

TIAGO MOCELLIN PITTAS

**A RESPOSTA DO GOVERNO BRASILEIRO À EPIDEMIA DO  
VÍRUS ZIKA: SEGURANÇA EM SAÚDE E POLÍTICA  
EXTERNA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Relações Internacionais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Clarissa Franzoi Dri

Florianópolis  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pittas, Tiago Mocellin  
A resposta do governo brasileiro à epidemia do  
vírus Zika : segurança em saúde e política externa /  
Tiago Mocellin Pittas ; orientadora, Clarissa  
Franzoi Dri, 2018.  
184 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de  
Pós-Graduação em Relações Internacionais,  
Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Relações Internacionais. 2. Zika. 3. Segurança  
em Saúde. 4. Política Externa Brasileira. I. Franzoi  
Dri, Clarissa. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Relações  
Internacionais. III. Título.

TIAGO MOCELLIN PITTAS

**A RESPOSTA DO GOVERNO BRASILEIRO À EPIDEMIA DO  
VÍRUS ZIKA: SEGURANÇA EM SAÚDE E POLÍTICA  
EXTERNA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Relações Internacionais e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais.

Florianópolis, 05 de março de 2018.

---

Prof. Dr. Helton Ricardo Ouriques

Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Relações  
Internacionais/UFSC  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Clarissa Franzoi Dri  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Daniel Ricardo Castelan  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marcia Grisotti  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Deisy de Freitas Lima Ventura  
Universidade de São Paulo (videoconferência)

## AGRADECIMENTOS

À Edite Maria Mocellin, Cristiane Janson Ferreira e família e ao Snow por todo carinho, compreensão e ajuda dos mais diversos modos nesse período.

A todos amigos e colegas que fiz na UFSC, pela companhia e apoio.  
À minha orientadora, Clarissa Franzoi Dri, por tudo que vem me ensinando há vários anos.

Ao professor Márcio Roberto Voigt pela experiência do estágio docência e tudo que aprendi nesse período.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da UFSC (PPGRI) e à professora Marcia Grisotti do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política (PPGSP) pelos ensinamentos e disposição.

A todos que tive oportunidade de conviver por longo período especialmente no Oirã e, mais recentemente, também no ECOS.  
Àqueles que eu possa ter esquecido de citar, deixo também meus agradecimentos pelo auxílio em tornar possível este momento.



## RESUMO

Registrado pela primeira vez na década de 1940, o vírus Zika recebeu pouca atenção até os últimos anos. Ultimamente, porém, mutações de genótipo passaram a trazer mais riscos aos humanos, conforme observado em surtos em ilhas do Pacífico a partir de 2007 e, mais recentemente, no Brasil, de onde o vírus se espalhou ainda mais e onde foram descobertas doenças associadas como a Síndrome Congênita do Zika. Como reflexo da importância que o tema alcançou, justamente em função das doenças associadas, passou a ser uma das principais pautas sanitárias globais. Em nível nacional foi destacada pelo governo nacional como Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN); em nível internacional, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Com base nisso, o presente trabalho tem como objetivo principal descrever em que medida o governo brasileiro respondeu à crise do vírus Zika utilizando-se de medidas de securitização. A pergunta de pesquisa, por sua vez, resume-se em: como podem ser caracterizadas as respostas nacional e internacional do governo brasileiro à epidemia do vírus Zika? Para embasar o trabalho, os marcos teóricos utilizados foram da segurança em saúde e da política externa brasileira. A metodologia consistiu em estudo de caso, conforme proposto por Yin (2003). Recorreu-se, sobretudo, a documentos divulgados pelo governo brasileiro e à análise deles. A partir da análise da documentação, tendo como base os marcos teóricos apontados, observa-se acima de tudo uma securitização pragmática, que visa a obtenção de recursos.

**Palavras-chave:** Zika. Segurança em Saúde. Política Externa Brasileira.





## ABSTRACT

First registered in the 1940s, Zika virus was not well noticed until the last few years. Recently, though, genotype mutations have brought greater risks to humans, as observed in outbreaks in Pacific islands since 2007 and, more recently, in Brazil, where the virus has spread further and was discovered associated diseases, such as Zika Congenital Syndrome. As a reflex of the importance that the theme has reached due to the associated diseases, it became one of the main global health subjects. At the national level, it was highlighted by Brazilian government as Public Health Emergency of National Importance and in the international level by the World Health Organization as Public Health Emergency of International Concern. Based on this, the main objective of this thesis is to describe to what extent the Brazilian government responded to the Zika virus crisis using securitization measures. The research question is summarized in: how can the national and international responses of the Brazilian government to the Zika virus epidemic be characterized? The theoretical frameworks used were health security and Brazilian foreign policy. The methodology consisted of a case study, as proposed by Yin (2003). It was used, above all, documents released by the Brazilian government. These documents were analyzed using the theoretical frameworks mentioned, in order to answer the research question and reach the objectives. Based on this, can be said that a securitization process was done in a pragmatic way, aiming for resources.

**Key-words:** Zika. Health Security. Brazilian Foreign Policy.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional .....	60
Figura 2 - Estrutura da Estratégia de Resposta.....	117
Figura 3 - Fóruns envolvidos na resposta.....	118
Figura 4 - Fontes de financiamento internacionais (não exaustivo) .....	120



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Perspectivas teóricas em Segurança em Saúde .....	44
Quadro 2- Argumentos favoráveis e contrários à securitização das questões de saúde .....	54



## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Classificação de postagens do MRE por título .....	140
Gráfico 2 - Número de postagens por mês .....	140





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação  
AISA – Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde  
AMS – Assembleia Mundial da Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância em Saúde  
BLH – Banco de Leite Humano  
BPC – Benefício de Prestação Continuada  
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial  
CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*  
CENAD – Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres da Secretaria Nacional de Defesa Civil  
CIA – *Central Intelligence Agency*  
CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde  
COES – Centro de Operações de Emergência em Saúde  
COI – Comitê Olímpico Internacional  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa  
CRAS – Centros de Referência de Assistência Social  
CSNU – Conselho de Segurança das Nações Unidas  
ESP II – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional  
ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional  
EUA – Estados Unidos da América  
FDA – *Food and Drug Administration (EUA)*  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FUNASA – Fundação Nacional da Saúde  
GOARN – Global Outbreak Alert & Response Network  
H5N1 – Gripe Aviária  
IEC – Instituto Evandro Chagas  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
ISAGS – Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde  
LDN – Liga das Nações  
MCTI – Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social  
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul  
MRE – Ministério das Relações Exteriores  
MS – Ministério da Saúde  
NIH – *National Institute of Health*  
OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa  
PEB – Política Externa Brasileira  
PECS/CPLP – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da  
Comunidade dos Países de Língua Portuguesa  
PN-DST/AIDS – Programa Nacional de Doenças Sexualmente  
Transmitidas e Aids  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PT – Partido dos Trabalhadores  
RENEZIKA – Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças  
Correlatas  
RSI – Regulamento Sanitário Internacional  
SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave  
SNCC – Sala Nacional de Coordenação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde  
TC 41 – Termo de Cooperação nº 41  
TRIPS – Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual  
Relacionados ao Comércio  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UNAIDS – A *United Nations Programme on HIV/AIDS*  
UNASUL – União de Nações Sul-Americanas  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>1. O DEBATE TEÓRICO DA SEGURANÇA EM SAÚDE, SUAS CONSEQUÊNCIAS PRÁTICAS E A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA</b> .....	29
1.1. Segurança em Saúde: processo histórico e natureza política .....	30
1.1.1. <i>Debata teórico envolto no(s) conceito(s) de Segurança em Saúde</i> .....	36
1.1.2. <i>Argumentos favoráveis e contrários à securitização na saúde</i> ....	45
1.1.3. <i>O Regulamento Sanitário Internacional de 2005</i> .....	55
1.2. Política Externa Brasileira no setor da saúde: abordagem interministerial.....	62
1.2.1. <i>Principais parceiros e projetos da PEB em saúde</i> .....	73
1.2.2. <i>A reação da política externa brasileira à segurança em saúde</i> ...76	
1.3. Considerações Parciais.....	80
<b>2. CONTEXTOS E CONDICIONANTES DA RESPOSTA BRASILEIRA: DILEMAS SOCIOPOLÍTICOS, VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO E OPAS E OMS</b> .....	83
2.1. Epidemiologia e dilemas sociopolíticos: a identificação dos determinantes em saúde .....	84
2.2. O papel dos meios comunicação e a receptividade do discurso securitizador pelo público .....	91
2.3. A OPAS, a OMS e as recomendações do RSI referentes à epidemia de Zika no Brasil.....	94
2.4. Considerações Parciais.....	108
<b>3. A RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DA ZIKA E SECURITIZAÇÃO: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ITAMARATY E SUAS AGENDAS</b> .....	109
3.1. Aspectos metodológicos referentes à análise de documentos .....	109
3.2. A resposta do governo brasileiro: o papel e as agendas do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores .....	114
3.3.1. <i>A atuação do Ministério da Saúde: instrumentalização da securitização e busca por recursos</i> .....	116
3.3.2. <i>O Ministério das Relações Exteriores, a Zika e o zelo pela imagem do país</i> .....	138
3.4. Considerações Parciais.....	144
<b>CONCLUSÃO</b> .....	146
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	154

<b>ANEXO A</b> – Plano de Cooperação em Saúde Brasil – Estados Unidos .....	174
<b>ANEXO B</b> – Carta de Intenções em Saúde e Ciências Médicas entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e a Universidade do Texas Medical Branch .....	178
<b>ANEXO C</b> – Carta de Intenção entre a Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, República Federativa do Brasil e os Centros para Controle e Prevenção de Doenças, Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos da América para Cooperação em Saúde Pública e Vigilância em Saúde .....	181
<b>ANEXO D</b> – Carta de Intenções entre os institutos nacionais de saúde Departamento de Saúde e Serviços Humanitários dos Estados Unidos da América e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação da República Federativa do Brasil, e o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil .....	183

## INTRODUÇÃO

Registrado pela primeira vez na década de 1940, o vírus Zika recebeu pouca atenção até os últimos anos. Isso porque apenas recentemente mutações de genótipo passaram a trazer mais riscos aos humanos, conforme observado em surtos em ilhas do Pacífico a partir de 2007 e, mais recentemente, no Brasil, de onde o vírus se espalhou ainda mais e onde foi descoberta a relação com outras moléstias, como a Síndrome Congênita do Zika, cuja microcefalia é o sintoma que mais trouxe atenção (NUNES; PIMENTA, 2016). Como reflexo da importância que o tema alcançou, justamente em função das doenças associadas, passou a ser uma das principais pautas sanitárias internacionais, inclusive com o status dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o que vigorou entre fevereiro e novembro de 2016.

Em paralelo a esse quadro, surgem debates sobre a melhor forma de resposta à epidemia. Dentro da segurança em saúde, observam-se distintos benefícios e prejuízos potenciais da securitização, caracterizando este como um processo político. Entre as vantagens estariam principalmente o ganho de recursos e de atenção, enquanto as desvantagens remetem à menor transparência e possível estigma às populações afetadas, por exemplo.

Vale destacar que a securitização em saúde global ganhou força por questões como os ataques terroristas de 2001 nos Estados Unidos (EUA), risco de bioterrorismo, entre outras (MACLEAN, 2008). Consequentemente, são os países desenvolvidos os que preferem essa agenda, enquanto muitos dos em desenvolvimento, como o Brasil, tendem a privilegiar uma agenda que enfatize os determinantes em saúde, por terem diferentes condicionantes estruturais (RUSHTON, 2011).

Um exemplo de securitização recente remete ao Ebola. A partir do momento em que a doença foi vista pelas lentes da segurança, com especial preocupação pelas potências ocidentais, apenas um óbito e alguns poucos casos de notificação em Estados Unidos, Espanha, Itália e Reino Unido serviram como base para maior repercussão do que os quase 30 mil casos suspeitos e mais de 11 mil mortes confirmadas à OMS (HORTON; DAS, 2015; VENTURA, 2016). Destaca-se, entre os efeitos, a disseminação do pânico nos meios de comunicação e o

estigma com relação a migrantes e refugiados vindos de países acometidos pela doença, a exposição da necessidade de reforma da governança em saúde, entre outros (GOSTIN; FRIEDMAN, 2015; HORTON; DAS, 2015; VENTURA, 2016).

Nesse quadro, o poder da OMS de destacar uma doença como emergência internacional é relevante, mesmo que a organização venha perdendo espaço tanto em função da emergência de novos atores em saúde como também por outras organizações de outros setores estarem tomando parte da sua agenda (HANRIEDER; KREUDER-SONNEN, 2014). Assim, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) – em que se instituem os comitês de doenças vistas como emergências – tem um papel importante, inclusive no caso do vírus Zika. Esse instrumento conta com uma variedade de medidas sugeridas que tendem a guiar políticas públicas no cenário internacional.

Isto posto, observa-se a importância da análise da resposta do governo brasileiro. No cerne da epidemia e tendo sido palco dos jogos Olímpicos (que foi motivo de polêmica justamente pela Zika), a conduta brasileira merece considerações. Dessa forma, observar os atores envolvidos no processo, as medidas adotadas (e até que ponto foram ou não securitizadas) e o diálogo com instituições internacionais como a OMS demonstram ser fundamentais.

O Zika vírus foi identificado, então, pela primeira vez no Brasil em 2015. Alguns meses depois, sua associação com a microcefalia e outras síndromes neurológicas é comprovada. Em novembro de 2015 o governo brasileiro decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e em fevereiro de 2016 a Organização Mundial da Saúde segue o mesmo caminho ao declarar Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, status que vigorou até novembro do mesmo ano.

Por isso, é patente a relevância do tema tanto em termos de uma epidemia nacional como também em nível global. O que começou como uma doença desconhecida que atingia principalmente o Nordeste brasileiro logo se espalhou e mostrou ter relação com outras mais alarmantes. Por conseguinte, chamou atenção não somente do governo nacional, como também de especialistas, organizações governamentais e não governamentais do mundo todo.

Dado que o tema é bastante recente também constata-se que o conhecimento científico dista do suficiente (WATSS; BOSELEY, 2016). Sendo assim, a comunidade acadêmica deve continuar em busca de produções nas mais diversas áreas, inclusive nas ciências sociais.

Alguns estudos referentes a questões de gênero e a respostas de organismos regionais latino-americanos, entre outros, já vêm sendo realizados. A dissertação com foco na resposta brasileira à epidemia é, então, uma lacuna a ser preenchida, especialmente em referência à atuação com a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço regional da OMS.

Além dessas considerações, outra contribuição deve ser feita no campo teórico. Por se tratar de um dos principais Estados do Sul atuantes em saúde global, as medidas adotadas pelo Brasil possuem poder de influência sobre as demais, ainda mais quando a epidemia tem seu cerne no país. A epidemia ocorre em um momento em que debates acerca da segurança em saúde são bastante relevantes. Por isso, considerar a atuação brasileira tem ainda mais destaque. Como um *player* importante no cenário da saúde global, é notória a compreensão da atuação do país na questão.

Já no quadro da política externa a contribuição deve ser dada em torno do relacionamento entre os diversos atores da diplomacia em saúde brasileira. Destacam-se as atuações do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério das Relações Exteriores (MRE). Será possível, portanto, analisar de forma preliminar como ocorre a horizontalização da política externa nessa questão, possibilitando a contribuição dentro dessa área.

A partir desses fatores, a pergunta de pesquisa que orienta o trabalho remete aos marcos teóricos da segurança em saúde e da política externa brasileira (PEB), levando em consideração elementos domésticos, como o histórico de atuação do país, e externos, como a OPAS/OMS e o RSI. Sendo assim, chega-se à seguinte questão: como podem ser caracterizadas as respostas nacional e internacional do governo brasileiro à epidemia do vírus Zika? Ela será respondida com base nos objetivos propostos, elencados a seguir, considerando diversos fatores, como diferentes abordagens em saúde, relação entre segurança e saúde, a política externa brasileira no setor (com seus atores e agendas), entre outros.

Dessa forma, o objetivo geral do trabalho é o de descrever em que medida o governo brasileiro respondeu à crise do vírus Zika utilizando-se de medidas de securitização. Busca-se, portanto, caracterizar a resposta governamental por meio do marco teórico selecionado, especialmente da segurança em saúde. Para atingi-lo, devem ser observados sobretudo os atos de fala e se impingem alguma percepção de risco.

Os objetivos específicos estão divididos em cinco pontos fundamentais. O primeiro é o de avaliar a política externa brasileira em saúde, o que permitirá compreender o contexto doméstico da atuação e selecionar atores e agendas. O segundo, identificar os atores governamentais envolvidos na resposta à epidemia do Zika vírus e as suas agendas, de suma importância para alcançar o objetivo geral e responder à pergunta de pesquisa. O terceiro, analisar como o governo brasileiro se articulou com a Organização Mundial da Saúde no que se refere ao tema, uma vez que esta representa o contexto externo junto com seu braço regional, a OPAS. Quarto, identificar a emergência do vírus Zika como preocupação em saúde pública nos níveis nacional e global. Por fim, verificar em que medida as questões de segurança vem se vinculando à saúde, sendo que estes dois últimos remetem ao marco teórico.

Com base no marco teórico discutido, é possível a elaboração de uma hipótese que auxilie na resposta da pergunta de pesquisa indicada. Por conseguinte, ela é resumida na assertiva de que a partir do histórico brasileiro na saúde global e da sua posição como país em desenvolvimento, na resposta à epidemia do vírus Zika o Brasil não priorizou uma via securitária. Isso porque, como será visto durante a dissertação, o país possui uma postura na política externa em saúde que preza pelos direitos humanos e de certa criticidade em relação ao léxico da segurança em saúde, juntamente com outros países do Sul.

