criando um sistema de vigilância epidemiológica efetivo, no mundo todo; estabelecendo bancos de dados epidemiológicos internacionais padronizados; encorajando trocas e networkings entre oficiais da saúde de diferentes países; encorajando estudos internacionais sobre agentes biológicos;

promovendo o estudo dos efeitos de ambiente natural e social na saúde humana; promovendo ajuda técnica para governos (DUBLIN, 1995, p. 59–60 apud YOUDE, 2012, p. 24).

Mas apesar da criação destes organismos, citados acima, não havia mecanismos de coordenação e cooperação internacional para a realização de projetos conjuntos, existindo independentemente uns dos outros e aplicando convenções e acordos dentro de suas respectivas áreas.

Em face dos problemas e consequências decorrentes da Segunda Guerra Mundial (1939–1945) na área da saúde (elevado volume de deslocamento populacional, deixando muitos sem comida, casa e atendimento médico, provocando assim uma situação bastante propícia para a ocorrência de surtos de doenças infecciosas) verificou-se como necessária e emergencial a criação de uma organização internacional que pudesse abranger todas as organizações regionais e internacionais de saúde.

Foi criada a Organização das Nações Unidas, em 1945, com o objetivo de fomentar a cooperação e a criação de mecanismos jurídicos internacionais em diversas temáticas como segurança, desenvolvimento, direitos humanos, educação, cultura, saúde, entre outros, os delegados do Brasil e da China colocaram em pauta uma resolução que pedia uma conferência para criar uma organização internacional em saúde.

Em 1946, após a criação de um Comitê Técnico Preparatório em Saúde – constituído de especialistas em saúde –, a ONU anunciou a Conferência Internacional em Saúde (CIS) com o objetivo “de preparar uma constituição para o estabelecimento de uma Organização Mundial da Saúde para delimitar seus propósitos, funções, estrutura e arranjos administrativos” (SIDDIQI, 1995, p.58).²⁹

Depois de dois anos de negociações e debates, é aprovada a criação da Organização Mundial da Saúde, pelos 51 membros da ONU. No acordo constitutivo da OMS ficou estabelecido ser uma agência especializada da ONU, tendo como propósito coordenar, elaborar e institucionalizar normas e regras internacionais sobre o campo da saúde. Atualmente possui 193 Estados–membros.

²⁹ Entre as questões levantadas ao longo da CIS, Youde (2012, p.30) aponta a dúvida sobre quem faria parte da organização sendo por fim decidido o princípio da universalidade, em que qualquer membro da ONU poderia participar da organização bem como não membros poderiam se tornar associados.

A criação da OMS representou um “avanço extraordinário na evolução das instituições internacionais de saúde [...] cujas responsabilidades e poderes excederem em muito, seus antecessores” (ALLEN, 1950, p. 30 apud YOUDE, 2012, p. 29). Foi considerada uma instituição à frente na cooperação internacional em saúde reconhecida por sua destreza e boa vontade em combater problemas aparentemente imbatíveis.

Quanto as organizações regionais já existentes, ficou decidido que estas deveriam ser integradas a nova organização, no entanto podendo manter certo grau autonomia. Apesar dos protestos dos especialistas da OIHP em não ser absorvida, a mesma foi incorporada na OMS. Já a absorção da OSLN não gerou controvérsias, pois a mesma praticamente não funcionava mais. E a OPAS passou a ser um escritório regional da OMS no continente americano, possuindo certa autonomia nos assuntos da região sobre saúde.

Com efeito, uma vez superadas as difíceis negociações em torno da sua permanência como organização regional autônoma e reconhecida como tal frente à recém criada Organização Mundial da Saúde (1948), a Opas emergiu do pós-guerra, sob a direção do norte-americano Fred Soper, de 1947 a 1959, como uma entidade institucionalmente legitimada, financeiramente saudável e em franco processo de expansão (PIRES; PAIVA, 2006, p. 21).

Os primeiros desafios que a OMS enfrentou logo quando de sua criação, consistiu na tentativa de padronizar as técnicas de combate às doenças infecciosas, tendo em vista a “situação calamitosa em que os serviços nacionais de saúde pública se encontravam na Europa e na Ásia, continentes nos quais as principais hostilidades bélicas se tinham desenrolado” (SOARES, 2000, p.79). O resultado prático disso foi a criação, em 1951, do Regulamento Sanitário Internacional³⁰ no qual definiu procedimentos para proteção contra a disseminação internacional de doenças.

³⁰ O RSI já passou por várias modificações ao longo dos anos, sendo que, em 2005, foi aprovado sua mais nova versão inserindo alterações nos processos mundiais de monitoramento, vigilância e resposta as Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Apesar da criação do RSI, até a década de 1970 as ações da OMS foram restringidas a intervenções técnicas e a programas específicos destinados a enfrentar doenças particulares. No entanto, no final dos anos 1970, conforme Nye e Keohane (2001), temas considerados secundários - em face do contexto da Guerra Fria - passaram a ganhar maior atenção e importância na agenda internacional, tais como meio ambiente, direitos humanos, saúde, entre outros. Herz e Hoffmann (2004, p. 146) destacam que essa mudança também impactou na atuação da OMS passando a ter um viés mais abrangente, incluindo análises socioeconômicas na propagação da melhora da saúde pública. Essa visão foi destaque na Conferência Mundial da Saúde, em 1978, na cidade de Alma Ata, atual Almaty, no Cazaquistão. A Declaração de Alma Ata – “Saúde para todos no ano 2000” –, ressaltou a urgência da garantia ao acesso igualitário à saúde em escala global, além de relacionar a questão aos direitos humanos fundamentais. Apesar dos esforços foram poucos os resultados obtidos neste período.

A OMS passa a destacar a mudança das denominações “saúde pública” e “saúde internacional” para o uso de “saúde global”. Este termo passou a ser mais adequado ao reconhecer a saúde como um bem público global, isto é, na busca pela existência da mesma de forma adequada para toda coletividade e que haja a possibilidade de que seus benefícios sejam disponíveis a todos (KICKBUSCH, 2002). A saúde global compartilha o objetivo de saúde pública que tem como “foco na saúde da coletividade, a interdisciplinaridade e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde humana”, bem como o objetivo da saúde internacional que tem como foco a “abordagem para além das fronteiras nacionais” (FORTES; RIBEIRO, 2014, p. 369).

Desta forma, “enquanto o antigo termo diz respeito as prioridades em saúde coletiva de controlar doenças endêmicas oriundas de territórios colonizados entre países europeus no século XIX”, o novo termo traz a tona a mudança de paradigma sobre “as necessidades de saúde das populações de todo o planeta, acima de interesses de nações particulares” (LEE; KAMRADT-SCOTT, 2014, p. 4).

O grande destaque dessa mudança de paradigma foi a assinatura na Assembleia da OMS, em 1998, da declaração “Saúde para todos no século XXI”. Outro documento importante foi a Declaração do Milênio das Nações Unidas, no ano de 2000, na qual estabeleceu 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) a serem atingidos até 2015. Destes objetivos, cinco estavam relacionados à saúde: 1-) Erradicar a pobreza extrema e a fome; 4-) Reduzir a mortalidade infantil; 5-) Melhorar a saúde materna; 6-) Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças;

7-) Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente. Atualmente, estes objetivos foram substituídos pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), assinado em 2015, pelos membros da ONU, criando a Agenda 2030.

Embora muitos problemas persistam vários avanços ocorreram na área da saúde a partir dessas metas. Conforme relatório da ONU, houve a redução da fome e da pobreza em mais da metade da população mundial, passando de 1,9 bilhão em 1990 para 836 milhões em 2015; quanto as ações na luta contra doenças, como o HIV/AIDS e a malária, mais de 6,2 milhões de mortes por malária foram evitadas entre 2000 e 2015, enquanto as intervenções de prevenção, o diagnóstico e o tratamento da tuberculose salvaram um número estimado de 37 milhões de vidas entre 2000 e 2013; em todo mundo, 2,1 bilhões ganharam acesso a um melhor saneamento.³¹

Sobre as doenças infecciosas a OMS agiu em duas frentes: comandando e conduzindo o processo de revisão dos regulamentos sanitários internacionais, contribuindo na construção de um regime internacional voltado para o controle de epidemias; e na criação de mecanismos de vigilância epidemiológica de caráter global (SILVA, 2014). Assim, a OMS tem sido um importante ator na securitização das doenças infecciosas, já que a mesma tem utilizado atos de fala ressaltando que as doenças infecciosas são ameaças à segurança (JYIN; KARACKATTU, 2011).³²

Em 2007 no mandato de Gro-Harlem Brundtland, Diretora Geral da OMS, o tema da segurança da saúde foi destacado como um dos principais desafios para a governança global da saúde. Em seu artigo intitulado *Global health and international security*, menciona que:

Historicamente, no Ocidente, a doença era frequentemente vista como impedimento para a exploração e um desafio para vencer uma guerra. Cólera e outras doenças mataram pelo menos três

³¹ Nações Unidas no Brasil. “Novo relatório da ONU avalia implementação mundial dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)”. 06/07/2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-onu-avalia-implementacao-mundial-dos-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-odm/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

³² Diversas declarações da OMS a partir do ano de 2000 expressam essa preocupação, como: “Estratégia da OMS para Segurança da Saúde Global: alerta e resposta às epidemias”; “Um Futuro mais seguro: Segurança da Saúde Pública Global no Século XXI”, entre outros.

vezes mais soldados na Guerra da Criméia do que no atual conflito. A malária, sarampo, varíola e febre tifoide derrubaram mais combatentes do que as balas na Guerra Civil Americana (BRUNDTLAND, 2003, p. 417, tradução nossa).

A segurança da saúde passou então a ganhar maior atenção e escopo pela OMS, tornando-se um dos principais focos no World Health Report e no World Health Day 2007. Organizada pela OMS e pelo governo de Cingapura, lideranças políticas e empresariais participaram de uma reunião em 2 de abril de 2007, para debater principalmente sobre o tema da segurança da saúde no cenário internacional.

Além do RSI – sendo o mais recente assinado em 2005 –, a OMS tem contribuído na divulgação de informações técnico-científicas sobre o assunto como a publicação de manuais e recomendações para o controle epidemiológico, diagnóstico e tratamento de doenças específicas. Exemplos destas ações são: Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control; Cholera outbreak: assessing the outbreak response and improving preparedness; Global tuberculosis report 2013 (SILVA, 2014). Outra ação da OMS nesse contexto foi criar plataformas em outras línguas para facilitar o entendimento, informações e conhecimentos para o controle o combate mais efetivo das doenças infecciosas, gerando com isso maior cooperação entre a organização, governos (nacionais e locais), e instituições (públicas, privadas e da sociedade civil).³³

Ainda com relação as doenças infecciosas, a OMS tem atuado também na realização de programas e campanhas no controle e na prevenção de doenças como a influenza, cólera, malária, HIV/AIDS, tuberculose, dengue, entre outras. Alguns exemplos da atuação da OMS, destaca-se o Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply, que tem como objetivo imunizar a população contra a gripe sazonal (WHO, 2006, p. V); o Global Task Force on Cholera Control, que busca reduzir a mortalidade associada à cólera incentivando a implementação de saneamento básico e políticas de imunização (WHO, 2014); e a nova campanha criada no dia 7 de abril de 2017, Dia Mundial da Saúde, chamada *Let's talk*, com o objetivo de prevenir e tratar a

³³ Rede ePORTUGUÊS. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/pt/>
Acesso em: maio de 2017.

Depressão, considerada pela OMS uma das doenças mais graves da sociedade moderna³⁴.

A OMS tem exercido papel de destaque na governança global em saúde já que tem autoridade dentro do sistema na ONU para propor acordos, emitir orientações e prover assistência técnica para os estados membros. Contudo, ela não é a única a contribuir para a governança em saúde. Pelo fato de 60% dos patógenos causadores das doenças infecciosas em seres humanos terem origem animal – dentre elas, SARS, HIV/AIDS, raiva, entre outras (VALLAT, 2013, p. 2) –, o envolvimento de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) passa a ser também relevante nessa agenda. A FAO coordena também programa global para o controle e prevenção da gripe aviária, causada pelo vírus H5N1 (FAO, 2010). Além disso, organismos internacionais como a OIE, a FAO, a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Banco Mundial e o UN System Influenza Coordinator, desenvolveram conjuntamente um plano estratégico para a diminuição dos riscos de doenças infecciosas com potencial epidêmico e pandêmico de origem animal (FAO, 2008).

A Organização Mundial do Comércio também tem atuado sobre o assunto. A fim de reduzir o risco de transmissão de doenças infecciosas por conta do comércio de alimentos, plantas e animais, e de assegurar que países não abusem de medidas sanitárias restringindo o comércio internacional, foi assinado o acordo da organização sobre Medidas Sanitárias e Fitossanitárias (WTO, 2014), que entrou em vigor em 1995.

Outro documento importante assinado na OMC foi a Declaração sobre o Acordo de TRIPS e Saúde Pública em 2001. Esta declaração reconhece a possibilidade da licença compulsória – conhecido como quebra de patentes – em casos de emergência em saúde pública. O Brasil teve papel relevante para a assinatura desta declaração. O país havia implementado a Lei 9.313/1996, que estabelece a obrigatoriedade da distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais (ARVs) para o tratamento do HIV/AIDS pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com o aumento dos preços desses medicamentos por parte dos laboratórios farmacêuticos internacionais, o Brasil alegou sua impossibilidade de garantir esse acesso, defendendo a possibilidade do uso de quebra de patentes na OMC (ZARPELON, 2016).

³⁴ Campanha “Let’s Talk” da OMS. Disponível em: <<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/en/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

Dessa forma, apesar das organizações internacionais não serem os únicos atores relevantes na governança global em saúde, é imprescindível a participação de governos locais, instituições públicas, da sociedade civil e empresas para que ocorra cooperação, troca de informações, fiscalização e monitoramento, transparência, entre outras ações, com o objetivo da melhora da Saúde Global. No entanto, as OIs têm se destacado nesse processo por contribuírem na efetividade da governança global em saúde. Segundo Orang Young (2000), a efetividade está relacionada na medida que as organizações internacionais têm contribuído na alteração da conduta individual e coletiva, ou seja, na medida em que seu funcionamento obriga os Estados a se comportar de modo diferente daquele como se comportariam caso a instituição não existisse.

4 SEGURANÇA INTERNACIONAL DAS DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES: A SECURITIZAÇÃO DA PANDEMIA DO HIV/AIDS E DA INFLUENZA A (H1N1) 2009.

Neste capítulo serão abordados os seguintes temas: inserção das doenças infecciosas como tema de segurança internacional; o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, principal mecanismo internacional regulatório sobre o controle e prevenção das doenças infecciosas; a securitização do vírus HIV/AIDS no cenário internacional e a securitização da gripe pandêmica A (H1N1) em 2009.

4.1 AS DOENÇAS INFECCIOSAS EMERGENTES COMO TEMA DE SEGURANÇA INTERNACIONAL

O controle de pandemia de doenças infecciosas atualmente é tema de preocupação por profissionais de saúde, políticos, organizações da sociedade civil, organizações internacionais, opinião pública, especialistas em segurança, mídia³⁵. Somente no século passado, a ocorrência de três pandemias de gripe do vírus influenza, em 1918, 1957 e 1968, respectivamente, causou a morte de dezenas de milhares de pessoas, pondo em risco também a estabilidade social, econômica e política dos Estados.

Ainda que a pandemia de doenças infecciosas tenha sido reconhecida há séculos como um risco para a saúde pública, nem sempre foi entendida como uma dimensão de segurança internacional. Ao longo da história, raras vezes os temas de saúde pública têm dominado a agenda de negociações em âmbitos bilaterais, regionais e multilaterais.

Durante a Guerra Fria, quando a ameaça de confronto entre as superpotências dominava o pensamento de segurança ocidental, a problemática da gripe pandêmica não fazia parte da lista de ameaças que compunham a agenda de segurança dos Estados e no cenário internacional. Desse modo, por muitas décadas a relação entre saúde e segurança tem sido negligenciada pelas unidades políticas.

Os estudos sobre a problemática das doenças infecciosas como uma nova dimensão de segurança internacional são recentes. Ganham projeção nas últimas duas décadas a partir do crescente fluxo mundial de

³⁵ Neste último, o sentimento de insegurança que procede sobre o tema das doenças infecciosas “tem uma relação estreita com o discurso e o risco de agressão mantido pelas mídias, bem como no meio ambiente no qual a sociedade vive” (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 312).

informação, pessoas, serviços e também doenças, no contexto da sociedade de risco.

É possível encontrar muitos exemplos no registro das campanhas militares sobre a morte de milhares de soldados vítimas de doenças como a cólera e a disenteria. Os primeiros estudos sobre a relação entre saúde e segurança nacional procuravam entender sobre como as condições de saúde dos efetivos militares poderiam afetar as operações militares bem como a capacidade bélica dos Estados. E também sobre como os conflitos afetavam a provisão de serviços de saúde – devido a destruição de hospitais, dificuldade na distribuição de medicamentos, carência de médicos e enfermeiros e da potencial proliferação de doenças por parte dos refugiados.

Em outras palavras, os “tradicionais” estudos de segurança procuravam entender sobre como as doenças poderiam afetar a capacidade bélica e as operações militares dos Estados Nacionais, e os impactos dos conflitos armados sobre as condições de saúde e assistência médica, respectivamente, dos efetivos militares.

A novidade trazida recentemente na literatura especializada das Relações Internacionais em considerar as doenças infecciosas emergentes como tema de segurança nacional, repousa em elevar a saúde pública, anteriormente negligenciada pelos estudos, como um tema de "high politics" – de grande importância – nas agendas de segurança e percepções de ameaças pelos Estados. Embora as armas biológicas tenham feito parte da agenda de segurança nacional dos Estados, pelo menos desde a proibição do uso de armas biológicas, em 1925, muitos analistas de segurança nacional não dedicaram muita atenção a essas armas até a década de 1990³⁶.

Os primeiros estudos incluindo a saúde como um tema de segurança nacional deram início no final da década de 1980 e início de 1990, momento em que analistas começaram a considerar as ameaças de segurança não–militares, tais como a degradação ambiental, a superpopulação, a escassez de alimentos, a disseminação de doenças infecciosas, o deslocamento em massa de refugiados, o terrorismo e a catástrofe nuclear (ACHARYA, 2008).

³⁶ No período da Guerra Fria, analistas de segurança concentraram seus estudos sobre a capacidade bélica nuclear e de armas convencionais dos Estados Unidos e da União Soviética. A renúncia dos EUA em usar armas biológicas, no final da década de 1960, fez com que o tema caísse na obscuridade nas análises de segurança.

Em outras palavras, o fim da Guerra Fria e a entrada do novo milênio sinalizaram a emergência de novos fenômenos transnacionais cujas transformações no cenário internacional contribuíram por alterar a percepção acerca da natureza das relações entre saúde e segurança, conforme mencionado anteriormente. Assim sendo, a partir da metade da década de 1990, os estudos sobre segurança, riscos e ameaças, em face da ausência de um inimigo óbvio ou rival, passaram a levar em conta prováveis ameaças oriundas dos campos societal, econômico, ambiental, e, particularmente, da saúde – conforme visto no primeiro capítulo. Nesse sentido, verifica-se o surgimento de uma nova narrativa nos estudos de segurança em face da inclusão do tema da saúde, em especial, das doenças infecciosas emergentes, nas agendas de segurança de governos e organizações internacionais, e também é alvo de debates e discussões por uma miríade de atores, tais como: organizações não-governamentais, organizações internacionais, agências burocráticas nacionais e intergovernamentais.

Dos anos 1990 pra cá, grande parte dos estudos publicados sobre doenças infecciosas e segurança nacional apresentam uma robusta ênfase centrada no Estado nação. De fato, muitos discursos proferidos por importantes autoridades governamentais bem como a publicação de relatórios de agências burocráticas de diversos países tornaram pública a importância de priorizar o interesse nacional nas discussões sobre a segurança da saúde (health security). Por exemplo, na administração Clinton, em 1996, o presidente estadunidense lançou a Diretiva Presidencial³⁷ (PDD/NSTC-7) estabelecendo uma política nacional exigindo maior grau de coordenação entre as burocracias domésticas a fim de implementar ações de enfrentamento de pandemias de doenças infecciosas emergentes, melhorando as medidas de vigilância, prevenção e resposta. No bojo dos esforços governamentais às ameaças representadas pelas doenças infecciosas, o National Intelligence Council (NIC) publica em 2000 um relatório ressaltando a ameaça da epidemia do HIV/AIDS no país:

[...] embora a ameaça imposta por doenças infecciosas nos EUA permaneça relativamente modesta quando comparada à de doença não infecciosas [...] as doenças infecciosas conhecidas

³⁷ The White House. National Science & Technology Council. PRESIDENTIAL DECISION DIRECTIVE NSTC-7.12 jun. 1996. Disponível em: <<http://fas.org/irp/offdocs/pdd/>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

que têm a probabilidade de ameaçar os EUA nas próximas duas décadas serão o HIV/AIDS, a hepatite C, a tuberculose e novas variantes mais letais do Influenza (NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL, 2000, p. 2, tradução nossa).

O referido relatório reconheceu que as doenças infecciosas transmissíveis poderiam apresentar uma série de riscos para a segurança dos EUA. A partir de então o NIC passou a defender veementemente o argumento de que as doenças infecciosas também poderiam caracterizar um potencial risco para o crescimento econômico dos países e para a estabilidade do sistema internacional. Importante ressaltar que, no ano de 1987, um pouco antes do HIV/AIDS ocupar a atenção da mídia internacional, o relatório³⁸ da Central Intelligence Agency (CIA) dos Estados Unidos já apresentava as implicações da doença, especialmente em populações de países da África subsaariana. Em 1992, o relatório³⁹ do NIC descrevia a doença como uma “bomba relógio”, capaz de trazer sérios impactos econômicos, políticos e militares.