Para atingir os objetivos propostos no presente projeto, torna-se necessário o uso de diferentes tipos de fonte. Serão avaliados artigos, livros e dissertações ou teses científicas de um modo geral, documentos oficiais de órgãos governamentais e não-governamentais e de instituições internacionais.

A revisão da literatura e o capítulo referente ao marco teórico foram pesquisados a partir de buscas em sites como o Portal de Periódicos da CAPES, o Scielo, entre outros, além de incluir pesquisas em bibliotecas, como a Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Isso possibilita alcançar partes consideráveis de todos os objetivos, sobretudo os que dizem respeito à avaliação da PEB em saúde e à vinculação entre segurança e saúde. Vale ressaltar que como o tema da Zika está em voga há pouco tempo (identificado no Brasil em março de 2015) e produções acadêmicas continuam sendo divulgadas, atualizar-se com constância torna-se importante.

Os documentos oficiais que foram utilizados são principalmente os encontrados em sites do governo, de instituições públicas e de



organizações internacionais, que disponibilizam *online*. Foi necessária igualmente a solicitação de alguns pela Lei de Acesso à Informação. Exemplos são os sites do Ministério da Saúde (em especial suas seções para a Zika<sup>1</sup>), da Assessoria de Assuntos Internacionais da Saúde (AISA), do Ministério das Relações Exteriores, da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, entre outros. Tendo em vista a procura pela identificação dos atores governamentais envolvidos na resposta à epidemia e suas agendas e também como o governo brasileiro se articulou com a Organização Mundial da Saúde no que se refere ao tema, estas fontes primárias são indispensáveis. É possível acessar os documentos produzidos e disponíveis em sites do governo brasileiro, da OMS (em especial do comitê do RSI criado para a questão da Zika<sup>2</sup>), entre outros, em que constam as medidas recomendadas e adotadas, os planos a serem seguidos, os informes epidemiológicos e algumas indicações de políticas públicas. Sendo assim, também contribui para o objetivo da identificação da epidemia como preocupação em saúde pública nos níveis nacional e global. Entre os documentos mais relevantes que trazem pistas à pergunta de pesquisa estão a Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o Combate ao Mosquito Transmissor, os informes e boletins epidemiológicos e demais publicações do MS, em especial da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Em relação à OMS, há cinco reuniões do comitê de emergência do RSI sobre a Zika, além dos materiais da OPAS que contam com documentos a respeito de missões de auxílio a países, alertas e atualizações epidemiológicas, reportes técnicos e diretrizes, estratégia e mobilização de recursos, entre outros.

Em suma, as contribuições desses diferentes tipos de fontes possibilitam um entendimento teórico dos fatos levados a cabo. Assim, a partir de um enquadramento analítico, foi viabilizada a construção de uma compreensão acerca do problema em estudo. Ou seja, a descrição da resposta brasileira à epidemia de Zika, realizada a partir de documentos primários dos atores fundamentais domésticos e internacionais envolvidos, foi possível a partir do enquadramento

---

<sup>1</sup>São exemplos: [combateaedes.saude.gov.br](http://combateaedes.saude.gov.br),  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/zika>,  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-zika>,  
entre outros.

<sup>2</sup> Site disponível em: [www.who.int/ihr/emergency-committee-zika/en/](http://www.who.int/ihr/emergency-committee-zika/en/)

oferecido pelas ferramentas proporcionadas por estudos sobre securitização em saúde global e análise de política externa.

Destaca-se que, ao investigar documentos, alguns pontos são fundamentais. O documento, como produto que é, deve ser analisado como parte de um contexto, em que formam os agentes que o criaram e os receptores, ambos com sua parcela de influência (PRIOR, 2003). Questões conceituais e técnicas devem ser levantadas e os registros devem ser analisados sob o ponto de vista das teorias elencadas, as quais permitirão a criação de categorias e demonstrarão quais assuntos devem ser observados (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 8-10).

Para a análise de conteúdo deve haver uma seleção criteriosa, procurando assegurar a credibilidade e a representatividade do que será avaliado. Tudo deve ser relatado através de um olhar crítico, através da interpretação, da síntese das informações e da determinação de tendências. Especialmente no caso da pesquisa qualitativa, como este estudo, algumas técnicas podem ser seguidas, detalhadas no terceiro capítulo (PRIOR, 2003, p. 113; FAIRCLOUGH, 2004, p. 6).

Este trabalho executa uma estratégia de estudos de caso. Em relação ao escopo, Yin (2003) afirma que um estudo de caso é uma investigação empírica e que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2003, p. 33). O mesmo autor complementa estabelecendo que esta é uma estratégia de pesquisa abrangente que pode ou não ser generalizável. Entre suas aplicações estão explicações, descrições, ilustrações, explorações e meta-avaliações (YIN, 2003). Isto posto, entende-se que os objetivos desta pesquisa e o tema estão compreendidos dentro da estratégia de estudos de caso de Yin (2003).

Acredita-se que, a partir da coleta desse material e da sua interpretação a partir da pesquisa qualitativa, foi possível a cumprir os objetivos de pesquisa expostos, de modo a responder adequadamente à pergunta de pesquisa. A utilização de fontes primárias, especialmente pelos agentes brasileiros, proporcionou entendimento referente às intenções das ações e do que foi colocado como estratégia. Essas questões foram analisadas à luz da segurança em saúde e da análise de política externa.

Com base nisso, destaca-se que esta caracteriza-se por ser uma pesquisa exploratória, que visa buscar uma visão geral sobre o fato, tendo como parâmetros elementos relacionados às Relações Internacionais. A utilização de componentes teóricos relacionados à

segurança internacional e à política externa, a presença de dilemas sociopolíticos e a apresentação da vinculação de organismos internacionais demonstram isto.

Dessa forma, a dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro deles é teórico. Nele, são apresentadas a segurança em saúde e a política externa brasileira. Na primeira parte, consta um subcapítulo a respeito da segurança em saúde. Ali é feito um debate teórico, os principais argumentos favoráveis e contrários à securitização são expostos e apresenta-se o RSI. Esses elementos proporcionarão uma compreensão adequada dos documentos investigados no capítulo três. O restante do capítulo foca na política externa brasileira na área da saúde, com especial atenção aos atores e como podem atuar na política externa, na diplomacia em saúde do país e em uma introdução da atuação brasileira em segurança em saúde.

O segundo capítulo explora o contexto da resposta brasileira e traz novos elementos para a análise. Dilemas sociais, políticos e econômicos são elencados e relacionados à Zika. Da mesma forma, a posição da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Emergencial do Regulamento Sanitário Internacional são discutidos. Esses fatores contextuais influenciam a resposta brasileira como pressão para tomadas de diferentes rumos nas políticas adotadas. Em relação aos dilemas, sua própria existência pressiona para que sejam levados em consideração e não silenciados. A OPAS/OMS e o RSI, por seu turno, representam um instrumento externo, que recomendam certos tipos de política e possuem elementos de poder para alcançá-lo – por exemplo, a ameaça de declarar que não é segura a realização dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos.

O terceiro e último capítulo é o que traz a principal contribuição do trabalho. Ele inicia com considerações metodológicas acerca dos documentos e como analisá-los. Em seguida, parte-se de fato para a investigação da resposta brasileira. A resposta do Ministério da Saúde e suas diferentes agências são analisadas, do mesmo modo que do Ministério das Relações Exteriores.



## **1. O DEBATE TEÓRICO DA SEGURANÇA EM SAÚDE, SUAS CONSEQUÊNCIAS PRÁTICAS E A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA**

Uma das maneiras possíveis de analisar o caso do vírus Zika e a resposta brasileira é através dos marcos teóricos da segurança em saúde e da política externa. Nesse sentido, a elaboração do primeiro capítulo surge para suprir essas lacunas.

Através da compreensão da segurança em saúde, bem como tudo que ela envolve, é possível ter ideia dos interesses e agendas de diferentes tipos de atores. A seção apresenta o tema de uma forma geral, de diferenças entre as várias concepções utilizadas, dos principais argumentos favoráveis e contrários à securitização da saúde e termina com a apresentação do Regulamento Sanitário Internacional reformado em 2005.

Com isso, será demonstrado como a segurança em saúde é vista atualmente. Os diferentes modos de compreendê-la refletem nas diferentes formas da sua utilização. Por isso, o entendimento do aspecto teórico é importante ferramenta no momento da investigação a respeito da prática. Diferentes concepções pressupõem a existência de interesses e ações distintos.

No caso brasileiro, uma ideia do comportamento do país pode ser obtida por meio da apreciação da política externa brasileira em saúde, especialmente no período referente tanto ao final da Guerra Fria quanto à redemocratização em diante. Foram elaboradas seções relativas à apresentação da PEB no setor, seus principais casos e parceiros e como o Brasil tende a se adaptar e reagir ao conceito de segurança e suas condicionantes (como o imposto pelo RSI).

Nesse capítulo, em síntese, será desenvolvido o marco teórico que irá basear o restante do estudo. Busca-se tanto avaliar a política externa brasileira em saúde quanto verificar em que medida as questões de segurança vem se vinculando às sanitárias. A pesquisa será fundada sobretudo em fontes acadêmicas, mas também em documentos de organizações domésticas e internacionais (como a OMS) quando necessário.

## 1.1. Segurança em Saúde: processo histórico e natureza política

A segurança em saúde existe a partir de um processo histórico na construção das compreensões e práticas que hoje são vistas. Isso ocorre graças à natureza, ao impacto e ao potencial político dessa área.

Embora atualmente a conexão entre saúde e segurança esteja mais forte do que nunca (NUNES, 2014, p. 60), existe um contexto histórico por trás dessa relação (MACLEAN, 2008, p. 478). Segundo Kamradt-Scott (2014), a diplomacia tem servido como ferramenta para lidar com esses assuntos, que datam inclusive desde antes do Tratado de Westphalia<sup>3</sup>.

No entanto, foi a partir do século XIX, mais especificamente 1851, com a instituição da primeira Conferência Sanitária Internacional, sediada em Paris, que a saúde ganha peso na agenda das relações internacionais na era moderna, com o início das tentativas de desenvolver mecanismos de governança<sup>4</sup> (FIDLER, 2001; MACLEAN, 2008, p. 478). Entre 1851 e 1944, ocorreram 14 conferências, sendo a maioria predominantemente entre nações europeias (KAMRADT-SCOTT, 2014, p. 191). Por mais que seus resultados imediatos não tenham sido muito proveitosos (FIDLER, 2001, p. 846), elas deram frutos a formas de governança atuais, como a fundação da precursora da Organização Pan-Americana da Saúde, por exemplo (CLIFT, 2013, p. 15). Fidler (2001, p. 846) resume o período de 1851 a 1951 em quatro características principais: a tendência da saúde de se tornar cada vez mais global em função do comércio internacional; a necessidade de cooperação entre os Estados através do direito internacional; o envolvimento de atores não-estatais; e resultados mistos obtidos.

Durante esse período, a principal preocupação eram as doenças infecciosas, mas havia espaço para outros temas como ópio, álcool, segurança do trabalho e poluição transfronteiriça (FIDLER, 2001, p. 843-5). O contexto era de mudanças econômicas e sociais resultantes da revolução industrial, associado ao crescimento acelerado das grandes

---

<sup>3</sup> Neste trabalho, porém, serão expostos apenas os eventos que impactam mais diretamente na relação entre segurança e saúde atualmente.

<sup>4</sup> Nesse período, contudo, vale ressaltar que as motivações são primordialmente comerciais, uma vez que doenças infecciosas afetavam no comércio e a prática de quarentena trazia custos que prejudicavam os comerciantes e as economias dos países. Como consequência, há a busca por padrões comuns, especialmente em relação a cólera, praga e febre amarela (FIDLER, 2001).

idades, especialmente em áreas pobres, e ao avanço da tecnologia, em particular no setor de transportes (CLIFT, 2013, p. 14).

Vale ressaltar o papel de atores que desde já iam além dos estatais. Empresas, por exemplo, eram afetadas por conta das medidas de quarentena, o que resultava em pressão destas sobre os governos nacionais na busca de padrões comuns sanitários. Além disso, organizações não-governamentais, como a Fundação Rockefeller, também começavam a surgir, auxiliando no combate de doenças infecciosas e outros problemas de saúde pública (FIDLER, 2001, p. 845; PALMER, 2015). Nesse momento já é observado algum nível de interlocução entre as áreas da saúde e da diplomacia, uma vez que cada país poderia inclusive ser representado por um membro de cada área nas conferências (CLIFT, 2013, p. 14).

No período posterior à Primeira Guerra Mundial, no âmbito da Liga das Nações (LDN), surge uma organização com pretensões globais (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 64). Apesar de voltar-se essencialmente a doenças transmissíveis, especialmente para as que se alastraram após a guerra, ela tenta também expandir as preocupações de saúde pública (CLIFT, 2013, p. 16). Destaque maior, no entanto, é dado à criação da OMS, em 1948, dentro do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU). Nesse momento é reafirmado o ideal da cooperação internacional, sendo o principal foco da organização o controle das doenças infecciosas (MACLEAN, 2008, p. 479). A ligação da nova organização com a segurança é evidenciada em seu preâmbulo, o qual afirma que "a saúde de todos os povos é fundamental para a realização da paz e da segurança e depende da plena cooperação de indivíduos e Estados"<sup>5</sup> (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2006, p. 1, tradução nossa). Ou seja, coloca a saúde dos povos como um mecanismo importante na busca da paz e segurança dos Estados, pressupondo que deve haver cooperação, o que demonstra uma visão de saúde que transcende as fronteiras estatais.

A OMS consolidou-se como elemento chave dos esforços internacionais no período posterior à Segunda Guerra Mundial, especialmente no combate a epidemias ou pandemias de doenças infecciosas, uma vez que se entendia que representavam alto risco aos esforços de reconstrução dos locais abalados por conflitos (MACLEAN,

---

<sup>5</sup> No original: "the health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States" (WHO, 2006, p. 1).

2008, 479; KAMRADT-SCOTT, 2014, p. 192). Com o passar do tempo e a escalada da Guerra Fria, os temas de *hard power* (isto é, basicamente de capacidades materiais, principalmente militares) dominaram quase completamente a agenda da segurança e cada vez menos doenças transmissíveis eram vistas como ameaças às grandes potências, que logravam êxito no controle dessas moléstias ao desenvolver estruturas e mecanismos como antibióticos e vacinas (KAMRADT-SCOTT, 2014, p. 193; MACLEAN, 2008, p. 480).

Segundo Kamradt-Scott (2014, p. 193), na década de 1980, com o advento do HIV/AIDS, a ligação entre saúde e segurança volta a ganhar importância. Isso porque o vírus mostrou-se capaz de atingir todo tipo de países, inclusive os desenvolvidos, e porque com o arrefecimento das hostilidades da Guerra Fria ampliaram-se os temas da agenda internacional. Além disso, outros atores além da OMS passaram a ganhar cada vez mais espaço (KAMRADT-SCOTT, 2014, p. 193). A esses fatores podem ser acrescentados o reconhecimento de ameaças de outras doenças infecciosas emergentes e reemergentes, preocupações acerca da proliferação de armas biológicas<sup>6</sup> e medo cada vez maior sobre o uso dessas armas por terroristas<sup>7</sup> (FIDLER, 2003, p. 792). Em relação à Organização Mundial da Saúde, o processo de reformulação do Regulamento Sanitário Internacional iniciado na década de 1990 demonstra a aceitação da aproximação dos dois setores.

Historicamente, pois, as doenças transmissíveis são a principal preocupação quando há ligação com o setor de política externa. Atualmente, no entanto, outra fonte de ameaças percebidas é a do bioterrorismo. Ainda que mais formas de ameaças sejam constatadas, estas duas são normalmente consideradas as principais, conforme observado. Isto pode ser visto a partir de uma apreciação histórica, uma vez que o primeiro destes temas já faz parte do debate das primeiras conferências sanitárias internacionais, realizadas essencialmente pelas

---

<sup>6</sup> O fato do Iraque ter utilizado armas químicas na década de 1980 e à época possuir um programa de armas biológicas demonstra a possibilidade de utilização.

<sup>7</sup> O colapso da União Soviética gerou receios relacionados ao futuro que o seu arsenal militar teria – inclusive com o temor de existência de armas químicas e biológicas. Da mesma forma, os ataques terroristas nos Estados Unidos em 2001 com o uso de Antraz serviram como catalisadores para maior aceitação da acepção do bioterrorismo como uma preocupação de segurança nacional (FIDLER, 2003, p. 796).



potências europeias. Quanto ao segundo, ele surge de elementos que se manifestam com a queda da União Soviética.

Em relação ao desenvolvimento da área de segurança internacional, no clássico livro *Security: A New Framework for Analysis*, Buzan, Wæver e de Wilde (1998) vão ao encontro de uma perspectiva mais abrangente ao perceber que desde o final da Guerra Fria a visão tradicional de segurança, bastante estatocêntrica e preocupada quase que exclusivamente com perigos militares, começa a perder adeptos para uma visão mais ampla (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 3). Os autores também argumentam que, numa abordagem que seja multisetorial, outros objetos de referência além do Estado devem ser considerados (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 8).

Buzan, Wæver e de Wilde (1998) entendem, portanto, que a definição de segurança deve ser alargada horizontalmente (para além do setor militar) e verticalmente (tendo outros atores além do Estado como objeto referente). É importante compreender que o assunto torna-se um tema de segurança não por necessariamente existir como tal, senão por ser apresentado dessa forma<sup>8</sup>. Segundo os autores, a segurança lida com a sobrevivência e, através dessa credencial, justifica o uso de meios que vão além das regras habituais do jogo político para lidar com seus problemas (BUZAN, WÆVER E DE WILDE, 1998, p. 21). Também por esse motivo, assuntos tratados dentro da esfera da segurança são vistos como mais importantes que os outros (BUZAN, WÆVER E DE WILDE, 1998, p. 24).

Seguindo essa mesma linha, a securitização, então, constitui uma versão mais extremada de politização. A politização ocorre quando o tema é tratado dentro das regras do jogo político convencional. Já a securitização é um processo fundamentado num movimento capaz de alterar as regras tradicionais. Isso porque, ao tratar o problema como ameaça existencial, legitima a utilização de medidas emergenciais e a utilização de meios extraordinários (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 24).

Sendo assim, um assunto pode variar dentro de um espectro que varia desde não-politizado à securitizado como dois extremos, tendo em conta que a categoria de politizado estaria no centro. Diferentes temas podem estar nesses diferentes níveis (não-politizado, politizado e

---

<sup>8</sup> No caso da saúde, a securitização é normalmente apresentada como uma resposta óbvia aos perigos que vem de fora (NUNES, 2014, p. 60).

securitizado) em distintos Estados durante diferentes períodos de tempo (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 24). Isso quer dizer, por exemplo, que um tema de saúde pode estar em processo de securitização em um país ao mesmo tempo em que está dentro da política convencional em outro; ou que, num mesmo local, pode estar politizado em algum momento e em outro securitizado.

Ademais, só há securitização caso a audiência receba dessa forma – caso contrário, haveria apenas um movimento de securitização, como uma tentativa, e não uma securitização de sucesso (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 25). Isto significa que uma securitização de sucesso envolve três componentes: ameaças existenciais, ações emergenciais e efeitos nas relações internas pela quebra de procedimentos convencionais, colocando o tema acima da política convencional (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 26). Todos são necessários para que ela ocorra.

Para o estudo da segurança, Buzan, Wæver e De Wilde (1998) apontam que os atos de fala devem ser analisados. Não é obrigatória a utilização da palavra “segurança” para significar que determinado assunto foi securitizado. O que é importante é o contexto em que algo é designado como ameaça existencial e quais medidas emergenciais são necessárias para enfrentá-lo, bem como a aceitação da audiência que recebe essa informação (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 27). Segundo os autores, os argumentos dos atores que buscam a securitização são sempre hipotéticos e sobre o futuro: o que vai acontecer se não for tomada a ação securitizadora e o que irá ocorrer se for tomada (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 32).

Os envolvidos, aliás, podem ser classificados entre atores securitizadores (quem exerce o discurso securitizador, normalmente vinculados a governos) e atores funcionais (que de alguma forma influenciam as decisões), enquanto aquilo que está sendo visto como ameaçado e que possui uma voz legítima por sobrevivência seria o objeto referente – que podem ser indivíduos, coletividades ou até o sistema como um todo (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 36). Para saber a qual dos três níveis corresponde ao objeto referente no tema em questão, é necessário, novamente, o estudo dos discursos (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 39).

Outro ponto que chama atenção é o caráter político da securitização. Esse processo não ocorre por cunho técnico nem pela natureza temática, mas sim como uma escolha e um resultado político (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 18/29). Nessa linha, Nunes

(2014) procura explorar três dimensões da segurança em saúde: sua natureza política, seu impacto político e seu potencial político.

Em relação ao primeiro, o autor expõe que a segurança em saúde não é um estado natural da vida. É, em vez disso, um processo envolvendo interação, negociação e luta política através do qual a doença é definida como um problema (NUNES, 2014, p. 61). Em virtude da colocação desse discurso, o que ocorre é que determinadas medidas, como as emergenciais que alteram as regras do jogo político, como dito por Buzan, Wæver e de Wilde (1998), são vistas como necessárias. De forma subsequente, a insegurança legítima o surgimento de mecanismos baseados na ameaça potencial de emergências, não apenas na ameaça real. Essas condições surgem como possíveis e muitas vezes são consideradas até naturais (embora, como está sendo visto, não são mais que algo construído intersubjetivamente), resultando em formas dominantes de lidar com surtos que se baseiam no medo (NUNES, 2014, p. 63). Isto posto, e tendo em consideração o processo histórico do relacionamento entre saúde e segurança, observa-se que há processos políticos construídos historicamente que usam da linguagem da ameaça existencial para lidar com temas sanitários. Dessa forma, não é algo naturalmente dado, senão construído.

Sobre o segundo fator, Nunes (2014, p. 64) afirma que o impacto político da saúde é aumentado quando apresentado como um tema de segurança. Novamente, vai ao encontro do que foi exposto de Buzan, Wæver e de Wilde (1998), já que estes demonstram que um tema securitizado está numa dimensão diferente (ou extremada) da política e é capaz de alterar as regras do jogo. Esta dimensão pode justificar algumas medidas específicas que vão além do nível da tomada de decisão (NUNES, 2014, p. 64). O autor exemplifica com a medicina colonial. A partir do imaginário de ameaça existencial, havia medo acerca do “corpo nativo”, o que legitimou e incentivou a transformação na vida da colônia, fazendo com que ideias e práticas da segurança em saúde tornassem parte intrínseca das regras da vida colonial (NUNES, 2014, p. 66). Isso demonstra que o impacto das ideias e práticas da saúde possuem efeitos políticos que vão além da simples alocação de recursos ou priorização política (estes últimos argumentos que buscam justificar a securitização em saúde, como será visto adiante).

O potencial político, por fim, diz respeito ao fato de que se o que foi feito até o presente é resultado de ideias e práticas socialmente construídas, então pode ser feito de outra forma. Para isso, os atores precisariam começar a pensar e agir diferente em relação ao que creem

que a segurança em saúde significa e o que pode ser alcançado a partir dela (NUNES, 2014, p. 67). De maneira complementar, há ainda, como será visto adiante, autores que possuem visões variadas acerca do que é esse processo de securitização, indo de céticos até otimistas. Isso demonstra que esse processo político, baseado em ideias e práticas, pode ter diferentes resultados de acordo com o entendimento que o ator securitizador possui e do que espera. Em vista disso, está aberto para contestação e mudança, sem uma lógica predeterminada.

O que fica evidente, em suma, é que a diplomacia e a segurança, pelo lado da política externa, e a saúde, por outro, possuem aproximações que são históricas. No caso da segurança, de modo geral, e da segurança em saúde, em específico, percebe-se que há um envolvimento de tomadas de decisões que envolvem o jogo político, a partir da sua natureza, potencial e impacto. Isso possibilita que diferentes atores apresentem diferentes agendas, interesses e concepções. Por conseguinte, diferentes ferramentas e soluções são colocadas à mesa.

Nas seções seguintes isso será ampliado e discutido, uma vez que o resultado é a existência de diferentes entendimentos acerca da segurança em saúde. Inicialmente serão demonstradas as diferentes formas de compreensão acerca do relacionamento entre segurança e saúde. Em seguida, os principais argumentos, sejam favoráveis ou contrários, serão expostos. Por fim, o Regulamento Sanitário Internacional, importante mecanismo da OMS, será apresentado.

### **1.1.1. Debate teórico envolto no(s) conceito(s) de Segurança em Saúde**

A relação entre segurança e saúde, como visto anteriormente, não é nova. No entanto, classicamente essa interação foi vista de uma maneira mais tradicional e estreita dentro dos estudos de segurança internacional. Isto é, no modo como as doenças afetam as capacidades e operações militares e os impactos dos conflitos na saúde (MCINNES, 2014, p. 7).

Com o findar da Guerra Fria e as transformações disso decorrentes, contudo, as tentativas de apresentação dos problemas sanitários como ameaças existenciais ganharam espaço (MCINNES, 2014, p. 7). Isso ocorreu na academia, em instituições governamentais e não-governamentais e em todo tipo de atores (FIDLER, 2003, p. 787).

Por conseguinte, diferentes explicações para os mesmos fenômenos passaram a ser elaboradas, com entendimentos diversos que refletem diferentes critérios baseados em interesses e agendas distintos (MCINNES, 2014, p. 7). Com uma gama de autores com diferentes definições e classificações, algumas delas, as principais, serão expostas de forma resumida.

McInnes (2014) aborda quatro classificações: segurança nacional e internacional; segurança em saúde pública global; segurança humana; e, por fim, biossegurança. Fidler (2003), por seu turno, também faz quatro categorizações, das quais duas são acréscimos às anteriores: segurança comum e segurança ecológica. Outra perspectiva complementar, embora não seja propriamente restrita à segurança, é a dos estudos críticos em saúde global.

Inicia-se aqui por uma das tradicionais, a segurança nacional. Esta é classificada normalmente de uma maneira estreita, estatocêntrica, principalmente preocupada com ameaças convencionais (como guerras) e pautada por capacidades materiais. Normalmente ligada às correntes realistas das Relações Internacionais, observa o sistema internacional como anárquico em que a autoajuda prevalece. A sobrevivência, por conseguinte, é o principal objetivo do Estado e por isso estaria justificada a importância da segurança ao protegê-lo de ameaças externas (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 4). Ela é mais próxima dos países desenvolvidos, já que na maior parte dos casos é o comportamento destes que se procura explicar (FIDLER, 2003, p. 820). É fundamentalmente o medo que leva profissionais da saúde a aderirem a esta visão<sup>9</sup> (MCINNES, 2014, p. 8).

O interesse inicial da segurança nacional na saúde é basicamente o de assegurar a boa condição física de suas tropas militares para que sua capacidade operacional não seja afetada (MCINNES, 2014, p. 8). O foco tradicional no poder militar, no entanto, tem se enfraquecido. Isso possibilita a esta matriz teórica lidar com novos temas. Entram em análise, então, maiores diversidades de riscos. Alguns temas que dominam a agenda desta fluente são doenças graves com potencial epidêmico, HIV/AIDS<sup>10</sup> e bioterrorismo<sup>11</sup>. Ainda assim,

---

<sup>9</sup> Uma explicação possível é que isso se justifica pela ameaça potencial que as doenças representam, como explica Nunes (2014).

<sup>10</sup> Tanto as doenças citadas quanto o HIV/AIDS possuem o potencial direto de enfraquecer as capacidades materiais, principalmente econômicas. Além disso, as capacidades de saúde também podem ser incorporadas à perspectiva da *realpolitik*. Dessa forma possuem a possibilidade de enfraquecer a estrutura do

as ações centrais são focadas nos Estados e priorizam a estabilidade do sistema e os interesses nacionais (MCINNES, 2014, p. 8). Como exemplos podem ser citados os pronunciamentos da *Central Intelligence Agency* (CIA) dos Estados Unidos a respeito dos riscos postos pelas doenças transmissíveis e as ações do Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU) em relação ao HIV/AIDS nas missões de paz, já que ambas priorizaram os interesses estatais tanto em relação à estabilidade quanto à proteção de cidadãos ou soldados (MCINNES, 2014, p. 8).

McInnes (2014, p. 9) avalia que os argumentos que dão sustentação à esta abordagem são problemáticos por alguns motivos. Entre eles estão a questionabilidade da existência da relação causal entre um efeito adverso em saúde e a estabilidade do sistema internacional, a falta de evidências empíricas e a ausência de um critério para determinar as ameaças, dificultando a diferenciação delas em imaginárias e reais. Este último argumento teria por consequência a possibilidade de priorizar temas que trazem sensação de risco (especialmente em países desenvolvidos) em vez de normas concretas baseadas em índices como os de morbimortalidade (MCINNES, 2014, p. 10). Esta perspectiva se aproxima da explicação de Nunes (2014) acerca da utilização de ferramentas baseadas no medo. Coupland (2007, p. 181) serve como complemento ao relatar que há um potencial conflito político entre os valores centrais da segurança do Estado e dos indivíduos.

Outro conceito é o de segurança em saúde pública global. Este termo é associado à Organização Mundial da Saúde e seu interesse é em como riscos de saúde pública se tornaram globalizados<sup>12</sup>. Embora este seja o foco principal, ainda há preocupações explícitas a respeito de outros impactos, como na economia e no turismo, por exemplo (WHO, 2007, p. 1). As atividades são colocadas tanto como pró-ativas quanto reativas. Oito principais temas são definidos pela organização: doenças emergentes; estabilidade econômica; crises internacionais e emergências

---

Estado e, com isso, fazê-lo perder poder. O potencial indireto das doenças, entretanto, normalmente não é considerado por essa matriz teórica (FIDLER, 2003, p. 820).

<sup>11</sup> Em relação ao bioterrorismo, a visão é de que seria mais atrativo aos países com menos capacidade de poder, numa tentativa de igualar ou ir além da superioridade militar dos países centrais. Embora estes normalmente sejam atores não-estatais, os realistas tendem a vê-los como ferramentas das nações (FIDLER, 2003, p. 816-7).

<sup>12</sup> Para sintetizar o que significa o termo, a OMS lançou em 2007 o documento *World Health Report*.

humanitárias; ameaças químicas, radioativas e biológicas por terrorismo; mudança ambiental; HIV/AIDS; construção da segurança em saúde; e fortalecimento de sistemas de saúde (WHO, 2007, p. IX). A perspectiva aqui é de preocupação prioritariamente com a saúde pública, em vez do Estado, como na acepção da *realpolitik* (MCINNES, 2014, p. 11).

Ao analisar esta formulação como uma chamada à ação, McInnes (2014, p. 11) afirma que o uso do termo “segurança” não é tanto uma ferramenta analítica nesse caso, senão uma prática estratégica ou pragmática. Sua utilização seria para adicionar um senso de importância e urgência à questão, não com intuito de descrever uma condição. Por conseguinte, o autor acredita que há utilização da palavra segurança como um artefato para promover a saúde e não a real intenção de utilizá-la como um objetivo.

A segurança humana, por seu turno, surge com outro órgão ligado à ONU. Em 1994, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) desenvolveu o termo de maneira bastante ampla. O objeto referente aqui é o indivíduo, diferentemente das definições anteriores que focavam ou no Estado ou nas populações. Por se tratar de uma definição alargada, a saúde é apenas uma das preocupações, visto que a organização considera diversos elementos capazes de afetar os direitos humanos como ameaça<sup>13</sup>. Há forte busca por livrar as pessoas de formas de opressão. Uma característica marcante deste conceito é que muitas vezes ele é considerado não como um substituto ou concorrente das outras definições expostas, mas como um complemento ou uma expansão em razão de que seria necessário um Estado estável como pré-requisito para a segurança individual (MCINNES, 2014, p. 12).

Nem todos os temas de saúde são ligados à segurança humana e, na medida em que esta tem como pontos chave *freedom from want* e *freedom from fear*<sup>14</sup>, como principais interesses aparecem: a relação entre saúde e pobreza; como crises sanitárias afetam a confiança no Estado e a ordem social; a influência de crises em movimentos

---

<sup>13</sup> Nessa abordagem entende-se a segurança a partir de uma visão de que só é possível alcaçá-la de forma interdependente entre diferentes áreas (DE OLIVEIRA, 2011, p. 77).

<sup>14</sup> *Freedom from want* seria contra ameaças crônicas, como a fome, doenças e repressão; já *freedom from fear*, seria a proteção contra alterações nocivas aos padrões de vida cotidianos, como guerras e genocídios (DE OLIVEIRA, 2011, p. 18).

migratórios; e, por fim, o risco às tropas militares (MCINNES, 2014, p. 13). As principais críticas são a de demasiada amplitude tornar o conceito vago, a incapacidade de fazer do conceito dominante, a falta de imposição frente ao poder estatal e a dificuldade de se impor uma relação causal, uma vez que as causas de insegurança (pobreza, boas falta de condições de saúde, entre outros) também podem ser os efeitos (MCINNES, 2014, p. 13; Fidler, 2003, p. 829). Pelo seu caráter de justiça social e proteção dos direitos humanos e pela inclusão de atores não-estatais, essa perspectiva foi a que mais deu mais espaço para a inclusão da saúde pública na agenda da segurança desde a sua criação (FIDLER, 2003, p. 811). Além disso, o PNUD destaca que as ameaças sanitárias são maiores em áreas de pobreza, dando ênfase a questões de desenvolvimento (DE OLIVEIRA, 2011, p.75).

No tocante à noção de biossegurança, McInnes (2014, p. 13) constata que ela é utilizada tanto para cobrir toda e qualquer gama de acontecimentos relacionados a armas biológicas quanto a riscos mais gerais de saúde pública. Isso gera confusão à terminologia. Um dos usos mais comuns, contudo, é o da liberação deliberada ou acidental de patógenos fora do ambiente do laboratório. Ao notar este último caso, o autor atenta para o fato de que é um dos melhores exemplos da potencialidade de interseção e complementaridade dos campos da segurança e da saúde e também que demonstra que a definição de segurança em saúde pode ser mais estreita (MCINNES, 2014, p. 14).

Kelle (2007), por sua vez, ao estudar a governança nos regimes de proibição de armas biológicas, identifica que os movimentos securitizadores levaram a um fortalecimento do Estado como provedor da saúde pública internacional. Com relação ao objeto referente, no entanto, o autor avalia que houve uma expansão na preocupação. Se antes eram essencialmente os militares vistos como risco, isso foi alargado para a população de maneira geral (KELLE, 2007, p. 218).