Foi no bojo das preocupações com a transmissão do HIV/AIDS entre os efetivos das missões de paz que motivou o Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU) a discutir pela primeira vez um tema de saúde. O resultado prático das negociações na organização culminou na aprovação, em 2000, da Resolução⁴⁰ 1308, On the

³⁸ “Um número estimado de 50.000 africanos já morreu em decorrência da AIDS. Dos 2 a 5 milhões atualmente infectados com o vírus, um mínimo entre 400.000 e 1,5 milhão pode desenvolver sintomas clínicos da AIDS até 1992 [...] como uma revolução médica relacionada à prevenção, supressão ou cura ou uma mutação benigna da doença são improváveis, as mortes anuais na África em decorrência da AIDS depois de 1992 provavelmente continuarão a contar-se aos milhões.” (Central Intelligence Agency. Sub-Saharan Africa: Implications of the AIDS Pandemic. 1987, p. 3, tradução nossa).

³⁹ “O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) [...] terá infectado mais de 45 milhões de pessoas ao redor do mundo até o ano 2000. Casos mundiais de AIDS também crescerão rapidamente durante os anos 1990, de cerca de 2 milhões agora para um total acumulado de mais de 10 milhões nos próximos oito anos [...] por qualquer parâmetro – mortes, número de pessoas infectadas, custo econômico – o impacto da AIDS será muito maior na década de 90 do que na década de 80”. (United States Department of State. The Global AIDS Disaster: Implication for the 1990s. 1992, p. 3, tradução nossa).

⁴⁰ O texto da Resolução “[...] expressa preocupação com o impacto potencial que o HIV/AIDS pode ter sobre a saúde de peacekeepers” e “[...] reconhece os esforços dos Estados-membros que têm desenvolvido estratégias apropriadas, a

responsibility of the Security Council in the maintenance of international peace and security: HIV/AIDS and international peacekeeping operations, abordando a epidemia da doença em termos mais tradicionais de segurança, vinculando-a às operações de paz no exterior e na proteção dos soldados. Os efeitos da transmissão do HIV/AIDS nas Forças Armadas assumem um caráter mais abrangente e complexo quando levamos em consideração as operações militares de paz no exterior levadas a cabo pela Organização das Nações Unidas. Neste contexto, países que solicitam tropas da ONU podem ficar apreensivos e recusarem efetivos militares que apresentam elevados índices da doença, pondo em risco toda uma operação de manutenção de paz.

4.2 O NOVO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL DE 2005

Um dos principais instrumentos para a governança global das doenças infecciosas consiste no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), fruto de uma iniciativa multilateral, trata-se de um importante instrumento de vigilância global para a monitoração e controle transfronteiriço de doenças. O primeiro RSI foi criado em 1951, pela Assembleia da OMS, substituindo doze acordos assinados anteriormente (conforme a Tabela 1 abaixo). Este tratado estabeleceu mecanismos internacionais para o controle de seis doenças infecciosas: varíola, cólera, febre amarela, tifo, febre recorrente e peste.

longo prazo, relacionadas à educação, prevenção, aconselhamento e triagem voluntários e tratamento do HIV/AIDS entre tropas de peacekeeping”, além de “[...] encorajar os Estados-membros a ampliar a cooperação internacional para a execução de políticas de prevenção, aconselhamento e triagem voluntários e de tratamento de pessoal a ser empregado em futuras missões” (United Nations Security Council. Resolution 1308. 2000, p.2-3, tradução nossa).

Tabela 1 - Tratados concluídos sobre doenças infecciosas entre 1892-1951.

Ano	Tratado
1892	Convenção Sanitária Internacional
1893	Convenção Sanitária Internacional
1894	Convenção Sanitária Internacional
1897	Convenção Sanitária Internacional
1903	Convenção Sanitária Internacional, substituindo as anteriores
1905	Convenção Sanitária Interamericana
1912	Convenção Sanitária Internacional, substituindo a Convenção de 1903
1924	Código Sanitário Panamericano
1924	Acordo para a Concessão de Facilidades aos Marinheiros Mercantes no Tratamento de Moléstias Venéreas
1926	Convenção Sanitária Internacional, substituindo a Convenção de 1912
1927	Protocolo Adicional à Convenção Sanitária Panamericana
1928	Convenção Sanitária Panamericana para a Navegação Aérea
1930	Convenção relativa ao Soro Antidiftérico
1930	Acordo relativo a Medidas a tomar contra a Dengue
1933	Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea
1934	Convenção Internacional para a Mútua Proteção contra a Febre Dengue
1938	Convenção Sanitária Internacional, emendando a Convenção de 1926
1944	Convenção Sanitária Internacional, modificando a Convenção de 1926
1944	Convenção Internacional Sanitária para a Navegação Aérea, modificando a Convenção de 1933
1946	Protocolos para Prorrogação das Convenções Sanitárias de 1944
1951	Regulamento Sanitário Internacional

Fonte: Ventura (2013, p. 148).

O RSI de 1951 tinha como objetivo fazer com que os países

adotassem medidas de higiene e fiscalização nos seus pontos entradas de mercadorias e pessoas como portos, aeroportos, entre outros, a fim de impedir a propagação das seis doenças citadas acima, para que não ocorressem impedimentos no comércio internacional. Além disso, o tratado determinava que os Estados signatários notificassem à OMS a ocorrência de doenças em seus territórios.

Em 1969, o RSI foi alterado e tirou da lista duas doenças, a febre recorrente e tifo. O RSI de 1969 obrigava a notificação de doenças à OMS em até 24 horas após o conhecimento de sua existência nos territórios dos Estados membros. No entanto, caso os países não notificassem não era previsto qualquer tipo sanção ou punição para o não cumprimento dos termos, e eram livres para adotar ou não medidas de proteção. O RSI passou por novas modificações em 1973 e 1981, mas conforme Ventura (2013), consistiram em pequenas alterações quanto ao número de doenças cobertas (restando a febre amarela, a peste e o cólera) e na erradicação mundial da varíola.

Outro debate passa a ser sobre a necessidade de inclusão das doenças infecciosas como um tema de segurança. Assim, em 1995, na 48ª Assembleia Mundial da OMS, foi concordado entre os estados sobre a necessidade de reformular o Regulamento Sanitário Internacional. Além do risco da contaminação de uma nova cepa do vírus Influenza, Ventura ressalta outras duas razões que impulsionaram as negociações para a atualização de um novo marco regulatório sanitário internacional (VENTURA, 2013, p. 37).

A primeira está associada aos eventos do 11 de setembro de 2001 e os subsequentes envios postais de envelopes contaminados pelo Anthrax nos EUA, fazendo crescer o medo do bioterrorismo. Assim, sob a liderança dos Estados Unidos, passa a ser levada em conta o tema da segurança em saúde pelos países membros da OMS. Nesse contexto:

Há consenso sobre o fato de que o cruzamento entre as questões científicas e as questões militares no quadro da ‘guerra global contra o terrorismo’, engendrou uma forte securitização das questões sanitárias, [...] pois a tomada de consciência sobre o ‘potencial terrorista’ dos agentes infecciosos ocasionou uma vasta reorganização dos programas científicos após o 11 de setembro (KECK, 2012, p. 23).

A segunda razão foi a ocorrência da pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). Segundo relatos, supõe-se que a epidemia tenha começado em meados de novembro de 2002, na província de Guangdong (China), no entanto, somente em fevereiro de 2003 que o governo chinês reportou à OMS o surto desta doença. Segundo a OMS, no mês seguinte, a epidemia já tinha se propagado em mais de 15 países (WHO, 2003). Por esconder a gravidade da doença, relatando à OMS números falsos, a organização denunciou publicamente a China. Somente em abril de 2003, que o governo chinês inicia um programa emergencial de contenção do vírus em todo o país (FIDLER, 2003). Assim, esse caso representou na grande crise política quanto as notificações das doenças à OMS.

Desta forma, na 58ª Assembleia Mundial da OMS, em 2005, os Estados-membros aprovaram a Resolução 58/3, instituindo o novo Regulamento Sanitário Internacional, que entrou em vigor no ano de 2007. O novo RSI introduziu modificações nos processos internacionais de monitoramento, vigilância e resposta as Emergência(s) de Saúde Pública de Importância Internacional. Para os Estados signatários, as modificações trazidas pelo regulamento implicam na necessidade dos mesmos de enobustecer suas respectivas estruturas e processos de atenção à saúde pública, bem como desenvolver capacidades para detectar, avaliar, notificar, comunicar e responder à emergências de saúde, tais como pandemias de doenças infecciosas⁴¹ (VENTURA, 2013).

Segundo Silva (2014, p. 99), “os componentes substantivos dispostos pelo RSI 2005 na configuração do regime podem ser agrupados em duas categorias: regras sobre a) gestão de informações epidemiológicas; e, b) medidas de saúde e capacidades nacionais. Quanto a gestão das informações epidemiológicas, este regime internacional inova ao ampliar o escopo das doenças que passam a estar sob a égide do tratado. O novo RSI inseriu como fonte de preocupação qualquer ameaça relacionada a saúde pública, seja de origem natural, acidental ou deliberado, e que possam envolver agentes biológicos, químicos ou raios ionizantes. Segundo Laurence Boisson de Chazournes, especialista junto

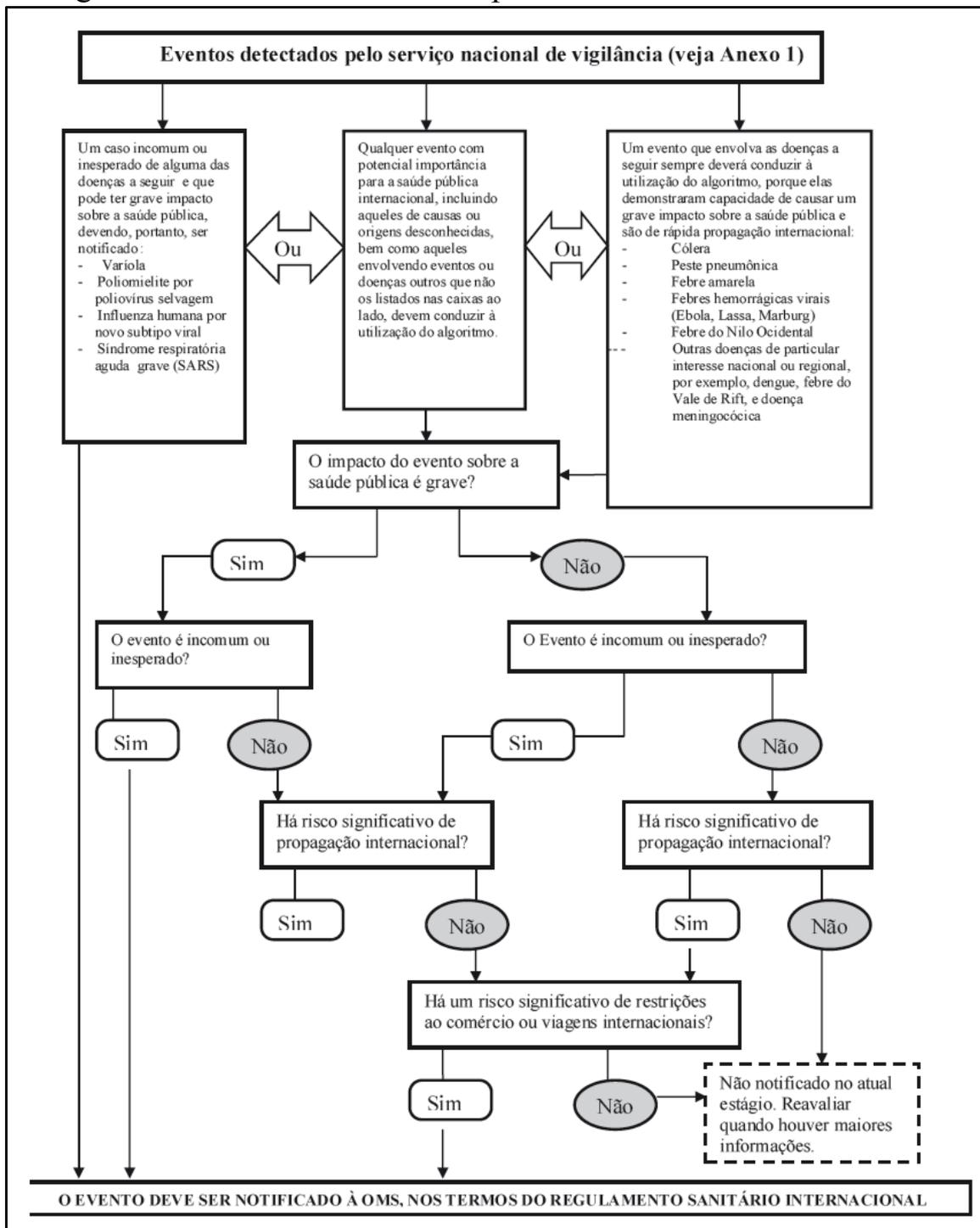
⁴¹ O artigo segundo do RSI (2005) ressalta que: "o propósito e a abrangência do presente Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais" (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005).

a OMS e no qual participou das negociações do novo RSI, destaca que o novo regulamento inseriu medidas de vigilância sanitária para doenças infecciosas, doenças emergentes e recorrentes, e as doenças contagiosas e não contagiosas (apud VENTURA, 2013, p. 156).

Além disso, o RSI de 2005 instituiu o mecanismo de vigilância e resposta às Emergência(s) de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), disposto no Anexo II do regulamento (Figura 1). Esse mecanismo determina a notificação das doenças se a mesma apresentar ser um risco para a saúde pública para outros Estados, devido à sua propagação internacional; bem como possibilitar uma resposta internacional coordenada e imediata. A nova versão do RSI também determina procedimentos para a declaração tanto do início como do término de uma ESPII, além de regular a sua gestão.

O referido mecanismo significou um avanço do RSI de 2005, por permitir a padronização dos procedimentos realizados pelos Estados antes de notificar a doença à OMS. Segundo Andrus et al. (2010), tal padronização possibilitou as autoridades sanitárias nacionais ser mais aptas e efetivas na gestão de enfrentamento em pandemias; e, segundo Fidler e Gostin (2006), permitiu supervisionar e aprender com as imprecisões no processo de avaliação de risco de propagação internacional; e inserir as doenças infecciosas emergentes no protocolo. Desta forma, o regulamento abriu a possibilidade para notificação de doenças incomuns ou desconhecidas, mas que apresentam risco de propagação internacional, dispensando a necessidade de um diagnóstico. O novo Regulamento também informa as doenças infecciosas já conhecidas que devem ser notificadas prontamente, que são: varíola, SARS e novas variações de influenza.

Figura 1 - Avaliação e notificação dos eventos que possam constituir Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.



Fonte: ANVISA. Regulamento Sanitário Internacional. Brasília: Anvisa (2007).

Outra inovação do RSI de 2005 foi a criação de dois órgãos: o Comitê de Emergência e o Comitê de Revisão. O Comitê de Emergência deve ser composto por especialistas de todos os campos de especialização,

que podem ser convocados a partir do “Cadastro de Peritos do RSI”⁴². Este comitê pode ser acionado pelo Diretor-geral da OMS, a fim de lhe fornecer informações e subsidiar suas decisões com relação a três aspectos: se um evento é uma ESPII; sobre o monitoramento de uma ESPII; e sobre as recomendações temporárias⁴³ que podem ser emitidas pelo Diretor-geral da OMS (WHO, 2006). O Comitê de Emergência foi demandado pela primeira vez em abril de 2009, devido ao aumento dos casos de influenza no mundo.

Já o Comitê de Revisão visa monitorar a implementação do regulamento e analisar seu funcionamento. Este comitê assessora, assim, o Diretor-geral, sugerindo emendas ao tratado, fornecendo informações sobre recomendações permanentes⁴⁴ e sobre outros assuntos relativos ao Regulamento.

Quanto aos procedimentos e as capacidades nacionais, o RSI de 2005 inova ao inserir sobre os direitos dos viajantes como: “dignidade, direitos humanos e liberdades fundamentais, e minimizando qualquer desconforto ou aflição” (Artigo 32). Assim, sobre as pessoas em trânsito internacional deve ser respeitado: o uso das medidas menos invasivas e intrusivas disponíveis para garantir o nível apropriado de proteção à saúde pública (Artigo 23.1); a necessidade do consentimento prévio para a realização de exames médicos, vacinação e outras medidas (Artigo 25.3 e 25.4); proteção das informações de saúde dos indivíduos (Artigo 45); e, autorizações e restrições de cobranças relativas às medidas realizadas (Artigos 40) (PLOTKIN, 2007).

Outro aspecto importante é que ao destacar a relevância das capacidades nacionais para o monitoramento e resposta no controle das

⁴² No Cadastro de Peritos do RSI, os peritos são nomeados pelo Diretor-geral da OMS de por meio de Painéis e Comitês, além da indicação dos Estados-parte e de organismos internacionais pertinentes (WHO, 2006, p. 38).

⁴³ As Recomendações Temporárias são “medidas de saúde que devem ser implementadas pelo Estado-parte que acionaram a ESPII, ou por outros Estados-parte, em relação a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, veículos, bens e/ou correspondências para prevenir ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferência desnecessária com o tráfego internacional” (WHO, 2006, p. 22).

⁴⁴ As Recomendações Permanentes são orientações “de natureza não-vinculativa [...] com referência a riscos para a saúde pública específicos existentes, e relativa às medidas de saúde apropriadas, de aplicação rotineira ou periódica, necessárias a prevenir ou reduzir a propagação internacional de doenças e minimizar a interferência com o tráfego internacional” (ANVISA, 2007, p. 17).

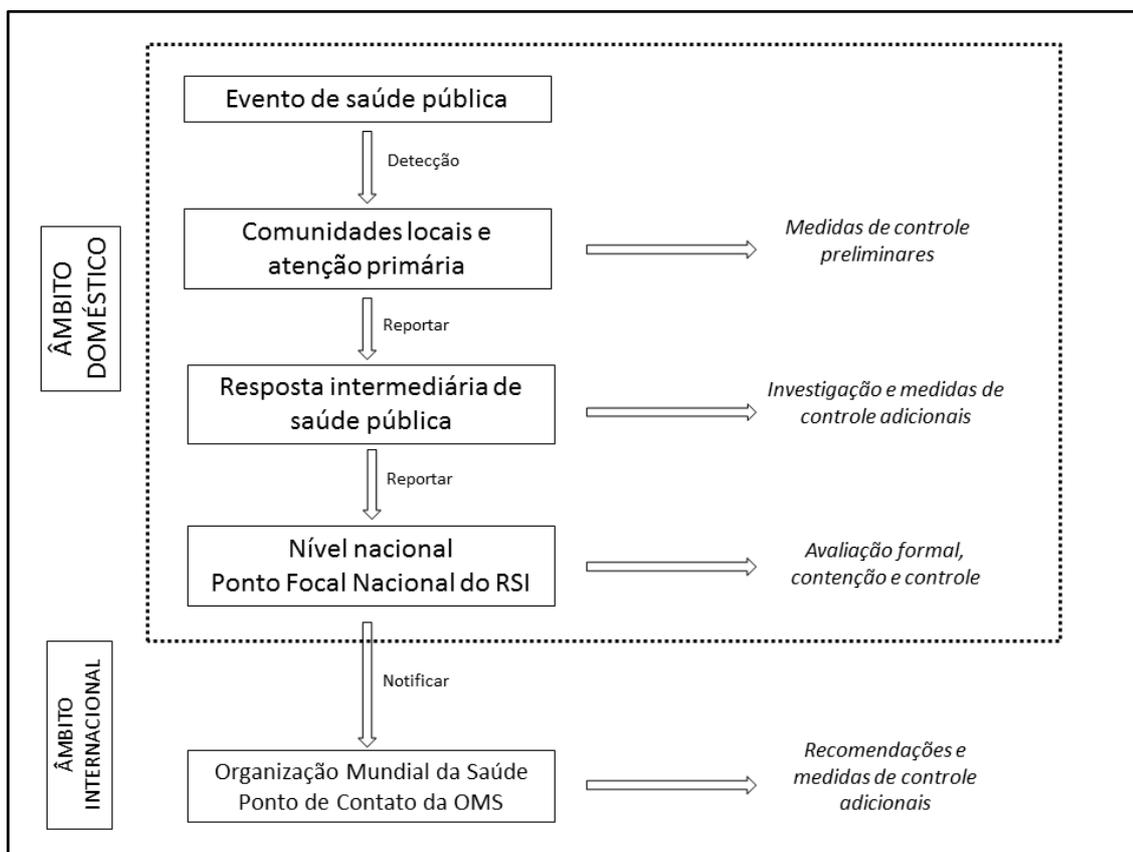
doenças, o RSI de 2005 concretiza a obrigação por parte dos Estados na construção de um framework normativo para estabelecimento e manutenção de uma infraestrutura básica nacional capaz de desempenhar esse monitoramento (WHO, 2010, p. 5).

Desta forma, o RSI 2005 estabelece as capacidades necessárias para o funcionamento da vigilância epidemiológica e da saúde pública que devem ser adotados pelos Estados–parte. No nível nacional, os Estados devem primeiro realizar a avaliação e a notificação das doenças; e depois dar respostas de saúde pública. Sobre essas respostas, o RSI de 2005 define que os países devem ter condições de estabelecer ações de contenção necessárias para prevenir a propagação nacional e internacional do risco em questão; fornecer apoio às investigações locais e às análises laboratoriais; possibilitar a comunicação para a operação conjunta entre diversas autoridades sanitárias e entre hospitais, aeroportos, clínicas, laboratórios, entre outros; e instituir e manter um plano de emergência para a resposta em saúde pública (SILVA, 2014, p. 105).