A segurança comum, observada por Fidler (2003), tem como base teórica o liberalismo nas Relações Internacionais. Os focos são o indivíduo (embora reconheça a importância do Estado), a democracia e a interdependência<sup>15</sup>. O objetivo da segurança é que ela esteja presente

---

<sup>15</sup> A crença na validade da interdependência e da cooperação como essenciais para o bom funcionamento do sistema internacional faz com que Fidler (2003) também se refira a esta concepção como segurança internacional. Com isso, diferencia esta da realista, a qual o autor chama de *realpolitik*, mas que também pode ser entendida, neste contexto, como segurança nacional. As duas seriam diferentes ao passo que a liberal (internacional) pressupõe a cooperação como



na cooperação entre os países para o benefício dos cidadãos. Esta perspectiva rejeita, pois, a ênfase excessiva sobre o Estado e entende que o realismo não é capaz de explicar todas as ameaças existentes, principalmente as que começam a entrar na agenda a partir do fim da década de 1980. Desconsidera, ademais, o conceito de autoajuda e acredita na importância da cooperação. A segurança teria um caráter multidimensional, abrangendo várias áreas, como a econômica<sup>16</sup>, militar, ambiental, crime internacional, entre outras (FIDLER, 2003, p. 805). Neste sentido, é próxima à anteriormente descrita segurança humana, criada pelo PNUD.

Do ponto de vista da saúde pública, Fidler (2003, p. 807) coloca que esta perspectiva que abriu portas para a discussão da saúde como um problema de segurança. Por este ângulo, a principal preocupação é relacionada ao potencial epidêmico e pandêmico de doenças infecciosas, especialmente sobre a qualidade de vida dos indivíduos (FIDLER, 2003, p. 805). Esta perspectiva ainda tem como ponto forte em relação ao realismo o potencial de incorporar novos atores, como os terroristas, as organizações não-governamentais (ONG), entre outros não-estatais (FIDLER, 2003, p. 825).

Já na segurança ecológica, há como foco básico ameaças biológicas e ambientais. O seu objetivo geral diz respeito à uma espécie de segurança epidemiológica, em que haveria equilíbrio sustentável entre meio ambiente, patógenos e populações humanas (FIDLER, 2003, p. 801). Essa perspectiva é mais ampla até mesmo do que a segurança humana, uma vez que observa inclusive níveis acima e abaixo da população de humana (FIDLER, 2003, p. 813). Não é o Estado nem os indivíduos que são vistos como possíveis objetos de referência. É, em vez disso, o meio ambiente. Como consequência, inverte a lógica do realismo ao tratar as doenças transmissíveis como ameaça mais importante do que o bioterrorismo (FIDLER, 2003, p. 831).

A abordagem dos estudos críticos em saúde global, por fim, embora não seja propriamente voltada à questão da segurança, e sim mais ampla, abrange também essa temática. Entendendo a saúde global como uma dimensão política, os autores dessa corrente tendem a

---

mecanismo imprescindível enquanto a realista (nacional) aborda a predominância da autoajuda no sistema internacional.

<sup>16</sup> Um dos maiores temas ligados a essa abordagem parece ser em como as doenças, como epidemias, por exemplo, possuem o potencial de prejudicar o comércio e a economia dos países (FIDLER, 2003, p. 827).

posicionar-se de forma contrária ao que consideram ser a narrativa subjacente à ideia de saúde global – de um mundo com ameaças comuns e cooperação crescente, unido contra o contágio. A natureza política da questão refuta essas ideias de experiência comum e convergência, através da identificação de interesses, agendas, conflitos e poder (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 23-4; HARPER; PARKER, 2014).

Com raiz na antropologia, uma de suas características é a preferência metodológica pela etnografia. O foco é no indivíduo, com suas particularidades e resultados produzidos a partir das medidas em saúde global. Segundo Biehl e Petryna (2014, p. 14), “pessoas são seres plurais e não redutíveis a populações, e realidades locais ainda muito estruturam, constroem e orientam intervenções, sejam elas verticais ou diagonais”<sup>17</sup>.

Essa perspectiva busca tratar dos determinantes em saúde, indo além do foco sanitário. Iniciativas de saúde que não considerem os possíveis resultados políticos, econômicos e sociais, bem como as especificidades de cada local, são vistas de forma negativa. O foco limitado na tríade entrega de tecnologias, conformidade do paciente e ciência básica da doença é entendido como insuficiente. Afirma-se que há um superdimensionamento da comunidade de saúde global em fatores de risco individuais e desatenção com os criados por leis, políticas e práticas de caráter diverso, desde industriais até de violência e falta de acesso à justiça, que tornam as pessoas vulneráveis. Em suma, necessita-se de uma abordagem integrada entre múltiplos determinantes em saúde em que diversas disciplinas devem estar incluídas (BIEHL; PETRYNA, 2014; NUNES; PIMENTA, 2016, p. 27). Uma perspectiva crítica abrange os processos sociais, culturais e políticos, os efeitos dos termos considerados necessários para controle da doença, o estudo das zonas negligenciadas e atenção às experiências diversas individuais de saúde e doença (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 22)

Afirma-se também que o ambiente da saúde global, alterado em função da diversidade de atores, interesses e novas formas de resposta institucional, produz múltiplas e fragmentadas intervenções. Nesse cenário, os interesses dos doadores tendem a predominar sob os dos recipientes. Seria o caso de programas verticais orientados a doenças específicas às custas do setor público. Como consequência, haveria a

---

<sup>17</sup> No original: “people are plural beings and not reducible to populations, and local realities still very much frame, constrain, and orient interventions, be they vertical or diagonal” (BIEHL; PETRYNA, 2014, p. 14).

perpetuação do entendimento estreito de saúde anteriormente citado que oferece apenas controle temporário sobre questões específicas da doença. O foco, no entanto, deveria ser nos resultados obtidos pelos pacientes em vez do sucesso dos programas (BIEHL; PETRYNA, 2014. p. 7-9; HARPER; PARKER, 2014).

O quadro 1 resume as características principais das abordagens elencadas. Identifica-se uma multiplicidade de objetos referentes, a variar conforme a conceituação. No caso do realismo e da biossegurança, há o Estado como predominante, embora a amplitude desta última possibilita ter casos que fujam à regra. Ela incorpora o impacto de atores que vão além do Estado nacional, como terroristas ou até mesmo indivíduos. A amplitude é estreita, contudo, porque via de regra, assim como o realismo, tende a não colocar tanta ênfase na capacidade de agência destes atores. No entanto, dado que não há uma definição e um uso claro da biossegurança, isto segue aberto e pode variar conforme o autor. Essas duas abordagens possuem, portanto, o escopo mais estreito, ligadas normalmente a questões de *hard power*.

No meio termo, a concepção adotada pela OMS e a segurança comum têm seu núcleo vinculado às populações, uma vez que não vão ao nível individual e tampouco se restringem ao nível estatal. Ambas advogam em favor da cooperação como promotora do desenvolvimento sanitário nos Estados para melhora da saúde de todas as populações. Há semelhanças entre as duas também pelo destaque a inclusão de novos temas e atores.

Destaca-se, no entanto, que, apesar de irem além do escopo realista, não chegam à amplitude da segurança humana, da ecológica e dos estudos críticos em saúde global. Isso porque apesar de expandir a agenda e os atores, ainda se prendem, por exemplo, majoritariamente em temas tradicionais, sem um enfoque tão grande em aspectos como os determinantes sociais como seria no caso de outras abordagens. Essas três últimas têm como principais características serem as mais amplas, o que reflete também nos objetos referentes, sendo que a ecológica abrange muito mais que as outras neste sentido.

Com relação à origem disciplinar das perspectivas teóricas, há contribuições de diferentes áreas. As Relações Internacionais contribuem a partir das suas principais correntes (Realismo e Liberalismo). A Antropologia, como dito anteriormente, é a principal área do conhecimento em que se pautam os Estudos Críticos em Saúde Global. Com respeito à Segurança Humana, à Segurança em Saúde Pública Global e à Biossegurança, podem ser entendidas como

transdisciplinares<sup>18</sup>. Com relação às duas primeiras, suas raízes são inerentes a organizações do sistema ONU, sendo difícil a associação a apenas uma origem disciplinar. Já a última possui conceitos fundamentados na Sociologia, nas Relações Internacionais, entre outros – por isso, aliás, que McInnes (2014, p. 14) afirma haver confusão a respeito da terminologia. A Segurança Ecológica se vincula a áreas das ciências humanas que estudam saúde pública e meio ambiente, origem disciplinar de alguns de seus principais autores, segundo Fidler (2003, p. 813), sendo também transdisciplinar.

**Quadro 1 - Perspectivas teóricas em Segurança em Saúde**

<b>Corrente</b>	<b>Objeto referente</b>	<b>Espectro</b>	<b>Origem disciplinar</b>
Segurança Nacional	Estado	Estreita	Relações Internacionais (Realismo)
Segurança em Saúde Pública Global	População	Ampla	Organização Mundial da Saúde
Segurança Humana	Indivíduo	Ampla	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Segurança Comum (ou Segurança Internacional)	População	Ampla	Relações Internacionais (Liberalismo)
Biossegurança	Estado (ambíguo)	Estreita	Transdisciplinar
Segurança Ecológica	Meio ambiente	Ampla	Transdisciplinar (saúde pública e meio ambiente)
Estudos Críticos em Saúde Global	Indivíduo	Ampla	Antropologia

Fonte: elaborado pelo autor

<sup>18</sup> Para mais sobre esse debate relacionado à Segurança Humana, ver De Oliveira (2011).

É nítido, por conseguinte, que há diversas formas de caracterizar as terminologias utilizadas nesta área. O objetivo do trabalho não é criar caracterizações novas neste sentido, o que justifica a coletânea de classificações distintas feitas por autores diversos. Este fato também faz com que muitas sejam parecidas e possuam apenas diferentes nuances. Isto reflete a atualidade do debate na questão e demonstra a variedade de divisões possíveis e os diferentes entendimentos que se pode ter sobre o mesmo tema. A importância disto para o restante do trabalho sucede uma vez que a atuação dos atores, intencionalmente ou não, acontece dentro (ou próximo) dessas concepções. Sabê-las permite que seja possível compreender melhor os interesses e agendas dos atores no caso a ser analisado especialmente no terceiro capítulo. A próxima seção diz respeito ao debate no uso mais prático da securitização na saúde, com argumentos contrários e favoráveis.

### **1.1.2. Argumentos favoráveis e contrários à securitização na saúde**

Como uma questão política, a securitização dos problemas de saúde é defendida ou criticada sob diferentes pontos de vista. Nessa seção, alguns dos principais argumentos tanto a favor quanto contra são elencados, demonstrando o potencial positivo ou negativo dessa vinculação.

Ligar algum problema de saúde à segurança é capaz de trazer alguns benefícios mais aparentes. Entre eles, está a geração de mais atenção dos principais tomadores de decisão e do público em geral. O financiamento também é alavancado. Essa conexão entre os setores é capaz de trazer benefícios no campo acadêmico, uma vez que possibilita desenvolvimentos a respeito da natureza e sentido de termos como “segurança nacional” (FIDLER, 2003, p. 788). Cria, por conseguinte, o desafio àqueles que estudam a área de segurança de fazerem isso de forma mais ampla, de modo que inclua fatores anteriormente esquecidos numa área que tradicionalmente é focada em aspectos de *hard power*.

Coupland (2007) argumenta que onexo entre segurança, insegurança e saúde é tão complexo quanto importante. Basicamente, pode ser dito que em situações em que há um baixo nível de segurança, a assistência em saúde e os serviços públicos seriam mais difíceis de serem realizados (COUPLAND, 2007, p. 181). O autor acredita que a ideia de segurança humana é útil, porém não suficiente, uma vez que

não abarca a dimensão do Estado<sup>19</sup> (COUPLAND, 2007, p. 181). Nesse estudo são vistos basicamente aspectos de *hard power*, como a influência dos conflitos armados e os efeitos sanitários. Os efeitos negativos seriam estruturais (como a destruição de infraestrutura), subjetivos (o medo, a coerção) e envolvem outros elementos, como a possível necessidade de deslocamento dos afetados. Eles podem, no entanto, também ser positivos: quando alguém que está causando o mal da população é combatido, seja no nível local (com cidadãos) ou no internacional (com países), por exemplo. Por conseguinte, a prevalência da segurança ou a insegurança depende do resultado entre os atos de violência armada e o seu controle, de um lado, e os efeitos gerais, de outro<sup>20</sup> (COUPLAND, 2007, p. 182). Resumindo, segundo o autor “segurança é um pré-requisito para saúde e insegurança é ruim para a saúde” e “mesmo a melhor estrutura de assistência de saúde pode se tornar ineficaz em face de um incidente de segurança relativamente pequeno”<sup>21</sup> (COUPLAND, 2007, p. 182, tradução nossa).

Ou seja, a insegurança traz malefícios à saúde, sejam eles diretos ou indiretos, e seria o tema mais importante em saúde global. O correto investimento e a junção das áreas poderiam ajudar a resolver isto. Nesse sentido, alguns dos papéis dos profissionais de saúde pública em contextos de insegurança seriam os de colher, interpretar e publicar dados que demonstrem o impacto da insegurança na vida das pessoas (COUPLAND, 2007, p. 183).

Katz e Singer (2007), entretanto, entendem que nem todos os problemas sanitários devem ser resolvidos através da securitização e que, caso isso seja feito de forma irresponsável, pode retirar recursos e importância de outras questões sanitárias. O cálculo que deve ser feito é compreender se os interesses de saúde pública superam os econômicos e os de segurança. Caso a resposta seja positiva, os autores entendem que

---

<sup>19</sup> Ao fazer isso, Coupland (2007) serve como um exemplo do exposto anteriormente: a segurança humana é comumente utilizada como um complemento a outras abordagens, em especial a da segurança nacional e não de maneira independente.

<sup>20</sup> Tendo isso em vista, nem sempre investir mais em segurança é o caminho correto, se isso resultar no uso desse aparato contra a população. Nesse caso seria melhor transferir os recursos para outra área, como a da saúde pública (COUPLAND, 2007, p. 182).

<sup>21</sup> No original: “security is a prerequisite for health and insecurity is bad for health” e “even the best healthcare facility can be rendered ineffective in the face of a relatively minor security incident” (COUPLAND, 2007, p. 182).

o tema não deve ser securitizado (KATZ; SINGER, 2007, p. 234). Ainda assim, é interessante notar que há apoio à securitização, mesmo que moderado. Enquanto a questão se mantiver sob o domínio apenas da saúde pública, não deve ser securitizada a fim de evitar uma ênfase desproporcional; quando atingir outros setores, notadamente os citados acima, então a resposta muda<sup>22</sup>.

Por sua vez, Elbe (2006) analisa a securitização do HIV/AIDS. Ao fazer isso, elenca possíveis benefícios e perigos que podem, em parte, ser replicados como hipotéticos a outros casos. É importante salientar que deve ser o vírus que deve ser visto como uma ameaça à segurança, não as pessoas portadoras. Essas duas perspectivas são diferentes uma vez que considerar o portador como ameaça justifica mais medidas exclusionárias e traz uma série de questões normativas (ELBE, 2006, p. 137).

Ainda que reconheça que “num mundo ideal, o HIV/AIDS seria abordado como uma questão humanitária e altruísta”<sup>23</sup> (ELBE, 2006, p. 135, tradução nossa), o autor afirma que esse processo pode trazer vantagens políticas, econômicas e legais que não foram possíveis somente através desses valores. Em relação ao primeiro, percebe-se que em alguns países em que pode haver falta de atenção à doença a securitização é capaz de trazer capacidade de mobilização, inclusive através da comunidade internacional, especialmente num contexto de Estado minimalista, com uma visão neoliberal<sup>24</sup> (ELBE, 2006, p. 131). Há também a possibilidade de dentro de um país o assunto passar de ser

---

<sup>22</sup> Um ponto pertinente a que os autores não respondem seria o de como calcular até que ponto algo se mantém apenas no âmbito da saúde pública, visto que invariavelmente qualquer problema de saúde tem o potencial de afetar em algum nível economicamente ou trazer ameaças (compreendidas também em termos subjetivos), seja o Estado, o coletivo ou o indivíduo o objeto referente. Percebe-se também que aqui a segurança e a economia se sobrepõe à saúde, dado que são vistas como prioritárias.

<sup>23</sup> No original: “in an ideal world HIV/AIDS would be addressed as a humanitarian and altruistic issue” (ELBE, 2006, p. 135).

<sup>24</sup> Como exemplo de meio em que houve pressão para que a doença não fosse ignorada, Elbe (2006, p. 132) cita a securitização do HIV/AIDS pelo Conselho de Segurança das Nações Unidas e os esforços da comunidade internacional. Nesse sentido, ao trazer voz à essa minoria, o autor discorda de Buzan, Wæver e de Wilde (1998) que veem a securitização como ameaça à democracia. Por conseguinte, nesses casos em que o Estado é ausente, a securitização não tem como objetivo trazer o tema para esfera da segurança, mas tirá-lo da condição de não-politizado (ELBE, 2006, p. 132).

responsabilidade de ministérios com pouca influência no processo político para outros que conseguem mobilizar mais recursos e atenção (ELBE, 2006, p. 132). Na esfera econômica e legal, alguns benefícios dizem respeito ao uso do argumento da segurança para redefinir leis, como exemplifica a emenda ao Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) e a permissão a nações em desenvolvimento para a produção de genéricos (ELBE, 2006, p. 133). Outro potencial financeiro é a possibilidade de acúmulo de capital vindo do exterior destinado ao combate da doença, compra de medicamentos, pesquisa, entre outros (ELBE, 2006, p. 134). Se há uma série de críticas ao tornar algo tema de segurança, há igualmente custos envolvidos ao não fazê-lo, conclui o autor (ELBE, 2006, p. 138).

Da mesma forma que existem potenciais benefícios na securitização, contudo, há possíveis perigos que também devem ser considerados. Os mais gerais dizem respeito à falta de transparência, escrutínio público e *accountability*; risco de pânico da população que pode prejudicar a luta contra a epidemia; potencial de estigma a moradores dos locais mais atingidos e a profissionais de saúde, entre outros (VENTURA, 2016, p. 1-2; BUZAN, WÆVER E DE WILDE, 1998).

Alguns desses perigos também são analisados no trabalho de Elbe (2006), a que já foram citados benefícios da securitização do HIV/AIDS. O autor coloca dois como sendo os principais, ambos relacionados à conotação da palavra segurança. Um diz respeito à mobilização desproporcional, que permite ao Estado se envolver com uma ampla parcela da vida social, o que não seria desejável. Daria a possibilidade de tirar o tema da rotina democrática e levar a um espaço com menos transparência ou justificaria o uso de todos os meios para combater a ameaça, mesmo que ameace as liberdades civis<sup>25</sup> (ELBE, 2006, p. 127). Em vez do tratamento do assunto na esfera humanitária, do desenvolvimento e da saúde, levaria a um espaço essencialmente

---

<sup>25</sup> O autor cita dois exemplos. O primeiro seria a existência a proposta pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos que fossem feitos exames obrigatórios para tuberculose (condição usual para portadoras do HIV), em imigrantes que viessem de lugares com altas taxas de prevalência da moléstia. Também havia sugestão de fornecer o visto de residência permanente somente quando houvesse aceitação da realização de tratamento preventivo. O governo britânico também teria considerado medidas de testes obrigatórios, nesse caso para HIV, em fevereiro de 2003 (COKER; 2003; ELBE, 2006, p.128).



estatacêntrico e preocupado com questões de poder no cenário internacional – ou seja, a lógica da segurança nacional (ELBE, 2006, p. 129). Segundo Peterson (2002, p. 46), esta lógica de segurança mais estreita não é historicamente adequada para lidar com os temas de saúde global. Além disso, cria uma imagem de que os temas sanitários só são resolvidos em âmbito mundial quando ligados aos interesses de segurança do Estado, o que levaria os países a deixarem de se preocupar com estes temas quando não estão ligados à segurança (PETERSON, 2002, p. 46).

Já o segundo perigo refere-se à lógica de ameaça e defesa que nem sempre é a ideal para lidar com as questões. A preocupação é de que com a ligação à segurança, a saúde da população tenda a ser preterida em função das elites e dos militares de modo que quem receberia os benefícios sejam os que mais teriam chance de obtê-lo de outra forma e não necessariamente os que mais necessitam<sup>26</sup>. Da mesma forma, a intolerância e o estigma podem ser maiores em vez da busca pela compreensão do vírus e da inclusão dos afetados por ele (ELBE, 2006, p. 130).

Um outro argumento contrário é sustentado por uma série de autores e diz respeito à geografia da securitização e o descontentamento de países do Sul. Aldis (2008) acredita que esse termo e sua utilização necessitam de mais clareza e que esse seria o problema central. Como consequência, os países em desenvolvimento tornam-se mais desconfiados, como são exemplos debates na instituição do Regulamento Sanitário Internacional de 2005 e na *WHO's Intergovernmental Meeting on Influenza Virus and Benefit Sharing* em 2007 – eventos, aliás, que sequer teriam ajudado a esclarecer a definição (ALDIS, 2008, p. 372; SHASHIKANT, 2007).

Por outro lado, Rushton (2011, p. 779) avalia que, embora as definições sobre segurança em saúde global sejam muitas e estejam cada vez mais presentes nos discursos acadêmicos e políticos, na prática há

---

<sup>26</sup> Ao realizar um debate que traz uma possível resposta a críticas de que os recursos seriam priorizados ao setor militar e às elites locais, Elbe (2006, p. 136) considera que mesmo assim esse capital é essencial na construção de infraestrutura, que historicamente muitos avanços médicos vieram a partir da pesquisa militar e que os militares normalmente estão na linha de frente de combate às pandemias, o que os coloca em uma situação particularmente arriscada em surtos, uma vez que podem acabar atuando como vetores involuntariamente.

muito mais concordância do que se costuma dizer<sup>27</sup>. Os objetos de referência seriam, via de regra, os Estados<sup>28</sup>, e há uma certa uniformidade sobre quais seriam as ameaças (propagação rápida de doenças infecciosas<sup>29</sup>, HIV/AIDS, armas biológicas e bioterrorismo) e os meios de contê-las – por meio de políticas de contenção ao invés de ações na raiz do problema (RUSHTON, 2011, p. 782). O que esse grupo pequeno de fatores de risco possuiria em comum, segundo o autor, é que são vistos primordialmente como temores pelas potências ocidentais. Um dos argumentos, pois, é o de que, a despeito de existirem muitas discussões sobre teorias da segurança em saúde global, a prática seria uma só: a proteção dos países centrais do Ocidente contra ameaças vindas do Sul por meio da utilização de uma concepção ocidental do que significa o risco (RUSHTON, 2011). O fato de que muito do que é visto como risco pelo sistema de governança em saúde global é endêmico nos países em desenvolvimento, que as respostas focam mais em contenção (vigilância e respostas emergenciais) do que em prevenção e que o grupo de condições consideradas como ameaça só inclui uma entre as dez principais causas de morte no mundo seriam alguns indícios que levariam à confirmação dessa hipótese pelo autor<sup>30</sup> (RUSHTON, 2011, p. 780-5).

---

<sup>27</sup> É importante notar que o autor não desconsidera as outras abordagens e nem a possibilidade de mudança nessas questões. A análise é a de que, simplesmente, estas diferenças ficam apenas no campo teórico, enquanto na prática há um determinado padrão. O autor inclusive considera a segurança humana como a melhor tentativa até o momento de alterar o objeto referência e trazer uma concepção mais genuinamente global.

<sup>28</sup> Ao perguntar para quem serve a segurança em saúde, Rushton (2011, p. 788) expõe que apesar dos esforços de perspectivas mais globalistas (como a segurança humana e a da OMS) de olhar para além do Estado no intuito de aumentar a capacidade de resposta da comunidade internacional aos desafios impostos pela globalização, não houve sucesso suficiente para alterar o objeto referência.

<sup>29</sup> As mais prováveis de serem vistas como ameaças seriam aquelas que ameaçam as populações em vez dos indivíduos, que possuem alto efeito de morbidade e mortalidade, que são agudas e não de longo prazo e que são altamente transfronteiriças (FELDBAUM; LEE, 2004, p. 24).

<sup>30</sup> Outro possível argumento é encontrado também em Rushton (2011) e em Aldis (2008): mesmo a produção teórica na matéria é essencialmente ocidental, o que é capaz de trazer uma percepção de risco muito particular e reflete no grupo de elementos considerados como de risco. Esses mesmos fatores, divididos entre ameaças transfronteiriças de surtos infecciosos (sejam eles

Em contraposição a este léxico da segurança haveria oposição de países em desenvolvimento (RUSHTON, 2011, p. 791; ALDIS, 2008, p. 372). Esses desafios às terminologias utilizadas seriam mais ou menos explícitos – sendo que o Brasil, como será visto no terceiro capítulo, constitui um ator atuante. Ao contrário de Aldis (2008, p. 374), que entende isto como uma falta de consenso a respeito do significado dos conceitos, Rushton (2011, p. 791) afirma que o que realmente ocorre é um desacordo dos impactos políticos gerados pelo uso dessas definições. Segundo os autores, alguns países do Sul tendem a ver a distribuição dos custos como sendo desproporcional no modo como essa relação entre os setores tem sido proposta. Haveria uma percepção de que por trás das ações criadas, especialmente pelos sistemas de governança, o real interesse seria o de colocar uma barreira entre o mundo desenvolvido e o em desenvolvimento, para que os problemas de saúde existentes no segundo não alcancem o primeiro. Os países com menos recursos seriam encarregados de lidar com a maior parte dos custos e é por isso que o descontentamento existiria.

Essa insatisfação, de caráter político, seria o maior problema da securitização da saúde, uma vez que por si só a priorização de um ou outro aspecto sanitário não seria problemático. O desacordo tem sido grande e pode provocar rupturas nos processos de cooperação em casos emergenciais, o que seria um problema sério (RUSHTON, 2011, p. 793).

Já Aldis (2008, p. 373-4) entende que fortalecer os sistemas de vigilância global para doenças com potencial epidêmico traz poucos benefícios se o país for deficiente nas infraestruturas de saúde pública necessárias para uma resposta eficiente. Isso porque respostas emergenciais iniciam nos níveis local e nacional e possuem como alicerce sistemas de saúde viáveis (WATTS, 2005). Mesmo que o aumento do conhecimento sobre as doenças infecciosas emergentes e da relação de interdependência entre a saúde humana e a animal tenham propiciado novas configurações normativas e alterações das respostas políticas de governos e atores não-governamentais a respeito de como reagir em relação a problemas de ação coletiva no âmbito transnacional, ainda há certa dependência das esferas locais e nacionais (GRISOTTI, 2016, p. 379).

---

deliberados ou acidentais) e entre crises sanitárias na estabilidade estatal, é também o mais comumente referido nos discursos políticos (RUSHTON, 2011, p. 782).

Davies (2008) vai na mesma linha ao avaliar que a comunidade internacional, representada pelos Estados ocidentais, e a Organização Mundial da Saúde combinaram esforços na construção das doenças transmissíveis como ameaças existenciais e passíveis de securitização. Isso exigiria novos comportamentos e regras para uma contenção efetiva. Como resultado, haveria o desenvolvimento de mecanismos de cooperação que colocam os medos ocidentais como prioritários, ao por o combate às doenças à frente da prevenção delas. O que a autora traz a essa discussão é o papel da OMS, que teria ganhos nessa parceria ao afirmar sua autoridade de vigilância e contenção, dominando a agenda no seu aspecto transnacional (DAVIES, 2008). A organização teria compreendido a preocupação dos países desenvolvidos e tomado a agenda para si, temendo que fosse criado um novo regime. Para legitimar esse processo, tenta demonstrar que a saúde é tema de segurança para todo tipo de países (DAVIES, 2008, p. 302-8). Ademais da proteção, os países desenvolvidos não precisariam contar com o custo de se submeter às críticas pela imposição da agenda. Delegar à organização internacional, inclusive, faria com que ela fosse mais aceita (DAVIES, 2008, p. 309). Essa autoridade da OMS, como identificam Hanrieder e Kreuder-Sonnen (2014), confere a ela a capacidade de potencializar medidas de securitização, através do poder de destacar uma doença como de emergência internacional e guiar as respostas estatais.

O que pode resumir essas críticas é o argumento de que sistemas de vigilância eficientes podem ser a melhor resposta para os países desenvolvidos, mas são insuficientes para a segurança dos países em desenvolvimento. Ventura (2016, p. 3) demonstra isso citando o caso da Zika. A autora argumenta que apenas um sistema de saúde eficiente pode garantir a continuidade do cuidado das pessoas que são afetadas por esse tipo de crise. O combate apenas em casos emergenciais seria análogo a viver sempre em períodos sucessivos de guerras. O que deve ser feito é a elaboração de respostas que estejam fundamentadas nos determinantes em saúde, de modo que seja possível a promoção de mudanças estruturais visando a diminuição da desigualdade em saúde (VENTURA, 2016, p. 3). Ou seja, as respostas conjunturais são válidas, especialmente para os países do Norte, contudo devem ser acompanhadas de outras que sejam estruturais, para que o Sul global também esteja seguro de fato.

Uma questão próxima é vista na securitização do Ebola, por exemplo. Houve nesse caso prejuízo ao multilateralismo, já que existiu,

na prática, auxílio à legitimação de diversas iniciativas unilaterais por parte do governo dos Estados Unidos. Além disso, a essa agenda faltou transparência em relação às populações alvo, que pareceram ser as últimas a terem algo a dizer e nem sempre são vistas (VENTURA, 2016, p. 1; HORTON; DAS, 2015).

Outro perigo que emana da interseção das duas agendas sendo discutidas é nas consequências teóricas. Ela refere-se a diferenças entre métodos, objetivos e valores entre as duas comunidades e traz como prejuízo a possibilidade da saúde pública ser subjugada, já que a segurança está mais próxima das *high politics* e tem maior capacidade de mobilização (RUSHTON 2011, p. 779). Também acarretam os problemas vistos em relação à definição de significados, o que é fruto da junção dessas áreas que não compartilham abordagens teóricas ou metodológicas comuns. A consequência seria uma redistribuição de prioridades políticas e uma realocação de recursos sem que haja clareza suficiente nas definições e intenções, bem como sem o apoio de parte considerável da comunidade em saúde global (ALDIS, 2008, p. 370).

De maneira complementar, outra crítica relativa à fusão das áreas é que as preocupações trazidas de fora do campo da saúde, sob a égide da segurança, chegaram a alterar de alguma forma até mesmo o sentido da saúde pública global e são, via de regra, incompatíveis com a ideia de assistência médica (ALDIS, 2008, p. 373). Mesmo se houvesse aceitação de conceito e utilização, ainda restariam questões acerca das implicações operacionais nos níveis individuais e comunitários. Como exemplo, o sistema de vigilância já está estabelecido em muitos países e é uma ferramenta importante. No entanto, funciona melhor quando está ligado aos sistemas de saúde pública. Nesse caso, caso não haja doadores e parceiros internacionais que queiram ajudar a sustentar as principais funções de ambos os sistemas, eles tenderiam a tornarem-se competidores no nível nacional (ALDIS, 2008, p. 373).

Em resumo, os autores argumentam que vigilância é justificável, mas está longe de ser a única solução, principalmente para as nações do Sul. Vale ressaltar que essas visões mais críticas tendem a levar em conta a distribuição de poder na análise, visto que concluem, em suma, que o sistema privilegia os interesses e agendas dos países com mais recursos e que são mais capazes de influenciá-lo. Nota-se também uma posição que via de regra é contrária a abordagens mais estreitas, como a da *realpolitik*.

O quadro 2 resume os principais argumentos expostos. É importante notar que a divisão em diferentes categorias possui fim

ilustrativo. Na prática, todas se comunicam e possuem impactos umas nas outras. No caso dos contras na categoria acadêmica, por exemplo, há a falta de consenso em relação às definições. Isso também repercute no campo político, uma vez que esse fato leva às divisões Norte-Sul e tem o risco de tornar ineficazes os mecanismos de governança.

**Quadro 2- Argumentos favoráveis e contrários à securitização das questões de saúde**

<b>Categoria</b>	<b>Argumentos favoráveis</b>	<b>Argumentos contrários</b>
Político	Mais atenção e capacidade de mobilização Quanto mais segurança, melhor para as políticas de saúde pública	Retirar atenção de processos mais emergenciais Potencial de mobilização desproporcional Prejuízo às normas democráticas, transparência e liberdade civis Desacordo dos impactos políticos na comunidade internacional (disputa Norte x Sul)
Social	Controle da doença	Estigma aos afetados Redução da participação social Limitação social Ausência de foco nas comunidades
Econômico	Aumento no financiamento	Retirar recursos de outros problemas de saúde pública
Legal	Capacidade de redefinição de normas nacionais e internacionais	
Acadêmico	Desenvolvimento de definições das áreas	Muitas definições, mesma prática

		Falta de consenso Diferentes metodologias e objetivos dos dois campos pode subjugar a saúde pública
--	--	--

Fonte: elaborado pelo autor

O que fica patente dessa discussão é que há uma série de argumentos favoráveis e contrários ao processo de securitização das questões sanitárias. Cada um é específico às peculiaridades de cada ator, que vê a situação de uma maneira diferente. Isso impacta na sua agenda e nos seus interesses. Na seção seguinte será vista uma questão mais prática, que envolve a segurança e a governança em saúde: o caso dos Regulamentos Sanitários Internacionais, vinculados à Organização Mundial da Saúde.

### 1.1.3. O Regulamento Sanitário Internacional de 2005

O RSI 2005, embora não contenha diretamente a palavra segurança, certamente está dentro deste debate, lidando sobretudo com doenças infecciosas. Como mecanismo da OMS, envolve os Estados membro da organização e foi atuante no caso Zika.

Conforme salientado anteriormente, os mecanismos de governança em saúde tem sua base originada principalmente a partir das primeiras conferências sanitárias internacionais. Desse período até hoje, há muitas semelhanças em relação aos objetivos substantivos ou à estrutura a qual os Estados buscam alcançá-los (FIDLER, 2001; FIDLER, 2005, p. 328). Com o passar do tempo, foram surgindo organizações de cunho regional, até que, com a instituição da Liga das Nações, houve a criação de um braço sanitário numa tentativa de aproximar mais os países. De forma geral, a LDN foi falha e não resistiu à política de poder do entreguerras. Quando surge o sistema ONU, a OMS é criada, então, como entidade centralizadora e que visa suprir esse vácuo (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 64). Entre os temas mais comuns abordados pela organização, está o das doenças infecciosas emergentes, embora não se limite apenas a isso e tenha se expandido com o tempo (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Com essa base histórica, são criados pela OMS os Regulamentos Sanitários Internacionais, cujo primeiro data de 1951.

Desde então, a Organização Mundial da Saúde busca constantemente atualizar e melhorar o RSI, uma vez que ele era visto como um instrumento limitado, sem conseguir encontrar soluções adequadas a todas as doenças com potencial de propagação (VENTURA, 2013a, p. 150). Ele foi substituído em 1969 e alterado em 1973 e 1981. A partir da década de 1990, inicia-se um novo processo de modernização que culmina com a sua aceitação pelos países em 2005 e entrada em vigor a partir de 2007. Seus objetivos finais são os de prevenir, proteger, controlar e facilitar respostas de saúde pública à difusão de doenças (WHO, 2012). O que se espera dos RSI é que assegurem ao mundo “uma adequada segurança sanitária, ameaçando o mínimo possível a economia, e, em particular, as viagens, o transporte de mercadorias e os direitos humanos” (FINEBERG *apud* VENTURA 2013a, p. 156).