No entanto, o grande problema é que nem todos os países possuem estas capacidades nacionais para realizar tais ações, pois carecem de recursos ou tem problemas mais graves de saúde pública como o combate de doenças como tuberculose, HIV/AIDS e malária. Desta forma, esse contexto pode ser um impedimento para a participação dos países em desenvolvimento neste regime, já que muitos não possuem condições domésticas em implantar tais capacidades.

Apesar das críticas quanto as capacidades nacionais determinadas pelo RSI de 2005, este regulamento tem representando em grandes avanços para o controle e monitoramento das doenças infecciosas. Além dos Estados–parte e a OMS serem os atores centrais na implementação deste regulamento, o mesmo inseriu a participação de outros atores nesse processo, como as autoridades sanitárias dos níveis domésticos da administração pública dos países–parte, chamados de “Pontos Focais Nacionais” (PFNs) pelo RSI de 2005. Os PFNs (Figura 2) são centros nacionais responsáveis por todas as comunicações relativas à implementação do RSI, em âmbito doméstico e internacional (HARDIMAN, 2012; TUCKER, 2005).

Figura 2 - Autoridades implementadoras do RSI 2005 nos âmbitos doméstico e externo.



Fonte: Baker e Fidler (2006).

No entanto, essa diversificação de atores na implementação do RSI de 2005 pode representar um grande desafio no cumprimento do próprio regulamento, já que em cada país as atribuições quanto a vigilância epidemiológica ficam a cargo de diferentes atores. Conforme Wilson et al. (2008), esta vigilância pode ser atribuída exclusivamente às administrações intermediárias e não aos governos nacionais; ou os governos subnacionais não querem compartilhar informações com o governo federal por evitarem ingerências em suas jurisdições ou pelo temor das perdas econômicas.

Exemplo dessa dificuldade ocorreu durante a epidemia de SARS, em 2003, pelo governo do Canadá no qual teve problemas em lograr informações da doença nas suas províncias, comprometendo, de certa forma, na rapidez para o controle da epidemia, bem como na transmissão dessas informações à OMS (WILSON et al., 2006). Já no contexto da pandemia H1N1, essa descentralização foi positiva. Conforme Zhang et al. (2013), os investimentos nos mecanismos de vigilância e notificação globais, e nas redes de laboratórios, foram fundamentais para a verificação precoce da propagação do vírus H1N1.

4.3 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AMEAÇA E A SECURITIZAÇÃO DO VÍRUS HIV/AIDS NO CENÁRIO INTERNACIONAL

No início dos anos 1980 a população mundial deparou-se com uma epidemia até então desconhecida: a AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*, na sigla em inglês), ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, termo desenvolvido apenas em 1982. A doença disseminou-se rapidamente em diversas partes do mundo, provocando a morte de milhões de pessoas, sobretudo, nos países da África meridional. Nesse contexto, Matic (2006) salienta que:

[...] até 2010, o número de mortes pelo HIV/AIDS foi maior do que o número total de mortos na Primeira e Segunda Guerras Mundiais, na Guerra do Vietnã e da Coreia, na Guerra Civil Americana, na Revolução Bolchevique, na Guerra Civil Espanhola, na Primeira Guerra Comunista da China, na Rebelião Taiping, na Guerra do Paraguai e na independência da Índia combinados (MATIC, 2006, p. 2).

A rápida contaminação e disseminação internacional da doença geraram grande comoção e apreensão por parte da opinião pública internacional, de autoridades governamentais e de organizações internacionais. Após anos de pesquisas sobre a epidemia, hoje se tem conhecimento que a AIDS é causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e é transmitida por vias sexuais e sanguíneas (secreção vaginal, esperma e sangue).

A AIDS faz parte do grupo de doenças infecciosas emergentes, definidas pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention – CDC⁴⁵), como aquelas infecções que apareceram recentemente em uma dada população, ou aquelas que já existiam mas que estão expandindo rapidamente em número de casos e distribuição geográfica.

Segundo dados da UNAIDS⁴⁶ (Programa Conjunto das Nações

⁴⁵ O CDC é uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, e tem por objetivos: trabalhar na proteção da saúde pública e da população, divulgar informações e conhecimentos para embasar decisões sobre políticas públicas de saúde no país.

⁴⁶ Disponível em:

Unidas sobre HIV/AIDS), estima-se que cerca de 35 milhões de adultos e crianças viviam com o HIV em todo o mundo no final de 2013. A organização aponta ainda um dado alarmante, qual seja, dentre esse número de infectados, cerca de 19 milhões de pessoas não sabem que possuem o status de HIV positivo.

A partir dos números apresentados, entendemos que, atualmente, o HIV continua sendo um sério problema de saúde em escala mundial, pois a doença não respeita fronteiras nacionais, afetando cidadãos em diferentes partes do globo. Da identificação da epidemia até os dias atuais, somam-se inúmeras iniciativas e programas de prevenção, informação e controle da doença, levados a cabo por diversos governos, organizações internacionais e organizações não-governamentais.

Mas, afinal, qual seria onexo causal da relação entre o HIV/AIDS e a segurança nacional e internacional? Em outras palavras, a referida doença poderia ser considerada uma ameaça real à sobrevivência dos Estados nacionais e à estabilidade do sistema internacional?

Primeiramente, dentro da perspectiva tradicional dos estudos de segurança, as Forças Armadas configuram-se como um grupo central na epidemia global da AIDS. São vários os fatores que põem em risco de contaminação os contingentes militares: os soldados costumam encontrar-se em idade sexualmente ativa; têm oportunidades para manter relações sexuais casuais e deslocam-se de tempos em tempos em função das missões, o que facilita a transmissão da doença (OSTERGARD, 2002; DE WALL, 2003).

Neste contexto, diversos países africanos vêm registrando elevada incidência de HIV entre seus contingentes militares. A Tabela 2 abaixo fornece um quadro de referência acerca da dimensão desse problema:

Tabela 2 - Porcentagem estimada de soropositivos entre militares (2001)

País	Taxa de infecção (%)
Angola	50
Botsuana	33
Camarões	14
Congo	50
Malauí	75
África do Sul	40
Uganda	66
Zimbábue	80

Fonte: Ostergard (2002).

Em tese, esses números podem impactar decisivamente em pelo menos quatro áreas consideradas fundamentais para as Forças Armadas: i) a necessidade de alocar recursos adicionais para recrutamento e treinamento de novos soldados para substituir os doentes (gastos com tratamento) ou os mortos; ii) a AIDS afeta o alistamento militar, uma vez que elevadas taxas de pessoas soropositivas implica na diminuição de pessoas saudáveis a serem alistadas; iii) a doença traz implicações na capacidade do soldado no cumprimento de determinadas tarefas militares, em que pese o medo de contaminação ao auxiliar soldados feridos, e a dificuldade de garantir e lidar com o estoque de sangue em missões no exterior; e iv) a doença levanta profundos questionamentos e desafios políticos e legais nas relações entre militares e civis, no sentido de como lidar com soldados portadores da doença nas fileiras dos exércitos (ELBE, 2002).

A doença pode trazer impactos diretos e indiretos para a estabilidade econômica, social e política dos países afetados. A instauração de um quadro de epidemia do HIV/AIDS pode contribuir para a falência dos Estados à medida que exacerba os custos econômicos e sociais dos governos, contribuindo para o agravamento de tensões entre governos sobre disputa de recursos. O vírus ainda pode contribuir para aprofundar determinadas polarizações entre grupos sociais distintos, a respeito de decisões sobre “quem terá acesso ao tratamento antirretroviral” (ELBE, 2002; OSTERGARD, 2002).

Os efeitos da transmissão da doença nas Forças Armadas assumem um caráter mais abrangente e complexo quando levamos em consideração as operações militares de paz no exterior levadas a cabo pela Organização das Nações Unidas. Neste contexto, Elbe menciona que “[...] aqui entramos em uma das verdades mais escabrosas [...] sobre a AIDS: ela é

disseminada por *peacekeepers* da ONU” (ELBE, 2002, p. 34). Diante do cenário apresentado países que solicitam tropas da ONU podem ficar apreensivos bem como recusar efetivos militares que apresentem elevados índices da doença, pondo em risco toda uma operação de manutenção de paz.

Apesar de alguns autores considerarem a aprovação dessa Resolução como o marco inicial do processo de securitização da pandemia da AIDS, Santos (2003) entende que tal processo fora iniciado pelo menos uma década antes, principalmente entre os círculos políticos estadunidenses. “Esse movimento de securitização iniciado nos EUA possibilitou a chegada do tema à mesa do CSNU que, por sua vez, influi para que outros atores do sistema ONU tomassem medidas mais incisivas no combate à epidemia” (SANTOS, 2003, p. 41). Na próxima seção apresentaremos brevemente o processo de securitização da referida doença nos Estados Unidos.

4.3.1 A processo de securitização do vírus HIV/AIDS nos Estados Unidos

Com o fim da Guerra Fria e as respectivas transformações na estrutura do sistema internacional, a política de segurança dos EUA sofre alterações e passa a incorporar novos temas e atores em sua agenda, em que se destaca a relevância das doenças infecciosas emergentes, especialmente, o HIV/AIDS.

Para compreender o processo de incorporação da doença como ameaça à segurança nacional dos EUA, inicialmente devemos levar em conta o *ato de fala* conforme o modelo de análise da Escola de Copenhague apresentado no primeiro capítulo. Importante lembrarmos que:

Esta referência teórica, que destaca a importância do discurso como ação política, não deve deixar de fora as condições que lhe propiciaram ter a anuência dos grupos sociais, ou seja, as condições que tornaram possível o convencimento da audiência a que se referia (PEREIRA, 2011, p. 72).

O primeiro passo para a securitização da doença foi dado pelo embaixador estadunidense, Richard Holbrooke. Em 1999, em uma viagem a Zâmbia, o emissário ficou alarmado diante das inúmeras crianças órfãs que moravam nas ruas de Lusaka (capital do país), cujos

pais haviam morrido por conta da AIDS. Ao retornar para os EUA, Holbrooke entrou em contato com o Secretário-Geral da ONU, Kofi Annan, e ressaltou para o mesmo “[...] precisamos de uma reunião do Conselho de Segurança sobre o HIV. O Secretário-Geral então lhe respondeu ‘não podemos fazer isso, a AIDS não é um problema de segurança’” (PRINS, 2004, p. 941).

Na reunião do CSNU em 10 de janeiro de 2000, o vice-presidente americano Al Gore apoiou Holbrooke sobre a gravidade da doença e em seu discurso de abertura ressaltou:

Devemos entender que a velha concepção de segurança global – com seu foco exclusivo em exércitos, ideologias e geopolítica – tem que ser ampliada. Precisamos mostrar que podemos não apenas conter agressões, prevenir a guerra e mediar conflitos, mas que também podemos trabalhar em conjunto para antever e responder a um novo século com seus novos imperativos globais⁴⁷.

Nós tendemos a pensar uma ameaça à segurança em termos de guerra e paz. No entanto, ninguém pode duvidar de que os estragos produzidos e o número exigido pelo HIV/AIDS ameaçam a nossa segurança. O coração da agenda de segurança é proteger vidas – e agora sabemos que o número de pessoas que morrem de AIDS, na primeira década do século 21 vai rivalizar com o número que morreram em todas as guerras em todas as décadas do século 20⁴⁸.

⁴⁷ “We must understand that the old conception of global security – with its focus almost solely on armies, ideologies, and geopolitics – has to be larged. We need to show that we not only can contain aggression, prevent war, and mediate conflicts, but that we can work together to anticipate and respond to a new century with its new global imperatives” (REMARKS as Prepared for Delivery by Vice President Al Gore at United Nations Security Council Opening Session, 2000, tradução nossa).

⁴⁸ “We tend to think of a threat to security in terms of war and peace. Yet no one can doubt that the havoc wreaked and the toll exacted by HIV/AIDS do threaten our security. The heart of the security agenda is protecting lives – and we now know that the number of people who will die of AIDS in the first decade of the 21st Century will rival the number that died in all the wars in all the decades of

Na reunião de 17 de julho de 2000, o CSNU aprovou por unanimidade a Resolução 1308, reconhecendo assim a preocupação em relação ao potencial impacto do HIV e da AIDS na saúde do pessoal das forças internacionais de manutenção da paz. Esta reunião foi histórica por enquadrar pela primeira vez o tema das doenças infecciosas dentro do campo de segurança. Conforme apontam McInnes e Rushton (2012, p. 123), “[...] de fato, o HIV/AIDS só chegou à agenda do CSNU como uma consequência de um movimento de securitização anterior feito no interior da comunidade política, especialmente a norte-americana”.

De fato, já no ano de 1987, muito tempo antes de a doença ocupar a atenção da mídia internacional, um relatório⁴⁹ da CIA já apresentava as implicações da AIDS, especialmente em populações de países da África subsaariana. Em 1990, um relatório⁵⁰ do National Intelligence Council (NIC) descrevia a doença como uma “bomba relógio”, capaz de trazer sérios impactos econômicos, políticos e militares.

Nesse contexto, o nexos causal entre HIV/AIDS e segurança passou a ganhar maior emergência e evolução dentro da arena política estadunidense, e no início dos anos 1990 verifica-se a mobilização de alguns “atos de fala” e de agentes securitizadores sobre o tema da doença, contribuindo para a Resolução 1308 do CSNU (McINNES; RUSHTON, 2012).

O renomado Institute of Medicine⁵¹ publicou em 1992 o relatório

the 20th Century” (REMARKS as Prepared for Delivery by Vice President Al Gore at United Nations Security Council Opening Session, 2000, tradução nossa).

⁴⁹ “Um número estimado de 50.000 africanos já morreu em decorrência da AIDS. Dos 2 a 5 milhões atualmente infectados com o vírus, um mínimo entre 400.000 e 1,5 milhão pode desenvolver sintomas clínicos da AIDS até 1992 [...] como uma revolução médica relacionada à prevenção, supressão ou cura ou uma mutação benigna da doença são improváveis, as mortes anuais na África em decorrência da AIDS depois de 1992 provavelmente continuarão a contar-se aos milhões.” (SUB-SAHARAN AFRICA: IMPLICATIONS OF THE AIDS PANDEMIC, 1987, p. 3, tradução nossa).

⁵⁰ “O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) [...] terá infectado mais de 45 milhões de pessoas ao redor do mundo até o ano 2000. Casos mundiais de AIDS também crescerão rapidamente durante os anos 1990, de cerca de 2 milhões agora para um total acumulado de mais de 10 milhões nos próximos oito anos [...] por qualquer parâmetro – mortes, número de pessoas infectadas, custo econômico – o impacto da AIDS será muito maior na década de 90 do que na década de 80”. (THE GLOBAL AIDS DISASTER: IMPLICATION FOR THE AIDS PANDEMIC, 1990s, 1990, p. 3, tradução nossa).

⁵¹ Alguns autores consideram o Institute of Medicine como um agente

Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States, ressaltando o problema que a transmissão do HIV/AIDS poderia causar para os interesses vitais dos EUA:

Como a pandemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) certamente nos deve ter ensinado, no contexto de doenças infecciosas, não há lugar no mundo que seja remoto e não há ninguém com quem não estejamos conectados. Consequentemente, algumas doenças infecciosas que agora afetam pessoas em outras partes do mundo representam potenciais ameaças aos EUA, em razão da interdependência global, meios de transporte modernos, comércio e mudança nos padrões sociais e culturais (LEDERBERG et al., 1992, p. 5, tradução nossa).

Na administração Clinton, em 1996, o presidente lança a Diretiva Presidencial⁵² (PDD/NSTC-7) estabelecendo diretrizes para uma política nacional exigindo um maior grau de coordenação a fim de implementar ações para enfrentar a ameaça das doenças infecciosas emergentes, melhorando as medidas de vigilância, prevenção e resposta. No conjunto dos esforços do governo estadunidense às ameaças representadas pelas doenças infecciosas, o NIC publica em 2000 um relatório ressaltando, dentre outras doenças, a ameaça da epidemia do HIV/AIDS no país:

[...] embora a ameaça imposta por doenças infecciosas nos EUA permaneça relativamente modesta quando comparada à de doença não infecciosas [...] as doenças infecciosas conhecidas que têm a probabilidade de ameaçar os EUA nas próximas duas décadas serão o HIV/AIDS, a hepatite C, a tuberculose e novas variantes mais letais da influenza (THE GLOBAL INFECTIOUS

securitizador de grande relevância no campo de saúde pública tanto nos EUA como no cenário internacional. O renomado jornal The New York Times, faz menção ao referido instituto como “[...] o conselheiro mais estimado do país em assuntos de saúde e medicina, cujos relatórios podem transformar o pensamento médico ao redor do mundo” (HARRIS, 2011, p. 19).

⁵² THE WHITE HOUSE. National Science & Technology Council. PRESIDENTIAL DECISION DIRECTIVE NSTC-7. 12 jun. 1996. Disponível em: <<http://fas.org/irp/offdocs/pdd/>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

DISEASE THREAT AND ITS IMPLICATIONS FOR THE UNITED STATES, 2000, p. 2, tradução nossa).

O processo de securitização da doença nos EUA contou com a valiosa participação da mídia nacional na divulgação de informações e pesquisas sobre o tema, que por sua vez, colaboraram para a construção social da percepção da ameaça da doença como um assunto de segurança. Neste sentido, o renomado jornal Washington Post, na edição de 30 de abril de 2000, escreve:

Convencida de que a disseminação global da AIDS está atingindo dimensões catastróficas, a administração Clinton designou formalmente a doença, pela primeira vez, como uma ameaça à segurança nacional norte-americana, que pode derrubar governos estrangeiros, desencadear conflitos étnicos e desfazer década de esforços na construção de democracias de livre mercado no exterior” (GELLMAN, 2000, tradução nossa).

Na mesma reportagem, Leon Fuerth, Conselheiro de Segurança Nacional do vice-presidente Al Gore, fez uma declaração e ressaltou a necessidade de abordar a questão do HIV/AIDS como um tema de segurança nacional e internacional:

O número de pessoas que estão morrendo, o impacto nas elites, como o exército, as pessoas alfabetizadas, os professores, é bastante severo [...]. No fim, foi como uma destruição em câmera lenta de tudo que nós [...] vínhamos tentando construir e que afetaria a viabilidade dessas sociedades, afetaria a estabilidade da região. No mundo que vivemos, o destino do continente africano importa. E não é como se a doença estivesse restrita à África subsaariana (GELLMAN, 2000, tradução nossa).

De lá para cá, o governo estadunidense passou a considerar a doença não apenas como um perigo à saúde e qualidade de vida do ser humano, mas, sobretudo, uma ameaça à segurança nacional e internacional. A Securitização da doença pelos EUA deve ser entendida dentro de uma perspectiva internacional mais ampla, dada as crescentes relações de interdependência no sistema internacional:

As ameaças provocadas por doenças infecciosas, como o HIV/AIDS só podem ser entendidas dentro de um quadro de interdependência, pois na medida em que os interesses nacionais norte-americanos coincidem com os de outros países, é necessário cooperação para se atingir ganhos mútuos (CEPALUNI; SHIMABUKURO, 2006, p. 72).

A guisa de conclusão verifica-se que o sucesso da securitização do HIV/AIDS nos EUA é resultado, em parte, do entendimento dos atores envolvidos de que o surgimento e a transmissão internacional de doenças infecciosas emergentes – dentre as quais o Ebola e o Chikungunya estão em destaque no cenário atual – podem trazer sérias consequências para o crescimento econômico, estabilidade social e política dos países e do sistema internacional (SINGER, 2002; DE WALL, 2003; CEPALUNI; SHIMABUKURO, 2006).

4.4 A SECURITIZAÇÃO DA GRIPE PANDÊMICA A(H1N1) EM 2009

A influenza, ou gripe, é uma infecção viral aguda no sistema respiratório infectando tanto animais como seres humanos. De elevada transmissibilidade e distribuição global, o vírus é transmitido pelo contato direto com os animais ou com objetos contaminados, por meio de gotículas de saliva e secreções das vias respiratórias, provocando entre os humanos manifestações clínicas como tosse, febre, irritação na orofaringe, diarreia e náusea. A influenza ocorre habitualmente na forma sazonal ou endêmica, com surtos localizados (TUMPEY, 2009).

O vírus da influenza é subdividido em três tipos: A, B e C. O vírus da influenza C é responsável apenas por infecções respiratórias brandas, sendo assim, não apresenta impactos na saúde pública e não está relacionado com epidemias. Já os dois primeiros têm grande relevância epidemiológica por causar epidemias sazonais e pandemias.

Os tipos de vírus da influenza “A” que atualmente circulam em humanos são: A (H1N1), A (H3N2) e A (H7N9). O vírus pode apresentar maior risco na morbidade e a mortalidade de grupos específicos da população, tais como idosos, crianças, gestantes e pessoas com alguma comorbidade (DE MATEO; LAURRAURI; MESONERO, 2006).

As medidas preventivas que ajudam a minimizar o contágio da gripe H1N1 são⁵³:

- i-) Cobrir com lenço de papel a boca e o nariz ao tossir e espirrar e posteriormente descartar o lenço;
- ii-) Evitar ambientes fechados;
- iii-) Evitar contato com pacientes com suspeita da doença;
- iv-) Lavar, frequentemente, com água e sabão as mãos e aplicar álcool;
- v-) Manter os ambientes ventilados;
- vi-) Tomar vacina.

O vírus influenza tem sido responsável por epidemias recorrentes pelo menos há 400 anos. Desde o século XVI a humanidade experimentou uma média de três pandemias por século, incidindo em intervalos de 10 a 50 anos⁵⁴. No início do século XX foi registrada a pandemia do vírus influenza H1N1, conhecida por Gripe Espanhola, ocasionando a morte de cerca de 50 milhões de pessoas. (ZIMMER & BURKE, 2009). O vírus da influenza A H1N1 dispõe de mecanismo de reprodução facilitando frequentes mutações de seu material genético. Por conta disso, desde 1918 o vírus persiste na população e continua causando epidemias e pandemias.

No século passado a emergência de diferentes linhagens da cepa H1N1 ocasionou outras duas pandemias⁵⁵: a Gripe Asiática entre 1957-60 pelo vírus A (H2N2), e a Gripe Hong-Kong entre 1968-72 (A-H3N2) que, somadas, mataram mais de quatro milhões de pessoas. Ressalta-se ainda a ocorrência de uma pandemia⁵⁶ em 1977/78, conhecida como

⁵³ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Guidance on Infection Control Measures for 2009 H1N1 Influenza in Healthcare Settings, Including Protection of Healthcare Personnel. Disponível em:

<http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm> Acesso em: 10 aug. 2016.

⁵⁴ ZIMMER SM, BURKE DS. Historical perspective: emergence of Influenza A (H1N1) viruses. *NEngl J Med*, 2009, July 16;361(3):279-85. Disponível em: <<http://content.nejm.org/cgi/reprint/NEJMra0904322v1.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

⁵⁵ Todas originadas e transmitidas por animais (suínos em 1918 e aves em 1957 e 1968).

⁵⁶ Em 1977, um surto de infecção de Influenza A (H1N1) verificou-se nos EUA contaminando principalmente pessoas jovens, apresentando significativa morbidade. Devido a rápida resposta pelas autoridades governamentais norte-americanas, que consistiu na vacinação em massa (40 milhões de doses), apenas 32 mortes foram registradas.

Gripe Russa, que afetou principalmente crianças e adolescentes. Neste contexto:

Uma característica importante entre essas quatro pandemias é que, até a Gripe Russa, cada nova cepa pandêmica substituía a anterior. A partir de 1977, a cepa H1N1 passou a co-circular com a cepa pandêmica que a precedeu (H3N2), o que tem propiciado a emergência de novas cepas (até então sem potencial pandêmico) de vírus H1N2 na China, Japão, França, Estados Unidos e Reino Unido (ELLIS; ALVAREZ; GREGORY, 2003, p. 1).

A OMS alerta que o grande risco do vírus da influenza A se transformar numa pandemia em escala mundial não está no risco de contaminação de seres humanos por animais, mas sim na transmissão entre seres humanos, quando o vírus sofre mutações e se torna agressivo (WHO, 2013). O vírus da influenza A é considerado um dos mais perigosos e o surgimento de cepas completamente novas são responsáveis por epidemias e pandemias, em menor ou maior escala, dependendo essencialmente da “imunidade” das populações. Os laboratórios farmacêuticos tentam acompanhar estas mutações, no sentido de desenvolver novas vacinas a fim de criar maior imunidade nas populações e assim mitigar a disseminação da doença.

A partir do estudo das experiências das pandemias passadas, a OMS⁵⁷ aponta três explicações plausíveis sobre a emergência de uma cepa pandêmica do vírus Influenza:

- i-) rearranjo genético entre o vírus da influenza humana e o da influenza aviária, que se processaria no organismo humano ou do suíno – cujas células têm receptores para os vírus de ambas as espécies;
- ii-) transmissão direta do vírus entre espécies diferentes;
- iii-) reemergência do vírus de reservatórios não reconhecidos ou suspeitos.

O vírus da influenza continuou produzindo ameaças de diferentes intensidades entre os anos 2002/03 em várias regiões do mundo, pondo em risco as populações de países como: Argentina, Austrália, Brasil, Chile, Madagascar, Nova Caledônia e Nova Zelândia.

⁵⁷ WHO, 1999. Influenza Pandemic Preparedness Plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Geneva, Switzerland.

Os primeiros casos de infecção humana pela Influenza A (H1N1) foram registrados⁵⁸ no final de março e início de abril de 2009 nos Estados Unidos (sul da Califórnia e próximo de San Antonio, no Texas) e, em seguida, no México e Canadá (OLIVEIRA et al., 2009).

A partir do monitoramento do perfil de transmissibilidade da gripe a OMS emitiu um alerta mundial em 25 de abril de 2009, caracterizando o evento como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, conforme o Regulamento Sanitário Internacional. Dois dias após o alerta a OMS elevou o alerta pandêmico do nível 3 para o 4, e no dia 29 de abril elevou o nível de alerta para 5.

Importante ressaltar que a Organização Mundial da Saúde tem um plano de ação para o enfrentamento de pandemias de doenças infecciosas dividido em diferentes períodos e fases conforme Quadro 1 abaixo. Por conta disso a organização utiliza e divulga mecanismos padronizados para a identificação, monitoramento e controle de doenças.

Em 11 de junho de 2009, a OMS declarou que a influenza A (H1N1) havia alcançado o nível de pandemia⁵⁹, passando do nível 5 para 6, e adotou uma série de recomendações com o objetivo de diminuir os efeitos da mesma. Apesar da baixa letalidade da gripe, tal decisão fora motivada devido à abrangência da doença depois que o número de casos aumentou nos Estados Unidos, na Europa e na América do Sul e em outras regiões do planeta. Desta forma, o motivo apresentado pela OMS se deu pela abrangência da doença em nível mundial e não pela aparente periculosidade do vírus, haja vista a baixa letalidade apresentada (WHO, 2010).

Até 06 de julho de 2009, a OMS havia registrado cerca de 94.512 casos de contaminação em 122 países, ocasionando 429 mortes. Informou ainda que em sete países a transmissão do H1N1 era considerada sustentada (transmitida facilmente de pessoa para pessoa): Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos, México e Reino Unido (GRECO; TUPINAMBÁS; FONSECA, 2009).

Com base na teoria de securitização da Escola de Copenhague, ressaltamos que a agência humana é um fator crítico dentro de qualquer atividade de enquadramento de um tema à esfera de segurança. Conforme Williams (2003, p. 514), o processo de securitização é:

⁵⁸ O primeiro caso da gripe H1N1 confirmado por laboratório foi detectado em dia 07 de maio de 2009.

⁵⁹ A declaração teve como base a opinião de um comitê de especialistas da área, cuja identidade foi mantida em sigilo por mais de um ano (VENTURA, 2014).

estruturado pela capacidade diferencial dos atores para fazer reivindicações socialmente efetivas sobre ameaças, pelas formas em que essas reivindicações podem ser feitas para serem reconhecidas e aceitas como convincentes pelo público relevante e pelos fatores empíricos ou situações às quais esses atores podem fazer referência.

Os atores securitizadores exercem um papel crucial no processo de securitização da gripe pandêmica, ou seja, na formulação da doença como uma ameaça e que exige uma ação de emergência. A implicação disso é que a gripe pandêmica não é naturalmente uma ameaça à segurança, mas precisa ser construída como tal. DeLacy (1993, p. 63–64) argumenta que, por exemplo, no século XVIII a gripe não foi entendida representando uma ameaça direta à estabilidade social, mas apenas vista como um incômodo, não um desastre. Contudo, conforme já mencionado, a pandemia da gripe de 1918 forneceu dados para começar a enquadrar a gripe como uma ameaça à segurança, não apenas pelo efeito sobre a morbidade e mortalidade, mas por seus potenciais efeitos na estabilidade econômica, política e social dos estados nacionais e do sistema internacional.

O processo de enquadramento do vírus da influenza A (H1N1) como um tema de segurança foi lento no começo, mas ganhou impulso em face de eventos como os surtos da gripe H5N1 em 1997, da SARS em 2003, e da gripe H1N1 em 2009. Mas também foi vital a extensão dos atores envolvidos nos discursos (atos de fala) securitizantes que, quando combinados com as posições de autoridade, ajudaram a assegurar que as reivindicações de ameaça fossem amplamente aceitas.

Marston e Watts (2003, p. 145) destacam que as autoridades formais como conselheiros ministeriais, altos funcionários públicos e outros *insiders* ou "elites políticas", têm maior acesso e poder nos processos de tomada de decisão do que os atores da sociedade civil. Os agentes envolvidos nesses movimentos de securitização se estendem de indivíduos para instituições globais. Os atores envolvidos em movimentos de securitização podem ser profissionais de saúde, acadêmicos, políticos, jornalistas, diretores e presidentes de organizações internacionais, dentre outros.

As Forças Armadas também foram importantes na formulação da gripe pandêmica como uma ameaça à segurança. Em 1997, por exemplo, o Departamento de Defesa dos EUA estabeleceu um Programa de

Vigilância da Influenza Global (OWENS et al., 2009) em resposta ao surto de gripe que ocorreu num navio da Marinha americana, afetando 42% das 600 pessoas a bordo (AMELIO et al., 2002).

Em complemento, não podemos deixar de ressaltar o papel da OMS no processo de securitização da influenza, em certo momento passou a defender publicamente o argumento de que a pandemia da gripe foi "[...] a ameaça de segurança mais temida" (WHO 2007, p. 45). E também o papel desempenhados pelas Nações Unidas, uma vez que, a pedido de seus Estados membros, criou um escritório supra-institucional a fim de responder de forma mais efetiva possíveis ameaças de gripes pandêmicas.

Segundo Andrew Cassels, perito da OMS, os interesses verificados no discurso da OMS quanto à pandemia da gripe foram:

Os argumentos de segurança e econômicos foram de mãos dadas. Em primeiro lugar, trata-se de levar o HIV/AIDS à vanguarda da agenda, mas depois expandiu-se para incluir a liberação deliberada. Em parte, porém, também tem procurado obter apoio político e financeiro para a organização. Trazendo problemas de saúde no domínio de segurança tem sido uma estratégia bastante deliberada – uma crítica que alguns Estados Membros criticaram, mas que provavelmente foi inevitável (apud KAMRADT-SCOTT; McINNES, 2012, p. 13).

No contexto da securitização da influenza, alguns atores perceberam ser mais relevante do que o enquadramento estratégico da doença, o uso da linguagem mais adequada para se comunicar efetivamente com as partes interessadas, conforme David Nabarro ressalta:

Descobrimos que, quando falamos com um grupo maior de partes interessadas, temos de modificar muito o nosso idioma e estou muito interessado em adotar uma abordagem disciplinar ou multidisciplinar mais ampla para lidar com a gripe pandêmica. Às vezes, neste contexto, temos que modificar não apenas o título que usamos com nomes de código como "segurança da saúde", mas também a natureza do nosso discurso (apud KAMRADT-SCOTT; McINNES, 2012, p. 13-14).

Sendo assim, o enquadramento da gripe A (H1N1) como um tema de segurança internacional contribuiu significativamente para o processo de coordenação e adoção de respostas sistêmicas para o problema. Além disso, o referido enquadramento influenciou: a formulação e implantação, em caráter emergencial, de políticas públicas de preparação e vigilância dos Estados nacionais; os países que possuíam recursos realizaram a compra antecipada com os laboratórios farmacêuticos para garantir o acesso a medicamentos antivirais e vacinas contra a gripe); e doações realizadas por vários países, entre 2005 e 2009, para o fortalecimento de preparação para a pandemia mundial (MOUNIER–JACK et al., 2007).

A securitização da gripe pandêmica no cenário internacional apresentou uma notável mobilização de recursos e compartilhamento de informações entre os atores⁶⁰ que operam na governança internacional das doenças infecciosas; um amplo planejamento e preparação; e a aprovação de novos regulamentos e leis, que codificaram uma série de medidas de emergência. Assume-se que a securitização do vírus da influenza A (H1N1) foi relevante no âmbito da governança internacional das doenças infecciosas emergentes pois, contribuiu para o estabelecimento de mecanismos de emergência, controle e monitoramento da gripe, reforçando, assim, modificações significativas na sociedade contemporânea sobre a ameaça das doenças infecciosas emergentes.

⁶⁰ Exemplos de atores que contribuem na periódica construção e atualização dos mecanismos e instrumentos da governança global em saúde, são: Estados nacionais, Organizações Internacionais, organizações burocráticas nacionais, centros de pesquisa, Organizações Não Governamentais, laboratórios farmacêuticos, organizações da sociedade civil.

5 A SECURITIZAÇÃO DA GRIPE A (H1N1) NO BRASIL

Nesse capítulo será analisada a emergência e evolução da estrutura e mecanismos de vigilância sanitária e epidemiológica no Brasil, e a capacidade de resposta do país frente à construção social da ameaça da gripe pandêmica A (H1N1) 2009. Sendo assim, na primeira seção apresentaremos, em uma breve contextualização histórica, as origens da estrutura de vigilância sanitária e suas contribuições para o surgimento da saúde pública no Brasil. Em seguida, a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da Vigilância Epidemiológica no Brasil. E por fim a securitização da Gripe A (H1N1) no Brasil.

5.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O SURGIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A historiografia da saúde pública brasileira considera que as primeiras ações de vigilância sanitária datam do período colonial. Seguindo o modelo existente em Portugal, em que o Estado era responsável pelo controle de doenças que prejudicassem o desenvolvimento comercial, as medidas de higiene pública realizadas no Brasil consistiam na limpeza das cidades, controle da água e do esgoto, comércio de alimentos, abate de animais e controle das regiões portuárias (MACHADO et al., 1978).

Com a vinda da coroa portuguesa, em 1808, o Brasil passou a fazer parte das rotas comerciais, intensificando a circulação de mercadorias e pessoas no país. Por conta disso cada vez mais as autoridades governamentais percebiam a necessidade de ter um maior controle sanitário para evitar a contaminação e disseminação de doenças infecciosas.

Em 1810, entra em vigência o Regimento da Provedoria, no qual determinava que a sociedade passava a ser objeto de regulamentação médica e a saúde passava a ser um problema social. Além disso, foram instituídas regras para o controle sanitário dos portos, “a quarentena e o Lazareto, para isolamento de doentes de moléstias contagiosas; o controle de alimentos; a inspeção de matadouros, açougues públicos, boticas, drogas e medicamentos; a fiscalização e os exames para a concessão de licença para o exercício da medicina e da farmácia.” (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 23). No entanto, Machado et al. (1978) destaca que essas ações tiveram mais sucesso na sede do governo, nas demais regiões do território brasileiro essas práticas foram bastante limitadas.

Após a independência do Brasil, em 1822, é decretada a municipalização dos serviços sanitários, fazendo com que as Câmaras Municipais estabelecessem seus próprios Regimentos. No entanto, devido a precariedade dessas ações, ocorre em 1849, um grande surto epidêmico no país, fazendo com que as autoridades públicas abolissem a municipalização e recriando órgãos centralizados a fim de melhorar os Serviços Sanitários do Império. Até a instauração da República, em 1889, foi um período marcado por grandes desigualdades sociais, desenvolvendo-se normas e leis voltadas para a erradicação da doença estritamente, sem cunho preventivo e de promoção à saúde pública.

O estabelecimento da República no final do século XIX permitiu a criação de órgãos e administrações de vigilância sanitária nos governos estaduais da Federação. Foram criados também institutos de pesquisa para o desenvolvimento de pesquisas bacteriológicas e combate das doenças infectocontagiosas. Destaca-se que a designação vigilância, como instrumento de saúde pública, passou a ser empregado pelas autoridades em face do incremento da microbiologia e dos novos conhecimentos sobre a transmissão de doenças infecciosas (COSTA, 1998).

Na tentativa de encontrar uma alternativa à prática de quarentena, a vigilância sanitária ocupava-se em monitorar os pacientes durante a fase de incubação da enfermidade, desde o último contato com outro doente ou quando o mesmo deixou o local onde se originou a contaminação, e emitir alertas sobre a transmissão e medidas de combate das doenças infecciosas (ARREAZA; MORAES, 2010).

No início do século XX o Brasil torna-se um grande mercado consumidor e exportador de commodities, principalmente no setor de alimentos. No entanto, sofria ainda com surtos de doenças infecciosas. Devido a pressões internacionais para resolver esse problema no país, foram adotadas medidas intervencionistas pelo Estado tais como a vacinação obrigatória contra a varíola, posta em prática pelo sanitarista Oswaldo Cruz, na cidade do Rio de Janeiro. Em alguns casos, os agentes sanitários entravam nas casas e vacinavam as pessoas à força. A falta de conhecimento da população sobre os efeitos da vacina e a forma como a mesma foi imposta, irrompeu uma revolta popular, conhecida como a “Revolta da Vacina”, em novembro de 1904 (HOCHMAN, 2012).

Outros agravantes afetaram o país neste período, a gripe espanhola chega no Brasil em 1918, e o aumento da urbanização passa a ocorrer maior número de doenças ocasionadas pela falta de saneamento básico. Nesse contexto, cada vez mais ficava evidente a necessidade de revisar e reformular a estrutura operacional sanitária do Estado. Por meio do Decreto-Lei n. 3.987, de 1920, é criado, por Carlos Chagas, o

Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), substituindo a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). E, na sequência, o Decreto n. 16.300, em 31 de dezembro de 1923, conhecido como a “Reforma de Carlos Chagas”, ampliou o atendimento à saúde por parte do governo nas seguintes áreas:

a) assistência médica (pronto-socorro, postos de saúde rurais, fiscalização das Santas Casa, etc.); b) Assistência materno-infantil; c) Educação sanitária e higiene industrial; d) Fiscalização de alimentos, e laboratórios e do exercício da medicina; e) orientação alimentar ⁶¹ (RUFFINO-NETO; SOUZA, 1999, p. 40-41).

Entre as décadas de 1930 e 1940, assiste-se no país a instauração de um Estado forte e centralizador, adoção de práticas protecionistas, reformas sociais e ampliação da industrialização nacional brasileira, período este conhecido como a “Era Vargas” (1930-1945). O setor da Saúde Pública vai ser marcado por esta centralização, ficando à cargo do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Social, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), órgão criado em 1930. Outro aspecto relevante neste período foi o emprego de campanhas sanitárias pelo Estado, a fim de sanar as crises sanitárias advindas da precária estrutura de saúde em atender as necessidades básicas da população.

No contexto da “política de boa vizinhança” praticada pelos EUA na América Latina, são assinados com o Brasil, em 1942, os Acordos de Washington, que representaram mais de 30 acordos em diversas áreas, incluindo a saúde. A partir destes acordos, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que tinha como objetivo dar assistência aos trabalhadores vinculados à produção de borracha na Amazônia e de manganês no vale do Rio Doce. Com o auxílio financeiro e técnico da Fundação Rockefeller, a SESP era para ser temporário, a fim de atender

⁶¹ Em 1923, pela Lei nº 4.682 – conhecida como Lei Elói Chaves –, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), precursoras da seguridade social no país, com forte controle pelo estado mas organizadas pela iniciativa privada. Os benefícios ofertados aos trabalhadores foram: “a) assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos; b) aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; c) pensões para os dependentes e; d) auxílio pecuniário para funeral.” (RUFFINO-NETO; SOUZA, 1999, p. 41).

os esforços da guerra dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial (ZARPELON, 2016).

Devido ao êxito das ações da SESP no norte do país nos anos 1950, é ampliada sua atuação para demais regiões bem como o perfil de suas atividades. Sem o envolvimento da Fundação Rockefeller, a SESP passa atuar na assistência médica, educação sanitária, saneamento, combate à malária, controle de doenças transmissíveis e pesquisas em medicina tropical (CAMPOS, 2006).

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, no qual incorporou o Departamento Nacional de Saúde e manteve em sua estrutura o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina (SNFM) e o Serviço de Saúde dos Portos. É também instituído o Código Nacional de Saúde, pela Lei n. 2.312/54, que tinha como objetivo a defesa e proteção da saúde, mas que só fora regulamentado em 1961. O Ministério da Saúde passa também a atuar na “regulação de alimentos, estabelecimentos industriais e comerciais, pessoal, veículos, e na distribuição, na propaganda comercial e no controle de resíduos de pesticidas.” (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 30).

Devido a forte campanha de erradicação da varíola em todo mundo na década de 1960, os países em desenvolvimento passam a reconhecer a vigilância como importante instrumento de saúde pública. Na vigésima primeira Assembleia da OMS, em 1968, a vigilância foi reconhecida como prática fundamental em saúde pública. Neste período, Arreaza e Moraes (2010, p. 2216) destacam que o conceito de vigilância passa a ser verificado num contexto mais amplo: “o de acompanhamento sistemático da incidência e distribuição das doenças por meio da consolidação e avaliação dos registros de morbi–mortalidade como de outros dados relevantes para a saúde pública, cabendo a vigilância disseminar regularmente as informações a todos que fossem necessário.”

A partir da verificação sobre a abrangência do conceito de vigilância, é posto em marcha no país a distinção entre as denominações de Vigilância Epidemiológica (VE) e Vigilância Sanitária (VS). A primeira caracteriza-se no controle de casos e transmissão de doenças infecciosas, respeitando fundamentos técnico–sanitários ligados a clínica e a epidemiologia. Já a Vigilância Sanitária está voltada para lugares, produtos e serviços, respeitando uma racionalidade político–jurídica baseada na regulamentação da produção, distribuição e consumo de bens e serviços (COSTA, 1998).