Inicialmente esse regime continha duas características principais por parte dos Estados parte: a notificação de surtos de doenças infecciosas específicas nos seus territórios e a limitação dos mecanismos de prevenção de doenças que afetassem o comércio e viagens apenas para os casos em que houvesse evidência científica e princípios de saúde pública para sustentar (FIDLER, 2005, p. 328). Em 1951, seis doenças com potencial de quarentena deveriam ser reportadas à OMS, sendo reduzidas para quatro em 1969 e para três em 1981<sup>31</sup>. Embora as obrigações fossem vinculantes a todos os Estados membro, os governos com frequência falhavam em reportar as emergências, receosos de que isso afetasse no comércio e na sua reputação internacional. A efetividade do regime era, portanto, afetada pela falta de incentivos aos países em cumpri-la e por não ser aplicável a novas moléstias, como o HIV/AIDS (DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 5).

O último processo de reformulação serviu para ampliação do escopo, fortalecendo a autoridade da OMS em relação a vigilância e resposta, contendo mais obrigações e mais preocupações em respeito aos direitos humanos (BAKER; FIDLER, 2006). O modelo anterior das RSI entrou em colapso especialmente com a emergência ou

---

<sup>31</sup> Inicialmente febre amarela, peste, cólera, tifo exantemático, febre recorrente e varíola. Em 1981, seguem apenas as três primeiras, com destaque para a erradicação mundial da varíola (VENTURA, 2013a, p. 149-50).



reemergência de doenças infecciosas, notadamente nos países desenvolvidos, catalisadas pela globalização, e também pela ameaça do bioterrorismo. Isso trouxe como requisito respostas de saúde pública mais robustas a nível global (FIDLER, 2005, p. 342). Eram necessárias novas respostas a uma série de novos problemas e as razões pela aceitação dos Estados ao novo regime podem ser explicadas por alguns fatores como o reconhecimento dos perigos desse novo ambiente colocado pela globalização, a tentativa conjunta de melhorar a efetividade e a eficiência do regime de segurança em saúde global e as mudanças nos entendimentos acerca da relação entre doença, segurança e soberania. Esses fatores culminaram num novo conjunto de expectativas (e em um novo conjunto de normas) em como deve comportar-se um Estado e uma comunidade internacional responsáveis no caso de emergências sanitárias transfronteiriças<sup>32</sup> (DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 3).

Ao longo dos anos 1980 já havia percepção da falha do regime, reforçado por vários eventos da década seguinte (DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 5). A OMS reconheceu a necessidade de revisão ainda em 1995, compreendendo que esse processo necessitava executar mudanças profundas<sup>33</sup>. Apesar do descumprimento de alguns países, Davies, Kamradt-Scott e Rushton (2015, p. 6) notam que ninguém argumentava que o ideal de um regime internacional deste tipo deveria ser abandonado. Mesmo que o processo tenha sido demorado e com ampla contestação por parte de alguns, isto decorria da vontade de torná-lo politicamente mais aceito e efetivo (DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 6). Ainda assim, essa aceitação não é o suficiente, e o plano subjetivo deve ser somado ao material, em que deve haver desenvolvimento de capacidades (DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 9).

---

<sup>32</sup> Davies, Kamradt-Scott e Rushton (2015) buscam, em seu livro, demonstrar como as normas correntes em segurança em saúde global foram alteradas como resultado de negociação, adoção e implementação do RSI de 2005. Isto é, como deve ser o comportamento dos Estados e demais atores em uma situação de potencial pandemia. Para isso se utilizam de análise que compreende os campos ideacional e material.

<sup>33</sup> Fidler (2005, p.344-58) separa o processo de revisão em três momentos: o de 1995 a 1998 que parte da resolução 48.7 da Assembleia Mundial da Saúde (quando surge oficialmente a discussão) até o esboço de revisão; o do rascunho de 1998 até o surto de SARS em 2003; e o processo de revisão em 2004/2005.

Pagotto (2016) afirma que as negociações ocorreram em contexto de intensificação da securitização de doenças infecciosas, dentro de uma lógica de defesa e segurança. A OMS foi essencial nesse sentido, ao fornecer espaço para debate da securitização da saúde pública e ao atuar como agente securitizador. A reformulação do RSI, portanto, foi o fundamento normativo que atuou como legitimador para a segurança sanitária como estratégia de governança em saúde, a partir de um modelo complexo em que a categoria de ESPII ocupa posição de destaque.

Fidler (2005, p. 343) aponta que houve mudança brusca em dois aspectos. O primeiro seria que fica cada vez mais distante das convenções sanitárias antigas, embora ainda contenha alguns elementos clássicos. Já o segundo seria a visão de uma governança integrada sem precedentes, uma vez que propõe que os objetivos de saúde estejam ligados aos de outras áreas como direitos humanos, proteção ambiental etc – sendo que a fraqueza nesse aspecto, segundo o autor, levou ao colapso do RSI clássico (FIDLER, 2005, p. 343). Já segundo Davies, Kamradt-Scott e Rushton (2015, p. 6), embora existam mudanças profundas, as continuidades em relação ao período clássico ocorrem uma vez que é mantida a tentativa de equilíbrio entre o controle das doenças, por um lado, e o comércio e viagens internacionais, de outro. Em relação às mudanças, elas intercorrem principalmente na mudança de foco no tocante ao controle de fronteiras e na tentativa de combater certas enfermidades na sua fonte (DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 6).

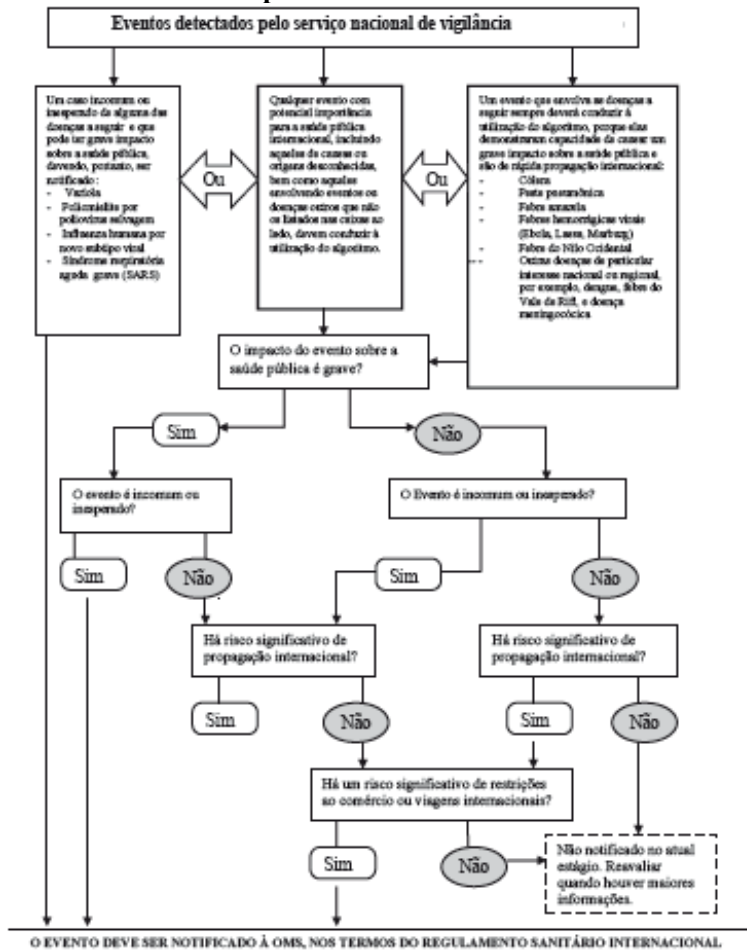
É importante notar que diversos autores avaliam a aparição da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2002-2003 como um marco no desenvolvimento do processo de renovação do RSI, visto no plano discursivo (FIDLER, 2005, p. 343; DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 2; VENTURA, 2013a, p. 154). Isso aconteceu porque a doença demonstrou como a globalização alterou o cenário da saúde e como um surto local pode rapidamente tornar-se um problema de segurança internacional. A consequência foi a consolidação e o aprofundamento da cooperação entre as áreas de saúde, política externa e segurança (KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 2).

Essa regulamentação é vinculante entre os 196 países membro da organização e, embora de maneira implícita, uma vez que não há menção clara, constitui num instrumento de segurança em saúde global. Outra característica marcante é o papel dos atores não estatais, acentuado com essa reforma. O mecanismo é baseado na notificação de

um Estado parte a respeito de algum evento que possa constituir em Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. O objetivo central, pois, é de prevenir, proteger, controlar e facilitar as respostas de saúde pública no âmbito internacional, através da vigilância como mecanismo principal (WHO, 2012).

Os eventos que devem ser notificados, com intuito de verificar a existência ou não de uma ESPII, estão resumidos no quadro abaixo. Caso o resultado verificado nas respostas às perguntas seja de que há necessidade de notificação, o Estado deve fazê-lo em até 24h a partir do momento da avaliação. Nesse caso entra a importância dos atores não estatais, uma vez que a OMS admite utilizá-los como fonte em caso de negligência por parte dos países.

**Figura 1- Instrumento de decisão para a avaliação e notificação dos eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional**



- a) De acordo com a definição de caso da OMS.  
b) A lista de doenças deve ser utilizada somente para os propósitos desta Regulação.

Fonte: WHO, 2007 *apud* ANVISA, 2009, p. 62

Para se adequarem, os Estados precisam desenvolver algumas capacidades nacionais. Isto feito, Baker e Fidler (2006, p. 1059) definem que as RSI auxiliam as obrigações dos Estados de quatro maneiras. A primeira seria na notificação dos eventos ao expandir o escopo de

emergências internacionais. A segunda, na ajuda a identificar se a enfermidade constitui ou não numa ESPII. A terceira, com uma lista de doenças que devem ser informadas à OMS independentemente do seu enquadramento dentro do algoritmo criado pela instituição para definir uma emergência internacional. A quarta e última, encoraja os Estados a dialogarem com a Organização Mundial da Saúde mesmo em doenças que não atinjam os critérios para se tornar uma ESPII, auxiliando a solucionar problemas de saúde pública.

Os obstáculos potenciais estão relacionados a questões técnicas, recursos, governança, legais e políticos. Esses variam desde dificuldades de governança em Estados com baixa capacidade em termos de burocracias, com recursos limitados, efeitos negativos potenciais em turismo e comércio, entre outros (BAKER; FIDLER, 2006, p.1062-4). Por exemplo, caso haja uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em algum país, este pode ter seu comércio prejudicado (como nas exportações de produtos não perecíveis) ou mesmo o turismo pode ter prejuízos, dado que menos pessoas estarão dispostas a viajar para este local. Sendo assim, como exposto por Hanrieder e Kreuder-Sonnen (2014), classificar uma moléstia como emergência não só é capaz de guiar respostas estatais mas também pode ser, de certa forma, classificado como um instrumento de poder que pode moldar tendências a nível global. Vale salientar, contudo, que, apesar dos esforços, nem todos os países conseguiram cumprir os requisitos mínimos até a data limite em 2012. Todos que requisitaram obtiveram uma extensão no prazo para adequação (WHO, 2012).

Grisotti (2016, p. 394) considera ainda que há a necessidade melhorias para responder de forma mais eficaz à questão de como e quem fará a escolha sobre as doenças que receberão mais atenção e recursos. Para isso, são necessárias melhoras na estrutura dos sistemas de vigilância e sua conexão com as unidades locais, na formação de pessoal acadêmico e técnico e no estreitamento entre o conhecimento acadêmico e os processos políticos de tomada de decisões.

O RSI 2005 é fruto de um processo que inicia formalmente na década de 1950. Em suma, ele busca expandir o escopo de aplicação das regulações para fortalecimento das capacidades nacionais, sua aplicação, fortalecer o papel da OMS na vigilância e resposta, trazer mais obrigações de resposta e vigilância e aplicar mais princípios de direitos humanos (BAKER; FIDLER, 2006, p. 1058). Esse instrumento possui muitas características que vêm sendo descritas até o presente momento do trabalho. Sua apresentação é importante, uma vez que reflete várias das

tendências apontadas até aqui e é uma ferramenta de destaque no cenário internacional. Como será visto nos próximos capítulos, teve participação também no caso do vírus Zika no Brasil.

Conforme exposto até o momento, a vinculação entre segurança e saúde pode ser exposta a partir de um processo histórico e possui importante dimensão política. Suas definições, instrumentos e argumentos favoráveis e contrários denotam em diferentes possibilidades de decisões a serem tomadas. O conhecimento destes diferentes fatores é importante ferramenta para a compreensão do lugar do Brasil nessa discussão, como será feito nas seções seguintes, e em especial com relação à epidemia de Zika, realizado nos capítulos dois e três.

## **1.2. Política Externa Brasileira no setor da saúde: abordagem interministerial**

Exposta a segurança em saúde, volta-se agora à política externa brasileira com ênfase no mesmo setor. Sua compreensão é fundamental para que seja possível entender as identidades e interesses brasileiros. Nesse caso, há considerável interlocução entre os ambientes doméstico e externo.

O período que inicia na metade da década 1980 e durante os anos 1990 é importante para a consideração das bases da política externa brasileira atual por alguns motivos. Em primeiro lugar, porque no nível sistêmico a agenda internacional foi ampliada com o fim da Guerra Fria (momento em que os temas de *soft power* passam a ganhar notoriedade) e há intensificação da globalização tanto no seu aspecto econômico-financeiro quanto no político-social. Em segundo, porque há, no plano interno, a redemocratização e liberalização da economia que também impactam (PINHEIRO, 2008, p. 22). No caso da saúde, outro fator essencial é a instituição de mecanismos como o Sistema Único de Saúde (SUS) que são basilares para a atuação internacional brasileira na saúde (SANTANA, 2012, p. 89; VENTURA, 2013b, p. 102). Há que se salientar, contudo, que há maior destaque às relações exteriores de forma geral especialmente a partir dos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC), uma vez que casos de destaque ocorrem neste momento (como o do HIV/AIDS, tratado adiante). Em períodos posteriores, sobretudo nos governos Luiz Inácio Lula da Silva, a ênfase na política externa se repete.

Com relação aos atores participantes dos processos que envolvem a política externa, esse novo período traz algumas novidades. Anteriormente, o órgão governamental de quase exclusiva atuação era o MRE, com maior ou menor autonomia dependendo do aval presidencial. Em alguns casos, ainda havia participação pontual de ministérios envolvidos com temas militares e econômicos. Não obstante, após os processos citados (globalização, liberalização e redemocratização e seus efeitos), uma nova parcela de atores passa a ter destaque. Dentro do governo, novas agências ministeriais, como o MS, passam a participar cada vez mais com estratégias e atuação internacionais próprias. Isso ocorre em função da variedade de temas que exige cada vez mais conhecimentos específicos, o que o Itamaraty não possui. Inclusive, o próprio MRE, como resposta, passou a recrutar pessoal mais especializado em diferentes temas. Esses processos são definidos por Pinheiro (2008) como descentralização horizontal do processo de formulação da política externa, com destaque para a instrumentação. Como consequência, isso possibilitou também o crescimento da cooperação internacional e da integração regional (PINHEIRO, 2008, p. 20). Pinheiro e Milani (2011) colaboram com este argumento ao analisar os mesmos fatores e afirmarem que a ampliação da agenda, que requer mais conhecimento especializado, implica em mais articulação e de forma cada vez mais densa e institucionalizada entre os atores. Consequentemente, problemas (e soluções) internacionais e domésticos estão cada vez mais interligados (PINHEIRO; MILANI, 2011).

Já Milani (2011) expõe, ao analisar as questões de direitos humanos, que os diferentes atores envolvidos em distintas agendas trazem consigo percepções próprias. Isso resulta na problematização a respeito de "como o Estado deve comportar-se internacionalmente na defesa dos direitos humanos e como essa problemática se relaciona com os campos da segurança, do desenvolvimento e da cooperação internacional" (Milani, 2011, p. 34). Isto significa que os atores específicos são capazes de influenciar com suas visões de mundo as respostas do país em diferentes segmentos, como a saúde e a segurança. Também demonstra que, para além das agências governamentais, há o papel de outros novos atores como a sociedade civil (PINHEIRO, 2008, p. 22).

Com base nesses trabalhos, decorre que, apesar do Itamaraty continuar atuando no sentido de tentar manter-se um ator relevante, abre espaço para outros, como o Ministério da Saúde, num ambiente complexo, permeado por condicionantes externos e internos ao país,

mas que são igualmente relevantes. Isso demonstra, em suma, que há emergência de diferentes atores que rompem com uma possível exclusividade do Itamaraty nas questões de política externa, uma vez que esses novos agentes trazem à tona suas próprias visões de mundo. Nesse sentido, é possível, por exemplo, que o MS esteja engajado no cenário internacional a partir de uma percepção distinta daquela do MRE.

Em relação aos governos propriamente ditos, há em FHC, conforme Vigevani e Oliveira (2003), o prosseguimento dos parâmetros tradicionais da PEB. A isso, os autores acrescentam sua premissa central: há um tipo de adequação que iniciou com Collor, passou pelo governo Itamar Franco e chegou a FHC, que a aprofundou. Identifica-se uma maior participação do Brasil no mundo, visando atuar dentro do sistema. Enquanto denominam o período anterior de autonomia pela distância, este novo momento seria o da chamada autonomia pela participação, designada a “ampliar o poder de controle sobre o seu destino” (VIGEVANI; OLIVEIRA, 2003, p. 37). Haveria busca por articulação com o meio internacional, mas sem submeter a autonomia; por uma postura amigável frente aos países do Norte, porém atendendo as necessidades e especificidades do país; e por influenciar na agenda internacional com perspectivas próprias. Isso faria o país convergir, então, às tendências mundiais e aderir aos regimes, sem ter uma posição subordinada. Entendia-se, portanto, que os interesses brasileiros estavam atrelados aos internacionais (VIGEVANI; OLIVEIRA, 2003, p. 39).