As vigilâncias sanitária e epidemiológica, ora consideradas juntas ou em diferentes órgãos, estão nas origens da saúde pública brasileira. Mas foi na década de 1970 que dá início a organização de suas respectivas

atividades por meio do Sistema Nacional de Saúde. Sendo assim, iremos apresentar nas próximas três seções, respectivamente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a consolidação da vigilância sanitária, e o sistema de vigilância epidemiológica no Brasil.

5.2 A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A literatura especializada ressalta o argumento de que as políticas públicas têm como premissa básica empregar determinadas ações para o bom andamento do ambiente coletivo. No campo da saúde, as políticas públicas se revestem de grande importância para a defesa do interesse nacional, uma vez que, por exemplo, a proliferação de doenças infecciosas pode atingir diferentes classes sociais, impactando tanto ricos como pobres.

No Brasil, as primeiras iniciativas organizadas no campo da saúde pública datam do final do século XIX e início do século XX, na tentativa de oferecer respostas frente às graves epidemias que impactavam a capital do Brasil, a cidade do Rio de Janeiro. Dentre as primeiras medidas, é criado em 1902, o Instituto de Bacteriologia, mais tarde conhecido por Fundação Oswaldo Cruz. A partir daí multiplicaram as práticas de controle sanitário no Brasil, em que se destacam grandes nomes na saúde pública brasileira como: Oswaldo Cruz, Adolfo Lutz, Carlos Chagas, Vital Brasil.

As décadas seguintes põe em marcha o desenvolvimento gradual da estrutura de saúde pública nacional. Em 1919, cria-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dando maior amplitude na participação e intervenção do Estado aos serviços sanitários públicos. Em 1930, o Ministério de Educação e Saúde, em 1948, o Conselho Nacional de Saúde e, em 1953, o prestigioso Ministério de Saúde.

O golpe de Estado de 1964 marcou consideravelmente o campo da saúde pública no Brasil. Embora o regime militar tenha suprimido os direitos civis e políticos, ele trouxe avanços na área da saúde. Especialmente no governo Geisel (1974–1979), em que um significativo número de medidas implementadas contribuiu para ampliar a cobertura e no fomento de programas de atenção básica. Neste contexto, a política de saúde foi ampliada no referido governo a partir de dois elementos fundamentais: i) por um processo de expansão da cobertura, a partir da capitalização da saúde na compra de serviços pela iniciativa privada; e ii) na adoção de projetos como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), conduzidos pelo recém criado Partido

Sanitário, que tecia duras críticas sobre o modelo adotado para a saúde pública no Brasil. (GERSCHAMAN; SANTOS, 2006).

Importante mencionar que o Partido Sanitário não chegou a se caracterizar de fato em partido político. Tratava-se, antes, de um movimento sanitário formado por profissionais da área de saúde cujas diretrizes e princípios, ao longo dos anos 1970, serviriam de base para a futura criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (DOWBOR, 2009).

Nesse contexto, o movimento sanitário juntamente com outras organizações da sociedade civil passaram a pressionar no redirecionamento das políticas públicas de saúde no Brasil. Esses grupos passaram a:

[...] operar política e tecnicamente no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária, procurando superar o caráter dos programas de extensão da cobertura e desenvolvendo-os como alternativas ao modelo dominante (BRASIL, 2006, p. 39).

As iniciativas encaminhadas por esses grupos apresentaram reflexos nas políticas públicas de saúde:

- na esfera do Estado: a formulação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) em 1980, como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde; e o II Plano Nacional de Desenvolvimento, em que é apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes;

- na esfera da sociedade civil: o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde e, também, a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979) que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde (BRASIL, 2006).

O modelo proposto pelo Prev-Saúde, baseado na hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, conflitava com o modelo médico-assistencial vigente. Tal projeto foi engavetado alguns anos mais tarde e, em seu lugar, foi criado em 1981, o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária.

Em meio a isso, no final da década de 1970, o regime militar começou a apresentar uma crise política-ideológica e fiscal, momento em que a crise da previdência consistia na explicitação setorial no âmbito do

Estado. Devido ao desgaste do regime, o Estado fica impossibilitado de fazer imposições autoritárias, como havia sido feito, até então. Em 1979 é realizado o primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, em que o pensamento crítico oposicionista-reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação. É a primeira vez que se apresenta, de forma “pública, extensa e bastante consensual”, a proposta do Sistema Único de Saúde (RODRIGUEZ NETO, 1988, p. 34).

O começo dos anos 1980 marca o início da realização dos primeiros convênios do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) com municípios e estados, cujos orçamentos destes eram insuficientes para dar cabo da assistência à saúde. Desse modo, a partir de 1982 e 1983, os municípios e estados passam a ser os novos vendedores de serviços de saúde ao INAMPS, já que este praticamente só comprava serviços do setor privado. (BRASIL, 2006).

Com o fim da regime militar em 1985 e a instauração da Nova República, as discussões sobre a reforma dos serviços de saúde se intensificam e pressionam ainda mais o governo. Nesse sentido, em março de 1986 é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a participação de mais de cinco mil pessoas, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil brasileira.

Em relação aos resultados práticos obtidos pela 8ª CNS destacam-se as seguintes diretrizes:

- a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época, tais como as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS);
- a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;

- a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária (BRASIL, 1987, p. 17–18).

No governo Sarney foi assinado o Decreto nº 94.657/87, criando o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), considerado por muitos analistas como um dos precursores do SUS. No entanto, era no contexto das discussões sobre as reformas da Constituição que se buscava inserir as propostas das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No bojo das transformações que estavam ocorrendo no Brasil, o texto constitucional de 1988 acaba incorporando as principais diretrizes da 8ª CNS, na seção II, mas o detalhamento e regulamentação de tais diretrizes foram remetidas para a legislação complementar. Quanto à questão da participação, o artigo 198 da referida seção II fixou: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BRASIL, 2006, p. 53).

Quando o SUS foi criado e aprovado pela Constituição Federal, passou-se a reconhecer o direito de acesso universal à saúde para toda a população, tendo como base a descentralização das ações. Neste sentido, a lógica passou a apontar o município como o grande executor das políticas públicas de saúde. Conforme Dowbor (2009), houve o papel preponderante do Ministério da Saúde (MS) e dos secretários municipais de saúde nas negociações em torno das reformas. Ambos foram responsáveis pela elaboração das normas que operacionalizavam o SUS: o MS, como órgão executivo editor das normas, e os secretários, institucionalizados numa organização nacional, como partícipes ativos no seu desenho.

Em 1993, é aprovada a regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, por meio da Norma Operacional Básica. Neste mesmo ano é extinto o INAMPS. Em 1996, o Brasil passa a ser considerado o primeiro país em desenvolvimento a fornecer, através do SUS, de forma gratuita os medicamentos da Terapia Anti-Retroviral (TARV) aos portadores de HIV/AIDS.

Em 1998 é aprovada a Lei 9565/98 que regulamenta os planos de saúde e cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja missão fundamental consistia na correção de falhas de mercado e a garantia do cumprimento de contratos dos planos de saúde. Segundo Braga & Silva (2001), com esta lei fica definitivamente sacramentada a perspectiva da mercantilização dos serviços de atenção à saúde.

Em 1999, é estabelecido no país o medicamento genérico, assim como a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos. No contexto da AIDS, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a distribuir os medicamentos da TARV através do sistema público de saúde, sendo reconhecido internacionalmente por suas ações. Apesar dos custos desse programa no Brasil terem sido altos no seu início, houve uma política brasileira bastante “agressiva” pressionando as indústrias farmacêuticas para a redução dos custos. A ameaça constante de quebra das leis de proteção as patentes – por meio da licença compulsória –, a produção local dos fármacos (com o princípio ativo importado) e, ainda, a instituição dos medicamentos genéricos no país, resultaram na redução dos custos de fornecimento e no estabelecimento de melhores patamares de negociação com o complexo industrial farmacêutico (TEIXEIRA, 2003).

Somente em 2001 é aprovada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que define a regionalização e a descentralização da assistência à saúde. O texto da Constituição não distinguiu os níveis de atenção – básico, médio e complexo –, referindo-se genericamente aos serviços de saúde. A NOAS de 2001 reverteu esta tendência, ao reservar à União e aos estados a gestão de média e alta complexidade (ARRETCHE, 2003, p. 337).

Em 2006, foi assinado o Pacto de Gestão que introduziu determinadas mudanças na NOAS a fim promover a regionalização solidária e cooperativa. Em consonância com os objetivos estabelecidos constitucionalmente para o SUSS, tal regionalização visava facilitar o andamento das questões da saúde dando maior autonomia aos agentes municipais (MACHADO, 2009).

5.3 A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

Nos anos 1970, várias leis e decretos sobre vigilância sanitária foram instituídas no país e, muitas deles estão em vigor atualmente. Em 1973, é estabelecido pela Lei n. 5.991, o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e derivados. Essa

legislação inovou por inserir o esclarecimento sobre o intento dos produtos de interesse da saúde, a obrigação de cumprir padrões de qualidade e a determinação sobre a necessidade da coleta periódica de amostras para exames laboratoriais. Em 1976, é instituída a Lei n. 6.360, conhecida como a Lei de Vigilância Sanitária, na qual ficam sujeitos às normas de vigilância sanitária em relação à drogas, aos insumos farmacêuticos e correlatos, bem como os produtos de higiene, os cosméticos, perfumes, produtos destinados à correção estética e outros. Esta lei torna a vigilância prática permanente no controle de qualidade e confere ao produtor o encargo de comunicar sobre as reações adversas aos medicamentos. Em 1977, é sancionada a Lei n. 6.437, na qual atualizou as disposições penais e administrativas, caracterizando trinta e um tipos de infrações sanitárias.

Apesar do avanço destas leis, passa a ocorrer no Brasil, em meados dos anos 1980, forte movimento da sociedade civil para a redemocratização por meio da campanha pelas eleições diretas para a Presidência da República e a criação da Assembleia Nacional Constituinte. No contexto da Vigilância Sanitária também é solicitado a descentralização dos serviços e uma maior articulação entre as esferas municipal, estadual e federal. Em 1985, se instaura no Brasil um governo civil, no qual, inseriu técnicos do movimento pela reforma sanitária no órgão nacional de Vigilância Sanitária, bem como na realização da Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, em 1986, pela ruptura do modelo centralizador da vigilância no Brasil (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Com a nova Constituição Federal de 1988, a saúde é inserida como um direito de todos, e as atribuições da Vigilância Sanitária como competência do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei n 8.080, de 1990, que organizou o SUS, destaca que a vigilância sanitária deve ser compreendida como:

Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: i-) o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e ii-) o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou

indiretamente com a saúde (§ 1o, art. 6o, Lei no 8.080, de 19/09/1990).

Conforme destacado por Seta (2007), foram várias as tentativas no sentido de promover a articulação entre as esferas governamentais. Entretanto, as bases legais para a descentralização de serviços e ações de vigilância sanitária ocorreram apenas em 1994, pela Portaria n. 1.565, que criou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O SNVS fora implementado após a edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96 e, posteriormente, complementado com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela Lei n. 9.782, em 1999. No art. 6, desta lei, é definido que a ANVISA⁶² terá por finalidade:

promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras.

Lucchese (2001) em seu estudo sobre a vigilância sanitária no Brasil, realizou entrevistas com dirigentes estaduais, e relatou que todos manifestaram de forma positiva a criação da ANVISA, por possibilitar uma estruturação técnica e administrativa própria para a organização do sistema. Outro aspecto positivo com a criação da ANVISA foi o aumento das receitas para os gastos com vigilância sanitária no país. Em torno de 40% advém da União, e demais recursos principalmente da arrecadação de taxas e multas.⁶³

Apesar desses avanços o governo federal não acatou a recomendação da Conferência Nacional de Vigilância à Saúde, sob as diretrizes da Portaria 1.565/94, em dar seguimento para a descentralização das ações nos três níveis de governo. Desta forma, a indução federal

⁶² Lei n. 9.782/99. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm>. Acesso em: 15 maio 2017.

⁶³ Portal da Anvisa. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/281258/3257953/Anexo+IV+-+Proposta+orçamentaria.pdf/549f0e27-e5a5-4ae3-b70d-770d851464d8>>. Acesso em: 12 maio 2017.

derivou na estruturação e modernização dos serviços estaduais de vigilância sanitária. Já os serviços estaduais ficaram encarregados em impulsionar a descentralização das ações de vigilância sanitária em seus respectivos territórios (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Seta (2007, p. 108) ressalta que, na avaliação da Anvisa, a almejada descentralização não ocorreu a contento por conta de problemas no repasse financeiro. Assim, é criado o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária (CIT/VISA) da Tripartite (CIT) com o objetivo de discutir e definir novas diretrizes para a descentralização e financiamento. Este comitê criou a Portaria n. 2.473/2003, que estabeleceu responsabilidades para as três esferas de governo, descentralização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária, e mudanças nos repasses federais, com a incorporação da esfera municipal ao processo.

5.4 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

O desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil não foi contínuo e linear. Durante muito tempo o governo brasileiro realizava ações de vigilância epidemiológica entendendo estas como medidas de saúde pública. Posteriormente, essa expressão passa a significar “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou detectados de doenças transmissíveis e de seus contatos. Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas por meio de medidas de isolamento ou de quarentena aplicadas individualmente e não de forma coletiva.” (ARREAZA; MORAES, 2010, p. 2218).

Com a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), entre os anos 1966 e 1973, a Vigilância Epidemiológica (VE) passou a ser verificada como instrumento relevante no desenvolvimento destes programas. Seu objetivo era detectar a ocorrência de casos da doença-alvo, a fim de realizar medidas em caráter de urgência para impedir a sua transmissão. Caso o risco de propagação da doença tivesse sido controlado, as medidas operacionais de vigilância seriam suspensas (ARREAZA; MORAES, 2010). Outro aspecto relevante da CEV, foi que além de contar com a assistência técnica e logística da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), houve grande cooperação entre a esfera federal e os governos estaduais, consistindo em uma política prévia para a descentralização na área da saúde (SETA, 2007).

A experiência da CEV no Brasil fez com que fossem adotados princípios de VE para outras doenças que poderiam ser evitadas pela imunização. Em 1969, foi desenvolvido um sistema de notificação semanal de doenças, divulgado na rede de unidades permanentes de

saúde, com a coordenação das secretarias estaduais de saúde. Com o sucesso dessa rede, estas informações passaram também a ser noticiadas pelo Ministério da Saúde por meio de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal (BRASIL, 2002).

Assim, estas campanhas na erradicação de doenças contribuíram para que a vigilância epidemiológica passasse a ser compreendida como:

o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para se conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou a história natural das doenças, como detectar ou prever alterações dos seus fatores condicionantes, com a finalidade de recomendar as medidas apropriadas que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças transmissíveis (BRASIL, 2002, p. 11).

Em 1975, é instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), pela Lei n. 6.259, no qual inseriu um conjunto de doenças transmissíveis, consideradas, naquele período, de grande relevância sanitária para o país. O SNVE foi desenvolvido na V Conferência Nacional de Saúde (V CNS, 1975), na qual buscou criar um modelo básico para ser ajustado por parte dos estados, que previa: um rol de doenças prioritárias para notificação; um fluxo de informações com periodicidade de notificação; suporte laboratorial para diagnóstico; divulgação das informações produzidas; e a expansão da área de abrangência da Vigilância Epidemiológica estadual, com prioridade inicial para a capital e para os municípios mais populosos (V CNS, 1975).

A institucionalização do SNVE determinou a divisão do trabalho apenas entre as esferas federal e estadual. Aos municípios, coube apenas em “manter a vigilância epidemiológica” (artigo 1, inciso VI, da Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975). Desta forma, a estrutura do SNVE fora: órgão central (subordinado ao Ministério da Saúde); órgãos regionais (subordinados pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal); órgãos microrregionais; e Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE).

Devido ao regime autoritário e centralizador do governo militar neste período, esse sistema se caracterizou de forma vertical, no qual o Estado central detinha o poder normativo na realização de medidas para supervisionar, avaliar e controlar a execução das ações, bem como na

recomendação às entidades subnacionais de buscarem apoio no órgão superior (BRASIL, 1976).

Somente a partir da CF de 1988 é que passa a ocorrer medidas voltadas para a descentralização das políticas sociais no Brasil. Com a Lei n. 8.080/90, a vigilância epidemiológica passa a ser definida como: “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

A implementação do SNVE ocorreu com a Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS) – a NOB 01/96, na qual foram definidas as atividades, as responsabilidades das três esferas de governo e o financiamento, por meio de portarias ministeriais

Outro aspecto relevante nesse processo foi a criação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), em 1990, incorporando a coordenação nacional do sistema de vigilância epidemiológica e alguns programas de controle de doenças (SILVA JUNIOR, 2004, p. 71). Em 2003, o CENEPI se transformou na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), ampliando suas áreas de escopo. A SVS/MS passa a abranger atividades relacionadas à vigilância, prevenção e controle de doenças; a coordenação nacional de programas de prevenção e controle de doenças – à exceção da Saúde do Trabalhador; o Programa Nacional de Imunizações; a investigação e resposta aos surtos de doenças emergentes de relevância nacional; e a coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública (SETA, 2007).

Apesar dessa ampliação, estudos de Carvalho e Marzocchi (2012) e Carvalho et al. (2005), verificam certo grau de precariedade quanto ao SNVE, principalmente na esfera municipal. Assim, os autores destacam a necessidade de maiores esforços para a consolidação e aprimoramento do SNVE.

5.5 A SECURITIZAÇÃO DA GRIPE PANDÊMICA A(H1N1) 2009 NO BRASIL

As atividades de forma sistemática de vigilância epidemiológica do vírus da influenza iniciaram no país em 1995. A criação de centros colaboradores localizados em algumas cidades da região sul e sudeste permitiu a realização de atividades de vigilância regional da influenza. Com base no Grupo Regional de Observação da Gripe Francês, criou-se no país o Grupo de Observação da Gripe (GROG) com a finalidade de

sistematizar a coleta de informações sobre a circulação do vírus da influenza, para serem analisadas no Instituto Adolfo Lutz.

Mais tarde, o projeto passou a chamar-se Projeto VigiGripe, e ampliou o escopo de suas ações ao abranger um grande número de centros de pesquisa, ambulatoriais hospitalares, dos estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul. O grande número de amostras coletadas (BOLETIM GROG, 1988, 1999) contribuiu com valiosas informações que ajudaram a planejar o perfil epidemiológico da influenza no Brasil.

Em 1999, além da promoção de campanhas de vacinação⁶⁴ para a influenza em idosos, o Ministério da Saúde estruturou o Sistema de Vigilância Epidemiológica da Influenza⁶⁵. Atualmente há no país cerca de 62 unidades-sentinela em funcionamento que possuem interface com 27 laboratórios. O sistema tem como um de seus objetivos principais monitorar as cepas do vírus influenza circulantes, visando à adequação imunogênica da vacina contra influenza utilizada anualmente, além da identificação de novas cepas de vírus influenza. Este Sistema está implantado em todos os 26 estados e no Distrito Federal, sendo que as unidades estão localizadas, em sua maioria, nas capitais⁶⁶.

Devido o volume de dados para análise coletado por esse sistema de vigilância, desenvolveu-se um sistema de informação, o SIVEP-

⁶⁴ Em abril de 2007 foi inaugurada a planta industrial para a produção de vacinas contra a influenza do Instituto Butantã, em São Paulo. A obra é resultado de um acordo de transferência tecnológica firmado em 1999 entre o Ministério da Saúde, o Instituto Butantã e o laboratório francês Sanofi-Pasteur. Esta unidade garante ao Brasil auto-suficiência na produção de doses de vacina contra a gripe sazonal, e já atendeu adequadamente a demanda interna em 2008 (<http://www.saude.rs.gov.br>).

⁶⁵ A estratégia adotada para a vigilância utiliza unidades de saúde criteriosamente selecionadas, que coletam, organizam e informam dados epidemiológicos agregados semanais (proporção de atendimentos de síndrome gripal por faixa etária). Estas unidades também coletam amostras de aspirado nasal em uma parcela dos casos, e enviam-nas aos Laboratórios de Saúde Pública (LACEN), onde são submetidas ao teste de imunofluorescência indireta. Quando o teste identifica vírus influenza nas amostras, elas são enviadas ao laboratório de referência nacional onde são submetidas a testes para caracterização antigênica. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1446/vigil%C3%A2ncia-da-influenza>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

⁶⁶ PROTOCOLO PARA O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009: AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GRIPPE (Sistema de Informações da Vigilância Epidemiológica da Influenza) com transmissão de dados on-line e em tempo real.

Em 1997, foi registrado o surto do vírus influenza A (H5N1), na Ásia, espalhando-se rapidamente pela Europa, Ásia e África. A doença, de alta patogenicidade, ficou conhecida por Gripe Aviária, devido à transmissão de agente patogênico das aves para humanos.

A repercussão da gripe aviária foi grande na economia brasileira. Em 2000, o Brasil procurava se destacar no cenário internacional como global player (obter maior influência na construção de normas e regras internacionais) e global trader (grande exportador de commodities agrícolas, em especial carne e frango) (VIGEVANI; CEPALUNI, 2011). Para não prejudicar as exportações do país, o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), implantou um Programa de Vigilância da influenza, caracterizado em uma rede de unidades de saúde e laboratórios, com o propósito de:

monitorar as cepas dos vírus de influenza que circulam nas regiões brasileiras; avaliar o impacto da vacinação contra a doença; acompanhar a tendência da morbimortalidade associada à doença; responder a situações inusitadas; detectar e oferecer resposta rápida à circulação de novos subtipos que poderiam estar relacionados à pandemia de influenza; produzir e disseminar informações epidemiológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 27).