No governo Lula, Vigevani e Cepaluni (2007) também consideram que há conformidade com paradigmas históricos da PEB. O que houve foi, em relação ao momento anterior, mudanças de ênfases na condução da política externa. Mantendo-se o objetivo central do desenvolvimento econômico do país sem submeter a autonomia, os autores denominam o novo estágio de autonomia pela diversificação. Esta consiste em adesão aos princípios e normas internacionais através de alianças Sul-Sul, as quais visam a diminuição de assimetrias. Os autores acreditam que, dentre as principais diferenças entre as duas políticas externas, estão as ideologias e interpretações distintas dos líderes em relação aos constrangimentos e oportunidades apresentados pela ordem internacional (VIGEVANI; CEPALUNI, 2007).

O aspecto geográfico desses dois governos em destaque pela diplomacia presidencial também demonstra o caráter da PEB recente. Vilela e Neiva (2011) avaliam os discursos de ambos e concluem que FHC voltou-se sobretudo para a Europa e para a América do Sul,



enquanto Lula direcionou-se consideravelmente menos ao continente europeu e um pouco menos ao sul-americano e se referiu mais do que FHC a todos outros continentes, com destaque para a África. Isso é reforçado pela relação do número de visitas de cada presidente nos deslocamentos internacionais, que se mostra também uma importante ferramenta. A partir desses dados, observa-se que FHC visitou mais (percentualmente) a América do Sul e a Europa; Lula, por outro lado, apesar de sua região mais destacada ser a sul-americana (que visitou mais em número de viagens), concentrou nela menos esforços que o governo anterior, ampliando o diálogo com Ásia, América Central e Caribe, América do Norte e África – esta última sendo onde mais diferença há na diplomacia presidencial de ambos (RIBAS; FARIA, 2011, p. 14).

Os discursos demonstram que o governo de FHC foi favorável e neutro em relação aos EUA, enquanto Lula foi neutro na maior parte das vezes, com equilíbrio entre decisões desfavoráveis e favoráveis<sup>34</sup> (VILELA; NEIVA, 2011, p.81). Sobre essa relação, Visentini (2011) interpreta que mesmo que pareça haver mais confrontação, não era isso que pretendia o Brasil de Lula, senão a defesa dos seus próprios interesses, fossem eles favoráveis ou contrários aos estadunidenses. Ribas e Faria (2011, p. 15) contribuem para esse enfoque ao avaliar que FHC entendia a relação com os Estados Unidos como ordenadora do resto, enquanto Lula não pensava dessa maneira. Dessa forma, poria menos ênfase nessa relação e na conformidade de interesses.

Com relação aos temas abordados, Vilela e Neiva (2011) contribuem, a partir dos discursos, ao elencar sete grandes áreas temáticas: meio ambiente, paz e segurança internacional, democracia e direitos humanos, cooperação internacional, instituições internacionais, desigualdade social e, finalizando, economia. Infelizmente não consideram o setor da saúde, que pode estar diluído entre todas as outras categorias. No entanto, esta classificação pode ser útil para fins comparativos em relação aos dois governos abordados. Através da análise desses dados, a grande diferença relativa está no destaque dado por FHC a democracia e direitos humanos, enquanto Lula dá mais

---

<sup>34</sup> Além das questões de poder no sistema internacional, a conexão do Brasil com os EUA também é de importante avaliação neste trabalho visto que é o país norte-americano quem defende mais fortemente a bandeira da securitização na área da saúde. Apesar da ampla gama de atores envolvidos, uma tendência a maior ou menor correspondência na política externa dos dois países pode refletir na saúde também.

proeminência a desigualdade social e economia (embora esta última tenha sido a área de maior destaque absoluto de ambos)<sup>35</sup>. Em relação à avaliação dos setores analisados em associação com outros continentes, observa-se novamente a importância europeia e sul-americana para FHC em todos os assuntos. Já, em Lula, há uma atuação mais diversificada, em que são priorizados, todavia, África e América do Sul (VILELA; NEIVA, 2011, p. 80-2).

Barboza (2014) procura explicar o motivo pelo qual esses dois presidentes consideraram estratégico formalizar o tema da saúde na agenda da PEB. A autora demonstrou que o discurso global do período legitimava a inserção da saúde e que era visto como um instrumento para projeção do Brasil no cenário internacional. Dessa forma, ela examina a institucionalização do tema na política exterior brasileira. Em suma, considera-se que a relação entre saúde e diplomacia no período existiu em continuidade, ao afirmar que foi

volumoso, contínuo, consistente e em consonância com a agenda social do sistema internacional, sugerindo que não se tratava de um evento isolado, esporádico, superficial, resultado de preferências de um determinado mandato político ou subordinado a interesses tradicionais e inflexíveis da agenda diplomática (BARBOZA, 2014, p. 119-20).

Sobre o governo Dilma Rousseff e os posteriores, em que incidiram o caso do vírus Zika, o que se nota é que os estudos são ainda incipientes. Cornetet (2014) analisa o governo Rousseff com uma metodologia semelhante a de Vigevani e Oliveira (2003) e Vigevani e Cepaluni (2007). Conclui que, apesar de manter os objetivos de autonomia e de desenvolvimento (caracterizando, portanto, a continuidade, sobre esse ponto de vista determinante), esse governo foi menos ousado e propositivo, ocorrendo uma contenção da política externa. Outro resultado é o de que o perfil mais administrativo e burocrático da governante e os choques externos (como a Primavera Árabe, por exemplo), constituem nas grandes causas dessa contenção. Entende-se, em suma, que os fatores de continuidade são a inexistência de novas demandas burocráticas e a ausência de reestruturação doméstica, enquanto as mudanças seriam basicamente os diferentes

---

<sup>35</sup> Nos dois momentos pouco se altera a discussão de segurança, ficando sempre em torno dos 10% da agenda, o que é um número baixo para os dois governos, especialmente para Lula (VILLA; NEIVA, p. 82-9).

perfis de presidência e os choques externos supracitados (CORNETET, 2014).

Referente à saúde, a tendência no governo Rousseff foi semelhante. A política externa na área da saúde sofreu declínio em financiamento, capacidade organizacional e assistência internacional. Isso em razão da diminuição no orçamento para suporte do MRE, da falta de interesse na PEB e o foco na política interna (especialmente voltada ao desenvolvimento econômico e ao bem-estar social) e da falta de habilidade para criar um conjunto de ideias claro em política externa que criou pouca ação de unificação entre os interesses do Estado e da sociedade civil para trabalharem juntos no nível internacional (GÓMEZ; PEREZ, 2016).

Com o acontecimento do *impeachment* no Brasil, toma posse Michel Temer, primeiro como interino e depois efetivado no cargo. Dada a atualidade do fato, a bibliografia ainda é escassa a respeito de sua política exterior. Pelo discurso de posse de José Serra, primeiro ministro do MRE de Temer e sucedido por Aloysio Nunes, do mesmo partido, entende-se que há uma tentativa de mudança brusca em relação ao período anterior, tratado como “ideológico” (MRE, 2016). A palavra segurança não aparece nenhuma vez no texto, enquanto a preocupação com a democracia, liberdades e direitos humanos já aparece logo na segunda diretriz – influenciada, provavelmente, em função da necessidade de conferir legitimidade ao *impeachment*. Ainda assim isso é importante, tendo em vista que, pelo menos no tocante à segurança, parece haver vontade de manter as tradições do país e o observado nos governos anteriores. Com relação aos parceiros, outra tendência demonstra ser a volta dos países centrais como mais próximos.

O que se pode concluir disso é que a segurança internacional não aparece como eixo principal em nenhum dos dois presidentes que mais influenciaram e usaram da política externa no Brasil nos últimos tempos, tampouco nos posteriores. O destaque a aspectos como direitos humanos (FHC) e desigualdade social (Lula) indica que a saúde nos discursos deve aparecer ligada mais a questões humanitárias do que securitizadoras. Em relação ao governo Rousseff, nota-se uma retração da política externa. Com Temer, apesar da incógnita e impossibilidade de avaliação mais profunda, parece haver tentativa de distanciamento com relação ao período do Partido dos Trabalhadores (PT). A política externa parece perder espaço em função dos desafios políticos e econômicos de cunho doméstico enfrentados por este governo.

Os governos FHC e Lula, ademais, demonstram ser importantes porque foi nesse momento que começam a surgir mais profundamente as iniciativas de reforma do RSI. Além disso, é durante esse período que a segurança e a saúde passam a ser ligadas cada vez mais, especialmente por parte do governo dos Estados Unidos. Com Rousseff e Temer a relevância para o trabalho é mais clara, visto que é quando ocorre a epidemia de Zika no Brasil e a instituição dela como ESPII.

A atuação brasileira na saúde tem sua ênfase acentuada apenas no período recente. No entanto, uma das primeiras iniciativas de relevância que se costuma citar como exemplo da atuação da diplomacia brasileira na saúde, mesmo que levada a cabo por um sanitarista, é a da participação na Conferência de São Francisco, em 1945, no pós-Segunda Guerra Mundial<sup>36</sup>. Nessa conferência, em conjunto com a China, o Brasil apresentou a proposta de uma Conferência Internacional de Saúde que teria como consequência futura a criação da OMS. Mais à frente, o Brasil continuaria a empenhar-se na elaboração da constituição dessa nova organização (SANTANA, 2012, p. 88; BUSS; FERREIRA, HOIRISCH, 2011, p. 215). Além disso, há um histórico de cooperação com organizações como a OPAS desde a sua criação<sup>37</sup> (LIMA, 2002;

---

<sup>36</sup> Apesar desse ser um dos momentos mais lembrados, o Brasil já participava anteriormente na temática da saúde, como é exemplo a participação nas convenções internacionais feitas nas Américas e iniciadas em 1881 (o que, em 1902, viria a resultar na organização que antecede a OPAS), na instituição de saúde da Liga das Nações, entre outros. A atuação na OPAS, aliás, é histórica, como demonstra Lima (2002). O país também atuou em conjunto com organizações não-governamentais, como é o caso da parceria com a Fundação Rockefeller (LIMA, 2002).

<sup>37</sup> Como exemplo disso, destaca-se a elaboração do Termo de Cooperação nº 41 (TC 41). Ele foi um termo assinado pelo Brasil, representado por MS e Fiocruz, com a OPAS no ano de 2006. Formaliza o Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde. Essa iniciativa surge como resultado do do Programa de Difusão e Intercâmbio sobre Reforma Sanitária, elaborado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela representação da OPAS no Brasil em 2003 (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012, p.445). O TC 41 é consequência da intensificação de iniciativas de cooperação realizadas pelo Brasil e acompanhadas pelo escritório da organização regional no país. A partir dele há a facilitação da execução da cooperação trilateral entre o governo brasileiro (representado pelo MS e suas agências), a OPAS e os países receptores e suas instituições (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2010). A prioridade é dada a projetos com a África lusófona e a América Latina, permite a atuação internacional de diversas

PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012). As etapas do envolvimento brasileiro na esfera internacional foram:

num primeiro momento a adoção de modelos organizacionais do exterior, seguida da captação de ajuda internacional (...), ampliando-se posteriormente com o crescimento do número de convênios com instituições de outros países e através de intercâmbio com grandes centros de desenvolvimento de saúde (...); e, a partir da década passada, com a Fiocruz passando a integrar a Rede Mundial de Institutos Pasteur, como um dos 32 Centros que a integram em todo o mundo (BUSS; FERREIRA, HOIRISCH, 2011, p. 215).

Com a instituição da nova Constituição Federal a criação Sistema Único de Saúde, o Brasil adquire uma nova identidade no tema e passa a ter a saúde entre os principais temas de atuação. Uma visão de forma descentralizada e democrática, que visa garantir o acesso integral, universal e igualitário à saúde pelos cidadãos brasileiros (PIRES-ALVES; PAIVA; SANTANA, 2012, p. 444). Dessa forma, é uma política que, quando transposta à PEB, reflete em valores solidários, mesmo que seja dependente da superação de limites e contradições com interfaces interna e externa (VENTURA, 2013b, p.101). Utilizando-se dessas credenciais, o país pode, então, assumir nova postura no meio internacional. Além disso, a atuação internacional tem o intuito de fortalecer a política doméstica através de intercâmbio de conhecimento e de tecnologia e também do reconhecimento internacional<sup>38</sup> (SANTANA, 2012, p.89). Isso é claro, por exemplo, na PEB de FHC e de Lula, que veem a saúde como tema essencial e legítimo no mundo atual, além de possuírem ambição de projeção internacional numa área mais propícia às capacidades do país (BARBOZA, 2014, p. 16).

---

instituições brasileiras e está fundamentado em alinhamento, horizontalidade e autonomia (SANTANA, 2012, p. 92).

<sup>38</sup> Muitos autores observam que, além dos benefícios possíveis pela internacionalização das políticas públicas, também entram em questão possíveis ganhos no campo das relações exteriores. O prestígio e a capacidade de influência, possibilitam tanto a manutenção e o fortalecimento das políticas domésticas quanto o ganho em capacidade de soft power. Exemplos de estudos que observam a possibilidade desse duplo benefício na PEB são Silva (2005) , Lee, Chagas e Novotny (2010), Lee e Gómez (2011), Santana (2012), Pittas e Dri (2017), entre outros.

No entanto, este setor só seria reconhecido como predominante na agenda brasileira em 2007 pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que destaca que o Brasil é um dos países que mais difunde a cooperação técnica sanitária no mundo. Dados da agência demonstram que, no período entre 2000 e 2014, a saúde foi o segundo segmento dela que mais participou em projetos Sul-Sul totalizando 16%, apenas atrás da agricultura, que constituiu 19% da agenda (ABC, 2015).

Uma característica da postura brasileira, especialmente na diplomacia em saúde, é a participação de diversos órgãos governamentais cooperando com o Itamaraty, o que reforça o caráter de horizontalização da política externa anteriormente exposto. Isso é reforçado em julho de 2005, quando há assinatura entre os ministérios da saúde e das relações exteriores de um Protocolo de Intenções que tem como objetivo aperfeiçoar a coordenação de ambos na cooperação técnica em saúde com países em desenvolvimento. Outro exemplo de importância é, além desse, a assinatura pelo Brasil da Declaração de Oslo<sup>39</sup> em março de 2007. Dessa maneira, o Brasil demonstra convergência à tendência global de aproximação das duas pastas (ZARPELON, 2013; ALVES *et al*, 2010; SANTANA, 2012). O Ministério da Saúde, porém, já havia criado previamente, em 1998, um órgão especializado em assuntos internacionais, a Assessoria de Assuntos Internacionais, mostrando atenção, ainda que inicial, aos assuntos globais.

Esses atores são cada vez mais numerosos. Vinculados à saúde, além da já citada AISA, participam também de ações internacionais o Instituto Nacional do Câncer (Inca), a Fundação Nacional da Saúde (Funasa), o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmitidas e Aids (PN-DST/Aids) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por exemplo (CEPIK; SOUSA, 2011). Esta última, atuando a partir do seu conhecimento técnico acumulado, é um caso notório. Através da cooperação estruturante, auxiliou o país na diversificação de parceiros e na promoção como ator global, especialmente em casos como a União

---

<sup>39</sup> A Declaração de Oslo de 2007 foi uma iniciativa dos ministros de relações exteriores de Brasil, França, Indonésia, Noruega, Senegal, África do Sul e Tailândia. Neste documento, é salientado o papel da saúde como tema de política externa e afirmação de que investimentos na área são fundamentais para o desenvolvimento e o crescimento econômico. Isso porque reconhecem que problemas sanitários podem levar a perigos na estabilidade e na segurança dos países. Nesse documento, os ministros acordam em dar mais atenção à saúde através de uma série de iniciativas (AMORIM *et al*, 2011).

de Nações Sul-Americanas (UNASUL), o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (PECS/CPLP) e as diferentes redes estruturantes (ROA; SILVA, 2015; FONSECA; BUSS, 2017).

Almeida *et al* (2010) sintetizam a atuação brasileira através da concepção de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. Essa conceituação pode ser aplicada sobretudo a partir dos anos 2000. A projeção internacional do Brasil na esfera da saúde é balizada pelas características Sul-Sul; isto é, manifesta um caráter de maior simetria entre os agentes – sem impor condicionalidades ou apenas praticar uma transferência passiva de tecnologias, pressupostos da cooperação Norte-Sul. A ênfase seria na América do Sul e no continente africano. Este modelo, por conseguinte, busca romper com a “hegemonia da oferta” dos países do Norte e não é voltada predominantemente ao combate de doenças específicas de maneira conjuntural, ao passo que visa apoio às autoridades locais, fomento de escolas que desenvolvem recursos humanos e fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde (VENTURA, 2013b). Dessa forma, os agentes internacionais são múltiplos e devem atuar de forma conjunta e descentralizada, construindo redes nacionais e com os países parceiros. As cinco características desse modelo de cooperação seriam: o foco na cooperação horizontal; no desenvolvimento de capacidades em saúde; a prioridade à coordenação de iniciativas regionais; o envolvimento dos ministros da saúde com a tarefa de construção de consensos; e, por fim, o incentivo a parcerias entre ministérios da saúde e das relações exteriores dos Estados (ALMEIDA *et al*, 2010).