A partir de 2003, com a propagação mundial da influenza aviária em diversos países asiáticos e africanos, vários países implantaram políticas emergenciais em vigilância epidemiológica e sanitária, para evitar uma epidemia de grande intensidade⁶⁷. A sociedade internacional estava apreensiva e alerta para uma possível pandemia, por isso, era necessária e urgente a elaboração de planos específicos de preparação e contenção nos âmbitos doméstico e internacional⁶⁸. Neste contexto, no

⁶⁷ Entre os anos 2003 e 2004, foi registrada a influenza aviária de alta patogenicidade, com transmissão ao ser humano, causando surtos com alta letalidade na região asiática.

⁶⁸ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Interim Guidance on Infection Control Measures for 2009 H1N1 Influenza in Health Care Settings, Including Protection of Health care Personnel. Disponível em: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm>. Acesso em: 10

mesmo ano, o governo brasileiro criou o Comitê Técnico para a elaboração do Plano de Preparação para a Pandemia de Influenza no Brasil (grifo nosso), por meio da Portaria SVS/MS36/2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 82–83). Os principais pontos de trabalho do Comitê consistiam no fortalecimento da vigilância epidemiológica da rede de laboratórios do Brasil e da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde (Rede CIEVS⁶⁹); investimentos no Instituto Butantã para a fabricação de vacina contra a gripe; manutenção da rede de alerta para o surgimento de novos vírus influenza; e capacitação de recursos humanos para as vigilâncias epidemiológicas dos estados (COSTA; HAMANN, 2016).

O referido plano é bem detalhado e está disponível a toda a população brasileira e mundial. Ele orienta as medidas e as atividades consideradas fundamentais para impedir, minimizar e combater a introdução da gripe pandêmica no país, com o mínimo de doentes e mortes. Além disso, os estados da União possuem e atualizam seus planos de ação para o enfrentamento de doenças. Os planos antiinfluenza estaduais estão disponíveis nos sites das secretarias de saúde estaduais e, além de terem uma linguagem simples e clara:

a eles se acoplam outras políticas, orientações e informações complementares, que mostram existir um movimento de treinamento, educação e comunicação entre os servidores federais, estaduais e municipais, contínuo, no que diz respeito a ações e vigilância sobre influenza (KASZNAR, p. 40, 2009).

aug. 2016.

⁶⁹ Atualmente o CIEVS conta com 57 centros ativos em todo o Brasil, sendo: 26 Estados, 1 no Distrito Federal, em todas as 26 capitais, e em quatro municípios estratégicos. Além das unidades físicas, algumas Secretarias Estaduais de Saúde estabeleceram profissionais de saúde em regionais ou outros municípios prioritários para atuar como Pontos Focais do CIEVS Estadual em cada Regional de Saúde, atuando como sentinelas para eventos em saúde pública e ampliando a capacidade de detecção precoce de emergências. Estes centros estão integrados por tecnologia de informação e comunicação que permite a resposta coordenada. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1313-secretaria-svs/cievs-centro-de-informacoes-estrategicas-e-resposta-em-vigilancia-em-saude/25193-cievs-leia-mais>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

De posse destas considerações, gostaríamos ressaltar que desde 2003 o governo brasileiro vem elaborando protocolos de atendimento e manejo clínico para pacientes com influenza, atualizando os mesmos de acordo com a dinâmica da doença (GRECO et al., 2009).

Voltando à influenza, as complicações da doença foram responsáveis por um grande volume de internações hospitalares no Brasil. Entre 1995 e 2001, cerca de 140.000/ano internações foram registradas, na faixa etária de 60 anos ou mais. Dentre os pacientes mais suscetíveis a desenvolver complicações são: crianças menores de 5 anos, adultos acima de 65 anos, gestantes, e pacientes com doenças crônicas no pulmão, asma, e diabetes⁷⁰.

Para dar cabo do problema, o governo brasileiro passou a somar variados esforços no âmbito da vigilância e, criou, em 2005, o Grupo Executivo Interministerial⁷¹ (GEI), responsável pelas decisões relativas à preparação do país para lidar com a influenza. A partir das discussões acumuladas no âmbito do Comitê Brasileiro de Preparação do Plano de Contingência para uma Pandemia de Influenza⁷², das orientações da OMS e da consulta a planos de contingência de outros países, o GEI elaborou, em 2005, o Plano Brasileiro de Preparação para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza.

Sobre o referido Plano, Jarbas Barbosa da Silva Júnior, Secretário de Vigilância em Saúde, explica que:

O objetivo principal do Plano é orientar as ações e atividades necessárias para impedir, ou, no mínimo, retardar a introdução da cepa pandêmica no Brasil e minimizar o impacto na saúde da população. A experiência brasileira na organização de grandes ações de saúde pública, como as campanhas nacionais de vacinação que, pioneiramente, instituímos em 1980; o aprendizado no enfrentamento de epidemias como as de dengue;

⁷⁰ Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_eletronico_epi_ano04_n01.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2016.

⁷¹ O GEI é formado por representantes de 16 órgãos da Presidência da República e Ministérios. Foi instituído pelos Decretos Presidenciais de 24 de outubro, 10 de novembro e de 26 de outubro de 2006, e passou a ser integrado por 16 órgãos sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde.

⁷² Portaria Nº 36, de 22/12/03, publicada em 23 de dezembro de 2003.

a capacidade que já temos de responder rapidamente às doenças emergentes com equipes bem treinadas de epidemiologistas; a rede de laboratórios e unidades sentinelas que já se encontra em funcionamento monitorando o comportamento do vírus da gripe; e a capacidade nacional de produzir vacinas e medicamentos constituem-se em fatores positivos que contribuirão para que nosso País responda de maneira adequada a mais esse desafio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 7–8):

Importante lembrar que o surto da influenza aviária ocorreu ao longo do processo de revisão do Regulamento Sanitário Internacional. Conforme mencionado anteriormente, o regulamento adotado na 58ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2005, entrou em vigor em 15 de junho de 2007, e foi incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto Legislativo 395/2009.

Em 2009, ocorre outro surto mundial da influenza⁷³, no qual sofreu mutação sendo identificada como A (H1N1). Em 25 de abril de 2009, a OMS declarou que esta epidemia era uma ESPII. No dia seguinte, uma agência de notícias brasileira publicou a seguinte matéria:

a OMS classificou o surto da doença como uma emergência de saúde pública internacional. Segundo as novas medidas do governo, as escolas da capital, Cidade do México, e de outros dois Estados permanecerão fechadas por duas semanas. Além disso, todos os eventos públicos, inclusive as missas e as partidas de futebol deste domingo, foram cancelados. Cerca de 70% dos bares e restaurantes da capital também foram fechados. O governo recomenda que a população evite cumprimentos com as mãos e a Embaixada dos Estados Unidos aconselhou visitantes a permanecerem a pelo menos 1,8 metros de distância de outras pessoas. As autoridades de saúde do México também foram autorizadas a isolar pessoas contaminadas, caso seja necessário.

⁷³ A influenza A (H1N1) de 2009 foi a primeira pandemia registrada no século XXI e também a primeira após a adoção do RSI de 2005, durou 472 dias, até 10 de agosto de 2010, quando a OMS declarou o fim da pandemia.

O ministro da Saúde do México, José Córdova, afirmou que um total de 1,3 mil pessoas foram internadas com sintomas suspeitos da gripe suína desde o dia 13 de abril e que os pacientes estão sendo examinados (UOL, 2009).

As repercussões na sociedade brasileira foram imediatas. Assistia-se, por um lado, milhares de anunciantes em websites oferecendo proteção contra a gripe, como máscaras respiratórias, produtos para desinfecção e suplementos de alimentação. De outro lado, o consumo da carne suína e de seus derivados tornou-se uma questão de preocupação e alerta (VENTURA, 2013). O Presidente da Associação Brasileira da Indústria Produtora e Exportadora de Carne Suína (ABIPECS), Pedro Camargo Neto, afirmou que:

o mercado trava uma ‘batalha da comunicação’ para evitar perdas”. [E acrescentou:] “Ainda se fala que a carne de porco não traz problemas se for esturricada a 90 graus’, disse. ‘A recomendação de cozimento não tem nada a ver com o H1N1, é indicada para outros vírus’, completou, ao participar de uma audiência pública na Comissão de Agricultura e Reforma Agrária do Senado. ‘Nossa preocupação era de que não transparecesse uma denominação errada para o consumidor. Demorou alguns dias para que a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde aceitassem que aquilo estava errado [o nome gripe suína] e mudassem o nome’, avaliou. Agora estão chamando de A(H1N1), que é quase o nome científico, e os veículos de comunicação já chamam de nova gripe, para facilitar.’ Na última quinta-feira, a OMS decidiu mudar oficialmente o nome da gripe de suína para ‘influenza A(H1N1)’, motivada por reclamações das indústrias do setor alimentício, receosas de perderem vendas de carne suína. Defensores de animais também reclamaram do primeiro nome dado à doença. (Jornal da Cidade, 06/05/2009. Disponível em: <<http://jornaldacidade.uol.com.br/>>.

A primeira denominação da doença, utilizada inclusive nos discursos oficiais da OMS, foi gripe suína. Contudo, o termo aparecia sob diversas denominações nos meios de comunicação: mexicana, nova,

norte-americana, A, H1N1. Em grande medida, por pressão dos produtores de carne suína, a OMS e outras organizações internacionais modificaram a denominação para gripe A(H1N1), somente em 30 de abril de 2009⁷⁴. A figura 3 parece representar muito bem o preconceito atribuído aos suínos, caracterizando-os como “vilões”, isto é, os principais causadores da pandemia da gripe.

Figura 3 - Conspiraciones, de J. R. Mora (26/04/2009)



Fonte: Mora. Disponível em: <<http://www.jrmora.com>>. Acesso em: 10 maio 2017.

A notificação do primeiro caso de transmissão da influenza A (H1N1) no Brasil foi em 16 de julho de 2009, no inverno do hemisfério sul, quando normalmente é esperada maior atividade viral. Desde que a OMS emitiu alerta sobre o surgimento da nova doença, o Ministério da Saúde só havia registrado no país casos de pessoas que contraíram a doença em viagem ao exterior, ou foram contaminadas por alguém que

⁷⁴ Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN), Note d'information INFOSAN n° 2/2009 – Aspects relatifs à l'interface homme-animal de la grippe A(H1N1) – Flambée épidémique grippale chez l'homme provoquée par la grippe A(H1N1) – Considérations relatives à l'interface homme-animal, 30/04/2009.

esteve no exterior⁷⁵.

Devido o registro de novos casos no Brasil, o Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, discursou em Rede Nacional (05 de julho de 2009) sobre a ameaça da gripe A (H1N1), e destacou que:

a transmissão da gripe A se espalhou pelo mundo e os países devem tomar alguns cuidados garantindo a segurança da população (grifo nosso) e assim seguir as recomendações da OMS para o controle da mesma, o qual o Brasil já tem feito com rigor desde o início.

a situação está dentro do previsto e estamos preparados; queremos deixar a todos vocês bem informados sobre esta gripe. [...] Quero ressaltar, que o governo federal, em conjunto com os estados e municípios, está lançando mão de todos os esforços para conter a doença e, principalmente, evitar mortes. Estamos vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, com centros de vigilância e profissionais de saúde, atuando para proteger os brasileiros (grifo nosso). Somente na rede pública, são 68 hospitais de referência em todos os estados, com leitos suficientes para atender os casos graves. Temos estoque de medicamentos para tratar nove milhões de pessoas. Os médicos estão instruídos a indicar o remédio a quem realmente precisa, seguindo o critério estabelecido pelo Ministério da Saúde.⁷⁶

A resposta do Brasil ao quadro de emergência da gripe pandêmica deu início logo após as primeiras notícias internacionais da doença. Segundo o Ministério da Saúde (2010), a gestão de enfrentamento da gripe pandêmica A(H1N1) 2009 no Brasil foi dividida em duas fases

⁷⁵ Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_eletronico_epi_ano04_n01.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

⁷⁶ Discurso do Ministro da Saúde do Brasil, José Gomes Temporão, em 05 de julho de 2009, em Rede Nacional. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tR_LloYZRFE>. Acesso em: 12 maio 2017.

operacionais e epidemiológicas distintas: a fase de contenção e de mitigação⁷⁷.

A primeira fase ocorreu num período em que o vírus estava se disseminando no mundo, e os casos ocorridos no Brasil estavam relacionados a viagens internacionais ou através do contato com pessoas que fizeram viagens internacionais e que estavam doentes. Nesta fase, as medidas de vigilância concentraram-se em reduzir a disseminação do vírus pelo país. Foi realizada a instrumentalização do SUS e da população, permitindo um maior acúmulo de conhecimentos para o enfrentamento da epidemia. Nos pontos de entrada do país como aeroportos, portos e passagens de fronteiras, foi reforçada a vigilância no intuito de identificar casos suspeitos. Para casos suspeitos, eram indicadas medidas de internação como isolamento, tratamento com antivirais e quarentena de contatos, para reduzir o risco de transmissão comunitária⁷⁸.

Na segunda fase, de mitigação, o Ministério da Saúde reconheceu a ocorrência da transmissão sustentada - transmissão facilmente de pessoa para pessoa -, no país. Reconhecimento tardio, uma vez que já havia óbitos não relacionados às cadeias de transmissão envolvendo viajantes⁷⁹⁸⁰⁸¹⁸². Nesta fase, as ações de vigilância tornaram-se mais específicas –

⁷⁷ Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Influenza pandêmica (H1N1) 2009 – análise da situação epidemiológica e da resposta no ano de 2009. Boletim Eletrônico Epidemiológico 2010; 10:1-21.

⁷⁸ Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009.

⁷⁹ Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Influenza. In: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Guia de Vigilância epidemiológica. 7a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 1-23.

⁸⁰ Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Vigilância de influenza. In: Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 41-64.

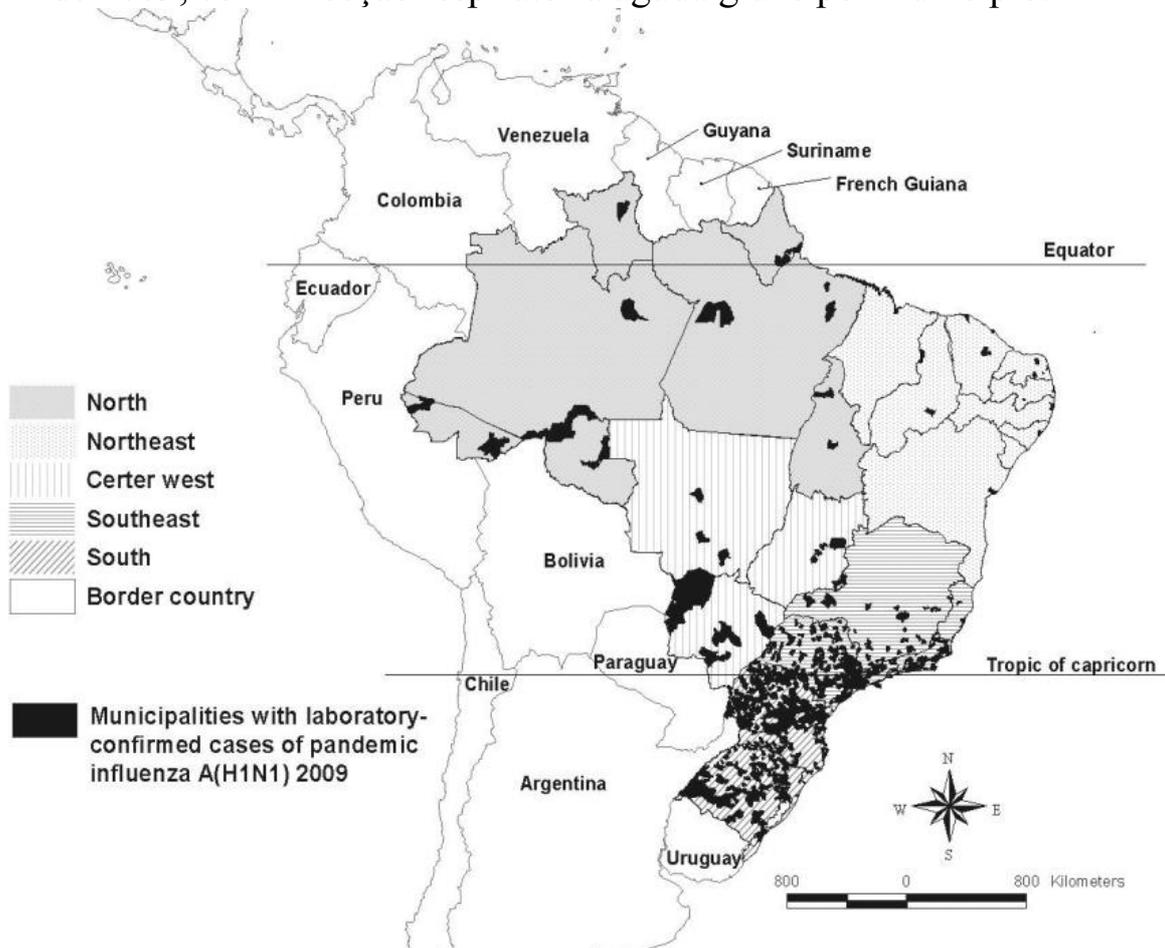
⁸¹ Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Influenza pandêmica (H1N1) 2009 – análise da situação epidemiológica e da resposta no ano de 2009. Boletim Eletrônico Epidemiológico 2010; 10:1-21

⁸² Marques D, Figueira GCN, Moreno ES, Almeida CL, Cordero R, Campos K, et al. Investigação de óbito relacionado à influenza pandêmica H1N1 2009 no município de Osasco, SP, junho e julho de 2009. Boletim Epidemiológico Paulista 2011; 8:4-14.

através de diagnósticos e tratamentos dos casos que apresentassem risco de agravamento ou óbito –, para que fosse possível reduzir a gravidade e a mortalidade da doença (BRASIL, 2010). Neste período, foram confirmados casos em todas as regiões. O período de maior incidência foi durante a semana epidemiológica 31, refletindo o padrão observado nas regiões Sul e Sudeste, as mais afetadas, seguido das regiões Centro-Oeste e Nordeste.

Em 6 de julho de 2009, o Ministério da Saúde havia confirmado um total de 905 casos com notificações vindas de 23 estados brasileiros. Importante destacar que a disseminação da gripe A(H1N1) ocorreu de forma diferenciada ao longo das cinco regiões geográficas do país. Cerca de 94% dos casos concentraram-se nos estados do Sul e Sudeste, regiões que apresentam um clima mais temperado e invernos mais frios. Sendo assim, a distribuição espacial dos casos de gripe confirmados em laboratório no país, no período compreendido entre a 16ª e a 33ª semana epidemiológica, é evidenciada na figura 4.

Figura 4 - Casos confirmados em laboratório de pandemia de gripe H1N1 de 2009, com infecção respiratória aguda grave por município.

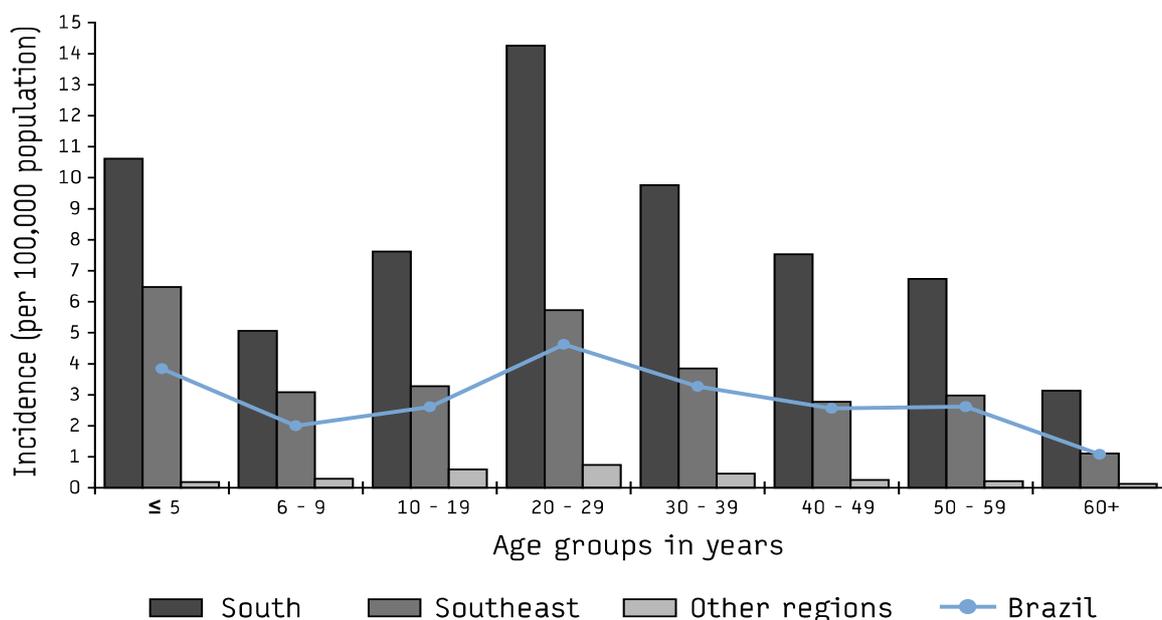


Fonte: Oliveira et al. (2009).

A figura 4 apresenta maior incidência de casos em municípios nas regiões Sul e Sudeste; as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, contribuíram conjuntamente com apenas 6% do total de casos. Os estados com maior número de casos foram: São Paulo (402), Rio Grande do Sul (111), Rio de Janeiro (91), Minas Gerais (90), Santa Catarina (56), Paraná (36), Distrito Federal (31), Espírito Santo (11), Bahia (08) e Mato Grosso (04).

Destacamos o registro de maior incidência da doença nos municípios que fazem fronteira com Argentina, Uruguai e Paraguai, regiões transfronteiriças que apresentam muitos pontos de cruzamento com tráfego intenso e minimamente monitorados (OLIVEIRA et al., 2009, p. 23). Em sua pesquisa, Tatakihara aponta pelo menos dois fatores que contribuíram para a maior incidência da gripe nas regiões Sul e Sudeste: i) dado o início do inverno no hemisfério sul, as baixas temperaturas e a estação chuvosa contribuíram para o compartilhamento do vírus em ambientes fechados; e ii) o aumento das viagens no período das férias escolares (TATAKIHARA, 2011).

Figura 5 - Incidência de casos confirmados por laboratório de pandemia de gripe H1N1 de 2009 no Brasil, com infecção respiratória aguda grave por idade e região geográfica.



Fonte: Oliveira et al. (2009).

Na figura 5 verifica-se que a idade média dos pacientes foi de 26 anos, com a maioria entre 20 e 49 anos, apresentando menor incidência

nos pacientes com mais de 60 anos.

Segundo dados da OMS⁸³, até 19 de fevereiro de 2010, mais de 212 países apresentaram casos confirmados de influenza (H1N1), e 15.921 óbitos. Em comparação com outros países, os padrões de morbidade e de mortalidade da doença foram similares aos observados no Brasil. No país entre 24/04/2009 e 02/01/2010 foram registrados 48.978 casos confirmados com influenza pandêmica A (H1N1) e 2.051 óbitos⁸⁴.

A resposta do Brasil ao quadro de emergência da gripe pandêmica deu início logo após as primeiras notícias internacionais da doença. Rapidamente o Ministério da Saúde divulgou em 24 de abril de 2009, um alerta de emergência para os serviços de saúde e a população, apresentando informações sobre a situação epidemiológica nacional e internacional. No dia seguinte o governo implantou o Gabinete Permanente de Emergência em Saúde Pública, do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), do Ministério da Saúde. O Gabinete realizava reuniões diárias para discutir, monitorar, avaliar a situação epidemiológica nacional e mundial, e adotar as medidas necessárias de prevenção, divulgação de informações e controle mais adequadas para a população brasileira (DOMINGUES; OLIVEIRA, 2010).

O governo brasileiro, prontamente, fez uma revisão e readequação do Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza, publicando no ano seguinte sua mais nova versão. Importante mencionar que as primeiras ações governamentais de vigilância e monitoramento da doença contaram com a participação de vários ministérios e secretarias: Ministério da Saúde⁸⁵, Anvisa, Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Ministério de Relações Exteriores (MRE); Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde foram acionadas para contribuir no processo de monitoramento e detecção de casos suspeitos da gripe (TEMPORÃO, 2009).

⁸³ Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2010_02_19/en/>. Acesso em: 10 jun. 2017.

⁸⁴ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_eletronico_epi_ano04_n01.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

⁸⁵ Ressalta-se que o MS também organizou o fluxo de envio de amostras para os três laboratórios de referência nacional: o Instituto Adolfo Lutz (IAL), o Instituto Evandro Chagas (IEC) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ).

Adicionalmente, o MS organizou e promoveu a rede CIEVS para a notificação e investigação de casos suspeitos de contaminação pela gripe A(H1N1), bem como elaborou um Protocolo de Notificação e Investigação Imediata, com o objetivo de padronizar as medidas para notificação quando da identificação de casos suspeitos e confirmados de infecção humana pela gripe.

Além disso, realizou videoconferências semanais com os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) e da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL); com as Coordenações de Vigilância Epidemiológica das Unidades da Rede CIEVS; com as assessorias de Comunicação Social das Secretarias Estaduais de Saúde, para orientação das ações a serem adotadas (TEMPORÃO, 2009).

Em julho de 2009, o Ministério da Saúde recomendou para que todos os casos suspeitos da gripe A (H1N1) fossem atendidos na rede primária, devendo apenas os casos com risco de complicação ou com doença grave ser encaminhados para os serviços de referência. Resumidamente, segue abaixo as orientações básicas para o atendimento de casos suspeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009):

i-) investigar a história de exposição (viagens internacionais a áreas afetadas e/ou contato com caso suspeito confirmado nos últimos sete dias) entre os pacientes que apresentem sintomas de síndrome gripal ou doença respiratória aguda grave;

ii-) o indivíduo que se enquadre na definição de caso suspeito deve ser encaminhado imediatamente para um ambulatório especializado de referência, seguindo as orientações de transporte de casos;

iii-) utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) conforme normas;

iv-) durante a sua permanência na unidade de saúde, acomodá-lo em ambiente ventilado, evitar o trânsito desnecessário de pessoas no local, garantir a privacidade do indivíduo e orientar para o uso constante de máscara cirúrgica descartável;

v-) como medidas gerais, orientar: evitar tocar olhos, nariz ou boca; não compartilhar alimentos, copos, toalhas e objetos de uso pessoal; lavar as mãos frequentemente com água e sabonete, especialmente depois de tossir ou espirrar; evitar contato próximo com outras pessoas.

vi-) informar à vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o hospital de referência sobre o encaminhamento do paciente.

Quando perguntado ao Diretor de Vigilância Epidemiológica do governo federal, Eduardo Hage, que balanço poderia ser feito, ainda que sumariamente, da gestão da pandemia no Brasil?

As dificuldades no enfrentamento gripe A(H1N1) em 2009 foram as seguintes: o alto grau de incerteza da doença (gravidade, transmissibilidade e tempo de evolução); a inexistência de medidas de controle efetivas durante a fase mais crítica; a necessidade de revisão contínua de protocolos médicos; a produção de oseltamivir e a logística de sua distribuição; a sobrecarga da rede hospitalar e da rede laboratorial; a insuficiência de profissionais e o esgotamento das equipes; e o grande problema de comunicação, que Hage definiu como a “percepção da população, dos meios de comunicação e dos profissionais em relação a uma pandemia”, o que inclui a difusão do número de casos, óbitos e estimativas, as informações sobre o uso do medicamento antiviral e a insuficiente articulação com sociedades científicas.⁸⁶

Segundo Eduardo Hage Carmo, o baixo desempenho nas ações de comunicação compromete toda a resposta de saúde pública, pois “é mais fácil gerenciar a emergência do que o pânico da população”, e acrescenta: “é necessário ampliar o debate com jornalistas e empresários da mídia sobre as tensões e limites entre liberdade e responsabilidade da imprensa em questões de saúde pública”.

Contudo, a mídia nacional lançava suspeitas sobre as informações oficiais gerando temor e medo na população. Um estudo sobre as principais revistas semanais brasileiras durante a pandemia de gripe A(H1N1) traz conclusões que parecem ser atribuíveis ao conjunto dos meios de comunicação do Brasil:

A análise do discurso das revistas *Época*, *Veja* e *IstoÉ* à luz dos conceitos de memória discursiva, interdiscurso e noticiabilidade nos leva a avaliar o peso da palavra epidemia no contexto discursivo, verificando como os sentidos da gripe A(H1N1)

⁸⁶ Eduardo Hage Carmo, Resposta à pandemia de influenza H1N1 (2009), Apresentação, Brasília, 26/11/2010.

foram sendo produzidos com base na memória de outras doenças infecciosas, em especial a da gripe espanhola. Embora as moléstias tenham características distintas, os sentimentos que envolvem cada uma delas (adoecimento, medo, mal, risco e morte) redes partilhadas de memória das patologias em geral (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 312).

A literatura confirma a tendência de comparação entre a gripe espanhola de 1918 e a pandemia de 2009 no Brasil: “as instruções divulgadas para o combate à gripe espanhola eram muito semelhantes aos conselhos médico-governamentais veiculados pelas televisões, rádios, jornais e internet” para tentar impedir a difusão da gripe A(H1N1) em 2009 (BERTUCCI, 2009, p. 230). Algumas nuances nesta possível comparação merecem aprofundamento:

Por associação, novos sentidos vão sendo produzidos com base nos já existentes, através de um processo interdiscursivo, que estabelece pontos de contato com outros campos, em especial o militar. O sentimento de insegurança que emana dos textos sobre doenças tem uma relação estreita com o discurso e o risco de agressão mantido pelas mídias, bem como no meio ambiente no qual a sociedade vive. Esse sentimento é alimentado pelo próprio progresso da segurança e pela vontade do homem de poder controlar o mundo. Conseqüentemente, a explicitação da narrativa que acompanha o risco é capital para aqueles que procuram dominá-lo (Vieillard-Baron). Por esse motivo, as metáforas de guerra são tão pertinentes ao campo jornalístico, possuindo na maioria das vezes uma função ornamental, na avaliação de Gomes. Ou seja, muito mais do que procurar explicar algo, o jornalista emprega metáforas em busca de uma caracterização pitoresca do elemento ao que se está referindo. Assimilando a ideia da autora, o uso de metáforas demonstra uma grande preocupação dos jornalistas com o envolvimento do leitor ao tomar para si expressões de guerra utilizadas há décadas nos discursos da saúde pública. Por fim, cabe destacar que se deve à tendência do jornalismo de tratar com mais

intensidade e assiduidade os assuntos que interessam à própria imprensa (Morais) o fato de as notícias sobre a gripe A(H1N1) terem sido mais alarmantes no início de seu ciclo vital. A constatação de que o vírus não era tão letal quanto se imaginava e a relativa volta à normalidade das populações implicou a queda do interesse da imprensa, indicando o apelo que o descontrole tem não apenas para os media, mas também para a sociedade como um todo (GOMES; FERRAZ, 2012, p. 313).

Logo, não restam dúvidas de que “a mídia claramente desempenha um papel importante na ansiedade do público, e exacerba percepções distorcidas do risco” (CHENG, 2004, p. 94). O desconhecimento da população frente à situação nova e a incapacidade da ciência de dar resposta imediata à primeira pandemia do século XXI, por sua vez, requer um amplo esforço nacional e internacional no sentido de diminuir os riscos e os medos para melhorar o atendimento a pessoas em risco ou infectadas. O risco que se corre é o alastramento do pânico, que pode ser alimentado por informações (ou desinformações) sensacionalistas e pouco sérias.

Entre os efeitos negativos da securitização constatou-se o risco de disseminação do pânico pelos veículos de comunicação, podendo dificultar o combate à epidemia, além de estigmatizar profissionais da saúde e à população nos locais mais atingidos. No caso da gripe A (H1N1) a securitização tem se manifestado de forma singular. Embora a resposta internacional tenha sido coordenada pela OMS, no Brasil a análise da securitização foi dificultada pelos déficits de transparência, falta de informações e prestação de contas que marcam os processos decisórios em situações de emergência.

Uma questão que tem preocupado muitos analistas e autoridades governamentais refere-se à autonomia da direção geral da OMS ao declarar uma ESPII. A organização baseia-se na opinião de um Comitê de Emergências formado por especialistas independentes que são escolhidos por seu campo de competência e de experiência correspondentes à emergência em andamento. O ponto fulcral tem sido a presença constante de alguns especialistas em diferentes comitês da organização defendendo um enfoque benevolente dos conflitos de interesse encorajam estudos específicos a respeito. Por exemplo, no caso da gripe A (H1N1), em abril de 2009, que posteriormente foi reconhecida como uma pandemia, em

junho daquele ano, foram muitas as críticas sobre que a OMS teria superestimado a gripe A (H1N1) para beneficiar a indústria farmacêutica (KENTIKELLENIS et al., 2015).

À guisa de conclusão, no Brasil, a existência de um sistema nacional de vigilância epidemiológica estruturado, com agentes de vigilância nos níveis estadual e municipal, e um programa de vigilância sentinela específico para influenza facilitou o monitoramento da pandemia de gripe no Brasil. O CIEVS e a Rede CIEVS do MS – que desde 2006 estavam organizados em polos estratégicos distribuídos pelo país – contribuíram nas ações de vigilância do evento, que exigiu resposta imediata e coordenada internacionalmente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fim da Guerra Fria constituiu o principal acontecimento, do ponto de vista das relações entre os Estados, a impulsionar o aumento da importância assumida pelos temas sanitários na arena política internacional. Isto deve essencialmente ao contexto das disputas ideológicas entre as duas superpotências, que inibiam, em grande medida, o aprofundamento dos debates das questões de saúde pública no cenário internacional, seja porque as discussões e as negociações se concentravam em temas de segurança, dissuasão nuclear e de desarmamento, seja pela falta espaço e oportunidade dos foros internacionais à participação de outros atores envolvidos com a temática sanitária.

Ressaltamos a importância dos estudos de segurança uma vez que é praticamente impossível compreender a política mundial contemporânea sem fazer menção a ela. Diariamente somos bombardeados pela mídia que em diferentes partes do globo pessoas são assassinadas, torturadas, estupradas, passam fome; sem acesso à educação, saneamento básico, assistência à saúde, vivendo em precárias condições de sobrevivência. Imagens de segurança e insegurança são transmitidas por nossos televisores e internet quase que constantemente, tornando assim o tema de segurança como que intrinsecamente ligado a uma dinâmica de ameaças, riscos, perigos e urgências.

Ao diminuir as tensões e flexibilizar a hierarquia dos temas e agendas dominantes, o fim da Guerra Fria permitiu o surgimento de espaços e oportunidades para a discussão dos temas de saúde pública sem as antigas limitações ideológicas daquele período. Os temas de saúde passaram a ganhar maior notoriedade e desenvoltura e, algumas novas proposições, embasadas em estudos e documentos que vinham sendo elaborados pelo sistema da ONU, por centros de pesquisa, organizações burocráticas nacionais, organizações não-governamentais e organizações internacionais.

As contribuições dos autores da Escola de Copenhague produziram intensos debates e discussões sobre a inclusão de novas ameaças aos estudos de segurança internacional. Os teóricos defendem o argumento de que o enquadramento de um tema à esfera de segurança internacional é resultado de um processo social, dinâmico e complexo, ou seja, trata-se de uma construção social influenciada pela lógica da ação de agentes e estruturas, em consonância com os pressupostos do construtivismo social.

A Escola de Copenhague traz o conceito de securitização, entendido aqui como o processo pelo qual um tema é socialmente construído como um problema de segurança. Por exemplo, muitos temas

considerados *soft law* no período Guerra Fria ganharam maior atenção e preocupação nas agendas de segurança dos Estados. Os eventos de 11 de setembro de 2001, em Nova Iorque, e os subsequentes envios postais de envelopes contaminados com Anthrax, fizeram crescer o temor no mundo em relação ao terrorismo e o bioterrorismo, despertando a comunidade política para as novas ameaças.

A preocupação e as repercussões quanto a origem e a transmissão das doenças infecciosas têm acompanhado a saúde das pessoas praticamente durante toda a história da humanidade. Nas últimas décadas a presença e a rápida disseminação de agentes patogênicos vem configurando um quadro de risco e ameaça para à segurança internacional e à sobrevivência da raça humana. Sendo assim, a principal novidade das propostas consiste na inclusão do componente sanitário às concepções de segurança internacional, que foram reavaliadas e passaram a reconhecer as doenças infecciosas emergentes como fonte de ameaça à segurança internacional e nacional.

À medida que cada vez mais autoridades governamentais alertam sobre os riscos e consequências de pandemias das doenças infecciosas, entendemos que o estudo das relações entre segurança e saúde assumem grande relevância, pois, podem contribuir no processo de planejamento, preparação e implantação de políticas públicas emergenciais para o controle de pandemias de doenças.

Ao considerarmos as doenças infecciosas emergentes como o HIV/AIDS e a Influenza A(H1N1) como fontes de ameaça à segurança internacional e nacional, a presente tese teve como estudo de caso evidenciar o processo de enquadramento da gripe pandêmica A (H1N1) em 2009 no Brasil como um problema de segurança, e como o tema foi securitizado no país. Ressaltamos que esta crise sanitária consolidou a tendência de securitização da resposta internacional às emergências.

O primeiro capítulo ocupou-se em apresentar o modelo conceitual de análise utilizado nesta tese. Sendo assim, na primeira seção problematizamos dois importantes conceitos das ciências sociais, a saber, risco e sociedade de risco, que parecem descrever muito bem o quadro de imprevisibilidade das ameaças e riscos na atual sociedade contemporânea. A segunda seção tem o intuito estabelecer relações entre as noções de risco, saúde e as ciências sociais. As duas últimas seções destinam-se a evidenciar as características de duas importantes concepções teóricas de segurança internacional, a vertente ou tradicional, e a abrangente consubstanciada pela Escola de Copenhague.

O segundo capítulo objetiva apresentar a emergência e evolução dos primeiros acordos sanitários internacionais, o destacado papel da

diplomacia da saúde na institucionalização de Regimes Internacionais e a construção da Governança Global.

O terceiro capítulo destina-se a apresentar o processo de inclusão das doenças infecciosas como tema de segurança internacional, destacando dois exemplos de caso, a securitização do HIV/AIDS no cenário internacional e a securitização da pandemia da gripe A(H1N1) em 2009. Por fim, no quarto capítulo apresentaremos a criação do sistema de vigilância epidemiológica no Brasil, os mecanismos e instrumentos para o controle da gripe pandêmica A (H1N1) 2009 no Brasil.

Ao contrário da securitização do HIV/AIDS que foi recente, o enquadramento da gripe pandêmica como uma ameaça para a segurança nacional e internacional tem sido extenso, estendendo-se ao longo de décadas. Claramente, a pandemia de gripe de 1918 tem sido o marco fundamental neste exercício de enquadramento, mas a fase mais intensiva deste processo começou em meados da década de 1990, e atingiu um pico em torno de 2005. Isso não é sugerir, no entanto, que o processo de enquadramento desta doença como ameaça à segurança foi bem-sucedido. Apesar dos inúmeros exemplos de profissionais médicos na década de 1950, usando terminologia relacionada à segurança para descrever o perigo representado pela gripe, e da emergência de uma consciência aguda do impacto que a doença poderia ter sobre a estabilidade política, econômica e social das sociedades, ambas, quando confrontadas com a ameaça da aniquilação nuclear da Guerra Fria - talvez de forma compreensível – não foram entendidas como um problema de segurança.

À guisa de conclusão, verifica-se que a securitização do HIV/AIDS nos EUA é resultado do entendimento de que a emergência e a disseminação de doenças infecciosas – dentre as quais o Ebola e o Chikungunya estão em destaque no cenário atual – podem trazer sérias consequências para o crescimento econômico e social dos países afetados, tais como declínio econômico, instabilidade política e fragmentação social. No entanto, destacamos que compreender a dinâmica de circulação da Influenza A requer levar em consideração variáveis tais como: as características da cepa, a imunidade da população, as condições climáticas como temperatura e umidade, e também uma série de outros fatores que variam no grau e na escala em que influenciam a transmissão e o adoecimento. No Brasil verificou-se que a ocorrência da doença incidiu de forma diferenciada nas regiões do país, em que pese considerar algumas variáveis para explicar esse contexto como: a faixa etária, a prevalência de comorbidades, a poluição ambiental, os hábitos sociais, o adensamento populacional, a co-sazonalidade de outros agentes infecciosos e os sistemas de saúde das regiões.

Por outro lado, o desconhecimento da população frente à situação nova e a incapacidade da ciência de dar resposta imediata à primeira pandemia do século XXI podem colaborar para dificultar o enfoque isento em mais uma doença infecto contagiosa, a qual, por enquanto, não apresenta mais letalidade que a influenza sazonal. O risco que se corre é o alastramento do pânico, que pode ser alimentado por informações (ou desinformações) sensacionalistas e pouco sérias, e discussões tangenciais que, muitas vezes, esquecem o paciente.

Entendemos que os estudos sobre as relações entre segurança e saúde são relevantes na medida que cada vez mais importantes autoridades, tanto governamentais como da iniciativa privada, alertam sobre os riscos e prováveis impactos de epidemias e pandemias de doenças infecciosas. A aproximação entre saúde e segurança é bem vinda na medida que tais estudos podem servir como importantes instrumentos para a construção de políticas públicas de saúde.

Em conclusão, como em muitas situações graves ou aparentemente graves há efeitos colaterais positivos ou ensinamentos a serem incorporados, e este início da pandemia pelo vírus da influenza H1N1 não é exceção, nota-se o esforço nacional e internacional em diminuir os riscos e os medos e melhorar o cuidado a pessoas em risco ou infectadas.

REFERÊNCIAS

ACKERKNECHT, Erwin H. The Fielding H. Garrison lecture: anticontagionism between 1821-1867. **Bulletin of History of Medicine**, Baltimore, v. 22, p. 562-593, sep. 1948.

ACHARYA, Amitav. Human Security. In: BAYLIS, John; SMITH, Steve; OWENS, Patricia (Org.). **The Globalization of World Politics: an introduction to International Relations**. Oxford, 2008. p. 492-505.

AMELIO, R. et al. Vaccination policies in the military: an insight on influenza. **Vaccine**, v. 20, sup. 5, 2002.

ANDRUS, J. K. et al. Global health security and the International Health Regulations. **BMC Public Health**, v. 10, 2010.

ANVISA. **Regulamento sanitário internacional**. Brasília: Anvisa, 2007.

ARON, Raymond. **Paz e Guerra entre as nações**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

ARREAZA, Antonio L. V.; MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, jul. 2010.

ARRETCHE, M. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, jun., 1999.

_____. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

AYOOB, M. **The Third World Security Predicament**. Sate Making, Regional Conflict, and the International System, Boulder. Co.: Lynne Rienner Publishers, 1995.

BAKER, Michael G.; FIDLER, David P. Global public health surveillance under new International Health Regulations. **Emerging Infectious Diseases**, v. 12, n. 7, 2006.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, **Doença e Cuidado**: complexidade teórica e necessidade histórica. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/pdts/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=13&autor_id=&sub_capitulo_id=15&arquivo=ver_conteudo_2>. Acesso em: 10 maio 2017.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BECK, Ulrich. **Risk Society: Towards a New Modernity**. London: Sage, 1992.

_____. A reinvenção da política. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASCH, S. **Modernização reflexiva. Política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: Editora da Unesp, 1997.

_____. **O que é Globalização? - Equívocos do Globalismo - Respostas à Globalização**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **Liberdade ou Capitalismo. Ulrich Beck conversa com Johannes Willms**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

BECK, U; ZOLO, D. A sociedade global do risco: Um diálogo entre Ulrich Beck e Danilo Zolo. **Prim@ Facie**, v. 1, n. 1, 2002.

BERTUCCI, Liane Maria. “Gripe A, uma nova espanhola’?”. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 3, 2009.

BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de Política**. V. I. 11. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1998.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. **Lei 6.229**, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L6229.htm>>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. **Decreto n. 78.231**, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei n 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização

das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 12 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de Vigilância das Síndromes Febril Íctero-Hemorragicas Agudas**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde: 17 a 21 de março de 1986. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do MS, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Influenza pandêmica (H1N1) 2009 – Análise da situação epidemiológica e da resposta no ano de 2009. **Boletim Eletrônico Epidemiológico**, Brasília, ano 10, n. 1, mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 36, de 22 de dezembro de 2003. Institui o Comitê Técnico para elaboração do plano de preparação para a pandemia de influenza no Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 82, 23 dez. 2003. Seção 1.

BRUNDTLAND, Gro Harlem. Global health and international security. **Global Governance**, v. 9, n. 4, 2003.

BUZAN, Barry. **People, states and fear**. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 1983.

BUZAN, Barry. **People, States and Fear: an Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War Era**. Boulder, Colorado, Lynne Rienner Publishers, 1991.

BUZAN, Barry; WAEVER, Ole; WILDE, Jaap de. **International security: a new structure for analysis**. Boulder: Lynne Reinner Publishers, 1998.

BUZAN, Barry; HANSEN, L. **A evolução dos estudos de segurança internacional**. São Paulo: UNESP, 2012.

CARR, E. H. **Vinte anos de crise: 1919-1939 – uma introdução ao estudo das relações internacionais**. Brasília: UnB, IPRI; São Paulo: 2001.

CARVALHO, Marília Sá; MARZOCCHI, Keyla B.F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, p. 34-57, 1992.

CARVALHO, E. F. et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, 5 (Supl 1), p. 53-62, dez. 2005.

CASTIEL, L. D. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Interim Guidance on Infection Control Measures for 2009 H1N1 Influenza in Health care Settings, Including Protection of Health care Personnel**. Disponível em: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidelines_infection_control.htm>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CEPALUNI, Gabriel; SHIMABUKURO, Alessandro. HIV/Aids na África e os interesses de segurança dos Estados Unidos. **Perspectivas**, São Paulo, v. 29, p. 67-85, 2006.

CEPIK, Marcos. Segurança Nacional e Segurança Humana: Problemas Conceituais e Conseqüências Políticas. **Security and Defense Studies Review**, v. 1, p. 01-19, 2001.

CHENG, Cecilia. To be paranoid is the standard? Panic reponses to SARS outbreak in the Hong Kong Special Administrative Region. **Asian Perspective**, v. 28, n. 1, 2004.

COSTA, E. A. **A vigilância sanitária**: defesa e proteção da saúde. Tese (Doutorado). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária**: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999.

COSTA, Ediná A.; ROZENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DELACY, M. Influenza Research and the Medical Profession in Eighteenth-Century Britain. **Albion: A Quarterly Journal Concerned with British Studies**, v. 25, n. 1, p. 37-66, 1993.

DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick. **Global Health Governance**: a conceptual review. Global health governance discussion paper no.1. Department of Health and Development, World Health Organization. February 2002. Disponível em: <<http://cgch.lshtm.ac.uk/globalhealthgovernance.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

DOMINGUES, Oliveira W. K. Up take of pandemic influenza (H1N1) 2009 vaccines in Brazil, 2010. **Vaccine**, v. 30, n. 32, p. 4744-51, jul. 2012.

DOWBOR, Monica. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, São Paulo, v. 78, p. 185-222, 2009.

DUQUE, M. G. O papel síntese da Escola de Copenhague nos estudos de Segurança Internacional. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 459- 501, set./dez. 2009.

ELBE, S. **HIV/AIDS**: A Human Security Challenge for the 21st Century. 2006.

_____. **Security and Global Health**: Toward the Medicalization of Insecurity. UK: Polity Press, 2010.

ELLIS J. S.; ALVAREZ-AGUERO, A.; GREGORY, V. Influenza AH1N2 viruses. United Kingdom, 2001-02 Influenza Season. **Emerg Infect Dis**, 2003.

FIDLER, D. P. **Public Health and National Security in the Global Age: Infectious Diseases, Bioterrorism, and Realpolitik**. Faculty Publications. Paper 416. 2003a.

_____. SARS: political pathology of the first post-Westphalian pathogen. **Journal of Law, Medicine and Ethics**, v. 31, n. 4, 2003b.

_____. Negotiating Equitable Access to Influenza Vaccines: Global Health Diplomacy and the Controversies Surrounding Avian Influenza H5N1 and Pandemic Influenza H1N1. **PLoS Med**, v. 7, n. 5, 2010.

_____. The Challenges of Global Health Governance. In: COUNCIL ON FOREIGN RELATIONS. **Working Paper**. Maio, 2010. Disponível em: <<http://www.cfr.org/global-governance/challenges-global-health-governance/p22202>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

FIDLER, D.; GOSTIN, L. The New International Health Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health. **Journal of Law Medicine and Ethics**, v. 34, n. 1, 2006.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **The Global Strategy for prevention and control of H5N1 highly pathogenic avian influenza**. Roma: FAO, 2008.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **FAO Regional Strategy for highly pathogenic avian influenza and other emerging infectious diseases of animals in Asia and the Pacific**. Bangkok: Food and Agriculture Organization, 2010.

FORTES, Paulo A. C.; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde Soc.**, vol.23, N.2, São Paulo, Apr./June, p. 366-375, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: FORENSE, 2001.

GARRETT, L. The Next Pandemic? **Foreign Affairs**, v. 84, 4, p. 3-23, 2005a.

_____. **Responding to the threat of global, virulent influenza.**

Written testimony before the United States Senate Committee on Foreign Relations, 9 November, 2005b. Disponível em:

<<http://foreign.senate.gov/imo/media/doc/GarrettTestimony051109.pdf>>

Acesso em: 10 maio 2017.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria A. B. dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas do século XX. **RBCS**, v. 21 n. 61, jun. 2006.

GOMES, Isaltina Maria de Azevedo Mello; FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho. Ameaça e controle da gripe A (H1N1): uma análise discursiva de *Veja*, *Isto É* e *Época*. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 302-313, 2012.

GOSTIN, L. Public health strategies for pandemic influenza: ethics and the law. **JAMA**, v. 295, n. 14, p. 1700-4, 2006.

GRECO, D. B.; TUPINAMBÁS, U; FONSECA, M. Influenza A (H1N1): histórico, estado atual no Brasil e no mundo, perspectivas. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 19, n. 2, 2009.

GRISOTTI, M. Doenças infecciosas emergentes e a emergência das doenças: uma revisão conceitual e novas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, (Supl. 1), p. 1095-1104, 2010.

GRISOTTI, M.; AVILA-PIRES, F.D. The concept of emerging infectious disease revisited. In: Understanding emerging epidemics: social and political approaches. **Advances in Medical Sociology**, Emerald, United Kingdom, v. 11, p. 61-78, 2010.

GRISOTTI, M.; AVILA-PIRES, F.D. Worms, slugs and humans: the medical and popular construction of an emerging infectious disease. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.877-891, 2011.

HAAS, Peter. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. **International organization**, v. 46, n. 1, 1992.

HARDIMAN, M. World Health Organization perspective on implementation of International Health Organization. **Emerging**

Infectious Diseases, v. 18, n. 7, 2012.

HARMAN, S. **Global Health Governance**. London: Routledge, 2012.

HELLER, Hermann. **La Soberania**: contribución a la teoría del derecho estatal y del derecho internacional. México: Fondo de Cultura Económica/La Fundación Escuela Nacional de Jurisprudencia, 1995.

HERZ, John. Idealist internationalism and the security dilemma. **World Politics**, n. 2, 1950.

HERZ, Mônica; HOFFMANN, Andrea Ribeiro. **Organizações Internacionais**: história e práticas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a sociologia no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 32-40, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 fev. 2017.

JORNAL DA CIDADE, 06/05/2009. Disponível em: <<http://jornaldacidade.uol.com.br/>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

JYIN, Jiyong; KARACKATTU, Joe Thomas. Infectious diseases and securitization: WHO's dilemma. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy*. **Practice and Science**, v. 9, n. 2, 2011.

KAMRADT-SCOTT, A.; McINNES, C. The securitisation of pandemic influenza: framing, security and public policy. **Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice**, v. 7, sup. 2, p. 1-29, 2012.

KASZNAR, I. K. Administração de políticas emergenciais de saúde. O caso Argentina e Brasil e a Pandemia da Gripe Suína (H1N1). **RPCA**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 2009.

KECK, Frédéric. Nourrir les virus. La biosécurité dans les fermes et les laboratoires. **Réseaux**, n. 171, 2012.

KENTIKELLENIS, A. et al. The International Monetary Fund and the Ebola out- break. **Lancet Glob Health**, v. 3, p. 69-70, 2015.

KEOHANE, Robert O. **After Hegemony: Cooperation and Discord in the World Political Economy**. Nova Jersey: Princeton University Press, 1984.

KEOHANE, Robert O; NYE, Joseph S. Power and Interdependence in the Information Age. **Foreign Policy**, n. 77, 1998. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/1149673>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

_____. **Power and interdependence**. Nova York: Harper Collins, 2001.

KICKBUSCH, I. **Global health: a definition**. New Haven: Yale, 2002. Disponível em: <<http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/global-health.pdf>>. Acesso em: maio de 2017.

KRASNER, S. R. Causas estruturais e consequências dos Regimes Internacionais: Regimes como variáveis intervenientes. **Rev. Sociol. Política**, Curitiba, v. 20, n. 42, p. 93-110, jun. 2012.

LEBOUEUF, A; BROUGHTON, E. **Securitization of Health and Environmental Issues: Process and Effects**. A research outline. Working Paper. Institut Français des Relations Internationales. Paris, 2008.

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LUCCHESI, Patrícia R. A Vigilância Sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 99-112.

LUCCHESI, G. **Globalização e Regulação Sanitária**. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, R. et al. **Danação da Norma: a Medicina Social e a**

Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MACHADO, José Angelo. Pacto de gestão na Saúde. Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? **RBCS**, Vol. 24, nº 71, outubro/2009.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe**. São Paulo: Círculo do Livro, 1987.

MARTON, G.; WATTS, R. Tampering with the evidence: a critical appraisal of Evidence-Based Policy-Making. **The Drawing Board: An Australian Review of Public Affairs**, v. 3, n. 3, p. 143-163, 2003.

MATTEUCCI, Nicola. Soberania. In: BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de Política**. V. II. 5. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1983.

McINNES, C.; LEE, K. **Global Health and International Relations**. UK: Polity Press, 2012.

_____. Health and Security. **Politik**, v. 8, n. 1, 2005.

_____. Health, security and foreign policy. **Review of International Studies**, v. 32, n. 1, 2006.

McSWEENEY, Bill. Identity and Security: Buzan and the Copenhagen School. **Review of International Studies**, v. 22, n. 1, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Preparação Brasileiro para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Caderno 1, Influenza. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MORAN, Emilio F. **Meio ambiente e ciências sociais: interações homem-ambiente e sustentabilidade**. São Paulo: Senac, 2011.

MORGENTHAU, Hans. **Politics among nations**. New York: Knopf, 1973.

MOUNIER-JACK, S. et al. Progress and shortcomings in European national strategic plans for pandemic influenza. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 12, p. 923-929, 2007.

MUÑOZ CONDE, Francisco. **Derecho Penal: Parte Especial**. 12. ed. Valencia: Tirant lo Blanch, 1999.

NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL. **The Global Infectious Disease Threat and Its Implications for the United States**.

Washington, 2000. Disponível em: <<http://www.fas.org/irp/threat/nie99-17d.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

NYE, Joseph S. **Cooperação e conflito nas relações internacionais: uma leitura essencial para entender as principais questões da política mundial**. São Paulo: Editora Gente, 2009.

OLIVEIRA, W. K. et al. **Pandemic H1N1 Influenza in Brazil:**

Analysis of the first 34,506 notified cases of influenza-like illness with severe acute respiratory infection (SARI). 2009. Disponível em: <<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V14N42/art19362.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

OMS. **Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de gripe: Le rôle de L'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant e pendant une pandémie**. Genebra, 2005.

OWENS, A. et al. Department of Defense Global Laboratory-Based Influenza Surveillance: 1998-2005. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 37, n. 3, p. 235-241, 2009.

PIRES, Fernando A.; PAIVA, Carlos H. A. **Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975- 1988)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PLOTKIN, B. Human rights and other provisions in the revised International Health Regulations (2005). **Journal of the Royal Institute of Public Health**, v. 121, 2007.

PUREZA, José M. Segurança Humana: vinho novo em odres velhos? In: NASSER, Reginaldo (Org.). **Os Conflitos Internacionais em múltiplas dimensões**. São Paulo: Ed. UNESP: Programa San Tiago Dantas de Pós-Graduação, 2009.

REBELO, Fernanda. Entre o Carlo R. e o Orleannais: saúde pública e a profilaxia no relato de dois caos de navios imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1983-1907. **História, Ciências Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jul./set. 2013.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Reunião da Abrasco. **Saúde em Debate**, Londrina, p. 33-38, abr., 1988.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo: Hucitec/UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

ROSENAU, James N. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSENAU, James. N; CZEMPIEL, Ernest-Otto. (Orgs.). **Governança sem Governo: ordem e transformação na política mundial**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

ROTHSCHILD, Emma. 'What is security?'. **Daedalus**, v. 124, n. 3, p. 53-98, 1995.

RUDZIT, Gunther. O debate teórico em segurança internacional: mudanças frente ao terrorismo? **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, jul./dez. 2005.

RUFFINO-NETO, Antônio; SOUZA, Ana M. de A. F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 35-51, dez. 1999.

SETA, Marismary H. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007.

SIDDIQI, JAVED. **World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System**. Columbia: University of South Carolina Press, 1995.

SILVA, Felipe R. B. **Governança de novas dimensões de Segurança Internacional: doenças infecciosas emergentes**. Dissertação. Brasília: UNB, 2014.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

SJÖSTEDT, R. Health Issues and Securitization: The Construction of HIV/AIDS as a US National Security Threat. In: BALZACS, Thierry (Ed.). **Securitization Theory: How Security Problems Emerge and Dissolve**. Routledge, New York, 2011.

SLOAN, C.; MOORE, M. L.; HARTERT, T. Impact of pollution, climate, and sociodemographic factors on spatiotemporal dynamics of seasonal respiratory viruses. **Clin Transl Sci**, v. 4, p. 48-54, 2011.

SOARES, Guido F. S. O direito sanitário e seus temas: apresentação de sua incômoda vizinhança. **Revista de Direito Sanitário**, v. 1, n. 1, nov. 2000.

SOUZA SANTOS, B. **Um Discurso sobre as Ciências**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J. P. Os contornos do risco na modernidade reflexiva: Considerações a partir da psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v. 12, p. 156-174, 2001.

TANNO, Grace. A Contribuição da Escola de Copenhague aos Estudos de Segurança Internacional. **Revista Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 01, p. 47-80, 2003.

TATAKIHARA, L. T. **Análise epidemiológica dos atendimentos da Influenza A (H1N1) em Hospital de Ensino do norte do Paraná**. 2011. 69 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista) –

Curso de Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2011.

TEIXEIRA, P.; VITÓRIA, M.; BARCAROLO, J. The Brazilian experience in proving universal access to anti-retroviral therapy. In: **Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges**. Paris: ANRS, 2003.

TEMPORÃO, José G. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18, n. 3, p. 201-204, set. 2009.

THE WHITE HOUSE. **National Science & Technology Council**. PRESIDENTIAL DECISION DIRECTIVE NSTC-7. 12 jun. 1996. Disponível em: <<http://fas.org/irp/offdocs/pdd/>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

TOMÉ, L. Segurança e Complexo de segurança: conceitos operacionais. **JANUS-NET e-journal of International Relations**, n. 1, out. 2010.

TUCKER, Jonathan B. Updating the International Health Regulations. **Biosecurity and bioterrorism: biodefense, strategy, practice and science**, v. 3, n. 4, 2005.

UNITED STATES DEPARTMENT OF STATE. **The Global AIDS Disaster**: Implication for the 1990s. Washington, 1992. Disponível em: <<http://www-tc.pbs.org/wgbh/pages/frontline/aids/docs/statedept.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

UNTFHS. UNITED NATIONS TRUST FUND FOR HUMAN SECURITY. **Human Security in Theory and Practice**: An overview of the Human Security concept and the United Nations Trust Fund for Human Security. 2009. Disponível em: <<http://www.humansecurity-chs.org/>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

UOL. **México adota medidas drásticas para controlar gripe suína**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/bbc/2009/04/26/ult36u46545.jhtm>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

VALLAT, Bernard. **A World United Against Infectious Diseases: Cross-Sectoral Solutions**. 2013. Disponível em: <http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Media_Center/docs/pdf/Key_Documents/Speech_BV_PMAC_V2_Final_1_.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

VENTURA, D. **Direito e saúde Global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1)**. São Paulo, Outras Expressões; Dobra Editorial, 2013. V Conferência Nacional de Saúde, 1975. **Relatório Final**. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. **A política externa brasileira: a busca da autonomia, de Sarney a Lula**. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

VILLA, Rafael A. D. A securitização, o overlapping das guerras às drogas e ao terror na agenda de segurança dos Estados Unidos: caso Colômbia. In: Nasser (Org.). **Os conflitos internacionais em múltiplas dimensões**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

WÆVER, Ole et al. **Identity, Migration and the New Security Order in Europe**. Londres, Pinter, 1993.

WALTZ, Kenneth. **Theory of International Politics**. Reading: Addison-Wesley, 1979.

WEINDLING, Paul. The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40. **Hist. cienc. Saúde**, Manguinhos, v. 13, n. 3, p. 555-570, 2006.

WILLIAMS, M. C. Words, images, enemies: securitization and international politics. **International Studies Quarterly**, v. 47, n. 4, p. 511-531, 2003.

WILLIAMS, Paul D. **Security Studies: an Introduction**. Routledge, 2008.

WILSON, K. et al. Strategies for implementing the new International Health Regulations in federal countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, 2008.

WILSON, K. et al. The New International Health Regulations and the Federalism Dilemma. **Plos Medicine**, v. 3, n. 1, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) - multicountry outbreak - Update 16**. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/2003_04_01/en/>. Acesso em: 05 maio 2017.

_____. **WHO SARS Risk Assessment and Preparedness Framework**. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/CDS_CSR_ARO_2004_2.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. **Avian influenza: assessing the pandemic threat**. Geneva: WHO, 2005.

_____. **Global pandemic influenza action plan to increase vaccine supply**. Geneva: WHO, 2006.

_____. **World Health Report 2007: A safer future: global public health security in the 21st century**. Geneva: WHO, 2007.

_____. **World Health Report 2009: A safer future: global public health security in the 21st century**. Geneva: WHO, 2009.

_____. **Protocol for Assessing National Surveillance and Response Capacities for the International Health Regulations (2005)**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007/en/>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. **Cholera - The Global Task Force on Cholera Control**. 2014a. Disponível em: <<http://www.who.int/cholera/introduction/en/>>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. **The WTO Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS Agreement)**. 2014b. Disponível em: <http://www.wto.org/english/tratop_e/sps_e/spsagr_e.htm>. Acesso em: 10 maio 2017.

YOUDE, Jeremy. Mediating Risk through the International Health Regulations and Bio-political Surveillance. **Political Studies**, v. 59, 2011.

YOUDE, Jeremy. **Global Health Governance**. Massachusetts: Polity Press, 2012.

YOUNG, Oran R. A Eficácia das Instituições Internacionais: Alguns Casos Difíceis e Algumas Variáveis Críticas. In: ROSENAU, J.; CZEMPIEL, E. (Orgs.). **Governança sem Governo: Ordem e Transformação na Política Mundial**. Brasília, UnB, 2000. p. 219-261.

ZARPELON, Janiffer T. G. Governança na área da saúde e a influência do medo: estudo sobre a OMS e a AIDS. **Revista Unicuritiba**, v. 1, n. 15, 2012. Disponível em:
<<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/view/362>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. Risco, incerteza e governança global em relação a AIDS. **Revista UniCuritiba**, v. 2, n. 14, 2011. Disponível em:
<<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RIMA/article/view/201>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

_____. **Brasil como doador emergente do Sul na área da saúde: a cooperação técnica internacional no governo Lula (2013-2010)**. Novas Edições Acadêmicas: Portugal, 2016.

ZHANG, Ying et al. Did Advances in Global Surveillance and Notification Systems Make a Difference in the 2009 H1N1 Pandemic? - a retrospective analysis. **PlosOne**, v. 8, n. 4, 2013.

ZIMMER, S. M.; BURKE, D. S. Historical perspective: emergence of Influenza A (H1N1) viruses. **New England Journal of Medicine**, n. 361, v. 3, 2009. p. 279-85.