O propósito, por conseguinte, é gerar, nos países parceiros, a capacidade de levar em frente os seus sistemas de saúde com autonomia e capacidade de liderança. Assim, o país procura atuar como um potencializador dessas capacidades, ao ajudar no desenvolvimento dos processos ligados à área da saúde, tanto em termos de estruturas físicas como também na área do desenvolvimento humano. Como intuito há o foco na melhora institucional dos parceiros, de modo que seja possível, por estes, a construção de capacidades locais e conhecimentos próprios.

Os principais focos de cooperação são, portanto, com países em desenvolvimento. Em especial, são privilegiados os latino-americanos (principalmente os da América do Sul) e os africanos (via de regra os membros da CPLP e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP). Só no ano de 2012, dos 107 projetos de cooperação sanitária que estavam em curso, 66 eram com a América Latina, 38 com a África

e 9 com a Ásia e Oriente Médio (BRASIL, 2012 *apud* VENTURA, 2013b, p. 101). Ao analisar a agenda dos projetos de cooperação do Brasil com estes Estados parceiros e com as organizações regionais, observa-se a predominância de temas que interessam ao país e conferem prestígio, como políticas de acesso universal, desenvolvimento de recursos humanos, sistemas universais de saúde, entre outros. O conceito de cooperação estruturante parece aplicar-se perfeitamente a estes casos.

No caso sul-americano, há de se destacar exemplos como a Unasul. O Conselho de Saúde Sul-Americano aparece como um dos principais órgãos do bloco. Vinculado a ele, outro exemplo é o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). A influência do Brasil em ambos é aparente, o que é evidenciado na sua criação. No caso do Mercado Comum do Sul (Mercosul), a atuação ocorre especialmente no Subgrupo de Trabalho 11 destinado à saúde e pela Reunião de Ministros de Saúde, com as características de muitos acordos voltados a uma questão mais comercial (QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011). Em contrapartida, os temas tratados na Unasul e no ISAGS são mais políticos, ligados a assuntos como gênero, fronteiras, soberania alimentar, entre outros (UNASUL, 2010).

Já na CPLP, observam-se muitas disparidades entre os países. Como consequência, a horizontalidade é mais formal e no plano dos discursos do que na prática. Ainda assim, os projetos ocorrem respeitando os parâmetros da cooperação Sul-Sul estruturante, sem condicionalidades, com objetivo de integração nos níveis individual, institucional e de desenvolvimento de capacidades (TORRONTÉGUY, 2010; PASQUALIN; GARCIA, 2011). Os países sentem-se atraídos pela facilidade do idioma e pelas identidades políticas, ideológicas e culturais (BUSS; FERREIRA, 2011, p. 109).

Além dessas experiências, também são promovidas outras ações com vistas à realização das estratégias propostas para promoção da cooperação estruturante e do intercâmbio entre países parceiros. Há, por exemplo, promoção de diversos cursos internacionais em saúde, a constituição de diversas redes, entre outros. Realizações de cursos, reuniões técnicas, transferência de tecnologia estabelecimento de redes de grupos institucionais, fazem parte, em suma, desse grupo (BUSS; FERREIRA, HOIRISCH, 2011, p. 220-225).

Em conclusão, nota-se que o Brasil vive um cenário de transformação a partir do final dos anos 1980, motivado por aspectos sistêmicos e domésticos. No caso da política externa, há o processo de



horizontalização, que ganha destaque com o passar dos anos. Entre os presidentes, destacam-se FHC e Lula, bastante influentes ao alavancar a PEB na área da saúde e os posteriores, que estiveram envolvidos no caso de estudo do capítulo três. Nesse momento, também a nível externo, vale lembrar, ocorriam debates acerca de temas de segurança em saúde como a reforma do RSI e a posição do Brasil tem como base doméstica o que vem sendo descrito nesta seção. Há durante esse período, apesar de algumas mudanças de ênfase, continuidade com os ideais tradicionais da política exterior do Brasil, adaptadas às mudanças conjunturais do pós-Guerra Fria e redemocratização.

As ações de política externa para a saúde, então, iniciaram a partir de problemas internos do país e logo se expandiram. Se a saúde, quando ligada à política externa, estava normalmente subordinada a outros setores, isso muda com o crescimento da relevância da área. Nos últimos anos ressurgiu uma visão da política externa que favorece cooperação Sul-Sul; a ela, o setor da saúde se alinha, emergindo o conceito de cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. Isso deu-se sob os pressupostos da diplomacia em saúde, através da aproximação entre o MRE e o MS. Na sequência serão aprofundados os casos emblemáticos e os principais parceiros do país.

### **1.2.1. Principais parceiros e projetos da PEB em saúde**

Expostos os princípios nos quais se baseia a política externa brasileira na área da saúde, bem como as principais características da PEB de uma forma geral, esta seção exemplifica com os principais casos do país em diplomacia em saúde. Foram elencados os mais discutidos pela literatura; isto é, referente a HIV/AIDS, bancos de leite humano (BLH) e Convenção Quadro para Controle do Tabaco.

O caso das políticas de HIV/Aids é o mais famoso e conferiu grande projeção ao Brasil. Após analisarem os projetos de cooperação técnica entre 2002 e 2009, Lima e Campos (2010) entendem que duas hipóteses a respeito do comportamento brasileiro podem ser feitas. Uma é relativa à atuação do país no sentido de fortalecer a resposta da comunidade internacional. Já a outra diz respeito à existência de intenção de prover atenção internacional às práticas brasileiras (LIMA; CAMPOS, 2010). Ligada a esta última, percebe-se a internacionalização da questão como uma estratégia para legitimar o uso da política doméstica (GÓMEZ, 2011, p. 51). A posição brasileira no âmbito

externo é coerente com a resposta interna que inova ao garantir acesso gratuito e universal aos medicamentos antirretrovirais (SOUZA, 2011, p. 204).

No entanto, esta não foi tarefa fácil. No campo externo, o país enfrentou desde o início a tarefa do reconhecimento internacional. As questões que concernem a esse tema estão ligadas diretamente a discussões sobre propriedade intelectual<sup>40</sup>, tendo o Brasil enfrentado a oposição de diversos atores e organizações importantes<sup>41</sup>. Ao lidar com esse problema, bem como para tratar da questão em âmbito interno, diversos atores não-governamentais tiveram participação – tanto domésticos quanto estrangeiros e transnacionais (SOUZA, 2011; GÓMEZ, 2011). Gómez (2011) argumenta que a resposta brasileira é produto da infiltração gradual da sociedade civil no governo, principalmente através das agências federais no período que vem da redemocratização. Isso vai ao encontro da perspectiva de horizontalização na política externa exposta anteriormente.

Silva (2005) observa que tanto o uso do *soft* quanto do *hard power* foram decisivos na condução da PEB nessa questão. O sucesso brasileiro na defesa dessa política pública permitiu ao país demonstrar liderança para alterar regras e instituições de governança global em comércio e saúde pública (SOUZA, 2011, p.205). Como consequência o país logrou transicionar de receptor para doador de ajuda internacional nesta temática (GÓMEZ, 2011, p.52).

Uma resultante desse processo é a criação de projetos como a fábrica de medicamentos em Moçambique, em parceria com o governo local. Ela demonstra não só a especial atenção que a África recebeu no governo Lula e a ênfase na cooperação Sul-Sul, como também a referida transição do país para além de receptor de ajuda (GARCIA; SVARTMAN, 2014, p.20-2; RUSSO *et al*, 2014, p.1). Esse é um processo complexo, que demonstra pontos positivos e limitações da

---

<sup>40</sup> O sucesso brasileiro é reconhecido amplamente no exterior, sendo possível graças à atuação do país, por exemplo, a instituição de uma emenda ao TRIPS destinada à saúde pública e que beneficia os países em desenvolvimento (SILVA, 2005, p.129).

<sup>41</sup> Os Estados Unidos, por exemplo, eram contrários, assim como as grandes farmacêuticas. Outros órgãos que chegaram a fazer resistência foram a Organização Mundial da Saúde, a *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), a Fundação Bill e Melinda Gates, entre outros (SOUZA, 2011, p. 208).

cooperação em saúde do Brasil no que diz respeito ao debate sobre medicamentos e farmacêuticas, apontam Russo *et al* (2014).

Outro projeto importante na diplomacia em saúde do país é o dos bancos de leite humano. Em contraposição ao modelo anglo-saxão, o criado pelo Brasil é caracterizado pelo baixo custo e efetividade, com a promoção de uma política pública de sucesso em nível internacional. Essa é outra das principais áreas a que se dedica o Brasil internacionalmente, também com fundo em políticas domésticas (PITTAS; DRI, 2017). Freitas (2014) argumenta que a rede de bancos de leite existente entre o Brasil e os parceiros gerou comunidades epistêmicas, com importante impacto na saúde materno-infantil. A autora entende que há um caráter humanitário nesses casos (FREITAS, 2014, p. 30). É de se destacar também a intersectorialidade entre as áreas da saúde e das relações exteriores, inclusive com indícios de benefícios para ambas (PITTAS; DRI, 2017). Almeida *et al* (2017) aludem o sucesso da política brasileira em BLH em: impacto positivo nos parceiros; associação entre diversos tipos de atores; sustentabilidade técnica, financeira e política; liderança e empoderamento de profissionais e instituições através do ensino e do acesso à informação, igualdade de gênero e inclusão social; e inovação. Os parceiros são países latino-americanos e africanos (sendo que no caso destes a aproximação ocorre a partir de 2007, no governo Lula), inclusive com apoio da OPAS (PITTAS; DRI, 2017, p. 2284; DUNDA, 2010, p. 189-90).

De forma complementar, Rabuffetti (2014), em sua dissertação, busca estudar a construção dos vínculos entre os participantes da cooperação internacional em BLH e as relações denexo entre os as conexões criadas e os resultados alcançados. O autor conclui que há construção de vínculos em dois movimentos: um entre a contraparte técnica brasileira e um membro do MS do país cooperante e outro para outros atores dentro do país que se conectam à Rede Global de Bancos de Leite Humano. Também diferencia colaborar de cooperar. O primeiro seria uma relação de reciprocidade com apoio pontual, enquanto o segundo era mais estruturado.

Um caso adicional é analisado por Lee, Chagas e Novotny (2010) e diz respeito à Convenção Quadro para Controle do Tabaco, tratado sob a égide da OMS entre 1999 e 2003. Uma série de inovações foram propostas, apoiadas pelo Brasil. A credibilidade e o prestígio adquiridos vieram do fato de que, não obstante a existência de uma grande indústria exportadora no país, a posição defendida foi de maior

controle sobre o tabaco. Da mesma forma que no caso dos remédios do HIV/AIDS, aqui o país também teve que lidar com grandes empresas (nesse caso domésticas) e países que se opunham. Para obter sucesso, parcerias foram feitas entre o MS, o MRE e diversos atores não estatais, além da aproximação com outros países - especialmente regionais, mas se estendendo em seguida a outros (LEE; CHAGAS; NOVOTNY, 2010).

Expostos os principais casos estudados da política externa brasileira, vale ressaltar que há diversas outras iniciativas em andamento. Isso ocorre principalmente com os principais parceiros: África e América Latina, como visto. No caso africano, e mais específico dos membros do PALOP, há a existência de diferentes redes temáticas. Elas são existentes no caso da Aids e dos bancos de leite, por exemplo, mas também com a da malária (FERNANDES, 2015, p. 55-68). No caso da Unasul também há a aproximação a variadas redes estruturantes, sendo o Brasil um protagonista, envolvido de alguma forma na coordenação de todas elas (BUENO; FARIA; BERMUDEZ, 2013, p. 95-7).

Os casos apontados são os mais estudados pela literatura na área. Através da exposição deles, nota-se que a prática da atuação brasileira ocorre conforme os princípios colocados anteriormente. Fatos como a crescente importância do Ministério da Saúde e de suas agências são confirmados, bem como a preferência e o alinhamento aos principais parceiros da política externa em geral, notadamente América Latina e África. Na sequência serão vistos, para além da diplomacia em saúde, alguns exemplos de como atua o Brasil quando o tema é a segurança em saúde.

### **1.2.2. A reação da política externa brasileira à segurança em saúde**

Com base no exposto tanto em referência à segurança em saúde quanto à política externa brasileira, busca-se agora ter indícios a respeito do comportamento do Brasil neste tema. Para isso, basicamente três fontes serão analisadas: duas que se referem a reuniões específicas no ambiente internacional e um artigo científico que expõe as estratégias de detecção, prevenção e controle de emergências de saúde pública internamente.

De acordo com o que foi exposto na seção acerca da segurança em saúde, os Estados em desenvolvimento e os desenvolvidos possuem

desacordos em certos aspectos. Dado o papel que ocupa o Brasil no cenário internacional, cabe observar seu posicionamento neste debate. Rushton (2011) já antecipara que o país já se manifestou contrário à utilização do vocabulário da securitização e de algumas práticas condizentes a essas definições.

Em uma descrição sobre uma reunião da OMS sobre Gripe Aviária (H5N1) no dia 23 de novembro de 2007, Shashikant (2007) avalia a elaboração do esboço de documentos ali produzidos. O potencial pandêmico da doença e de outras semelhantes foi observado, assim como a preocupação em rastreamento. Dois dos principais documentos produzidos foram um plano a respeito de princípios de compartilhamento de exemplares do vírus, financiamento, ação coletiva, propriedade intelectual, entre outros mecanismos, e outro referente a componentes operacionais. Outra produção era a de um dicionário de termos. Essa era destinada a ser a base de negociações futuras. No entanto, basicamente em nenhum dos documentos houve acordo de fato, sendo que o Dicionário de Termos sequer fora adequadamente discutido (SHASHIKANT, 2007).

O resultado esperado era a reforma do *Global Influenza Surveillance Network* vinculado à OMS, o qual recebera muitas críticas de países em desenvolvimento liderados pela Indonésia. A principal reclamação era a de que esses Estados cooperavam com o sistema de vigilância ao fornecer exemplares de vírus e informações, mas em troca não obtinham nada, tendo ainda que comprar vacinas produzidas a partir das amostras que forneciam a um alto custo. Na sequência das discussões sobre os documentos, a União Europeia demonstrava que queria a inclusão do termo “segurança em saúde global”, especialmente na tentativa de ligar o discutido na reunião ao RSI e de obrigar os Estados do Sul a contribuir com amostras de vírus independente da vontade deles. Isto foi problematizado pela delegação brasileira que afirmou que não era claro o porquê deste conceito ser adicionado ao texto e que não estava disposta a trabalhar sob o conceito da segurança (SHASHIKANT, 2007).

O Brasil, dessa forma, assumiu o lado dos países em desenvolvimento, que em geral foram contrários ao posicionamento europeu. O fim foi visto de forma positiva pelos representantes do Sul e por ONG's com interesses semelhantes, com êxito em evitar a ligação à segurança. Nesse caso, o diplomata brasileiro se pronunciou afirmando que o desfecho fora positivo, a despeito de ter sido um encontro intrincado (SHASHIKANT, 2007).

Outro exemplo ocorreu em janeiro de 2008. Tayob (2008) reporta sobre um debate no Conselho Executivo da OMS acerca de um esboço de resolução para a implementação das regulações sanitárias internacionais, de outro sobre mudança climática e saúde e de uma sessão envolvendo propriedade intelectual. Com relação especificamente à questão da segurança, Tayob (2008) observa que o termo “segurança em saúde global” foi objeto de discussão na 122ª sessão do citado conselho. O autor expõe que o termo foi problematizado especialmente pelo Brasil durante a reunião. O representante brasileiro teria dito que não havia um significado claro e que não era consenso entre os membros da Assembleia Mundial da Saúde (AMS). O país também observou que, não obstante o RSI não mencione a palavra “segurança”, o secretariado da OMS o fazia no *World Health Report* de 2007, o que foi criticado. Em resposta ao relatório que cita que o RSI é importante para atingir os objetivos de segurança em saúde, os representantes do país teriam dito, inclusive, que não faziam ideia do que eram esses objetivos (TAYOB, 2008).

Em resposta, os Estados Unidos teriam explicado seu entendimento sobre segurança em saúde e reinterpretado o comentário brasileiro como se o Brasil tivesse proposto melhor elaboração do conceito no relatório final. Um delegado da OMS sugeriu que a organização fizesse uma definição da terminologia em um relatório revisado. A resposta do Brasil foi a de que isto deveria ser discutido na AMS para que os membros pudessem trabalhar na interpretação adequada. Pela descrição de Tayob, fica claro que há uma ampla defesa do léxico da segurança pelos países desenvolvidos, como EUA e europeus, enquanto há preocupações e reticências por parte dos em desenvolvimento – seja sobre termos, sobre estruturas, obrigações ou outros temas (TAYOB, 2008).

Carmo, Penna e Oliveira (2008) observam que o RSI (2005) e a definição de ESPII são adequados e mais precisos do que conceitos anteriormente utilizados. Essa concepção está sendo utilizada pelo Ministério da Saúde a partir da SVS (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 20-2). Com base nisso, os autores analisam as emergências de saúde pública de importância nacional notificadas à instituição a partir do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), de março de 2006 até setembro de 2008. Vale ressaltar que em nenhum momento utilizam a palavra “segurança” ou algo a ela referente, indo ao encontro da perspectiva do Brasil internacionalmente

de evitar a associação do RSI a esse vocabulário, mesmo que em geral – e em particular nos países do Norte – seja habitual de ser feito.

Foram notificados aos CIEVS, no período, 543 eventos possíveis de serem emergências de saúde pública de importância nacional. Entre os modos de transmissão destacam-se as antropozoonoses; já entre as doenças infecciosas, a proeminência é da dengue, com 214.091 pessoas infectadas (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 22-4). Houve notificação em todos os estados federativos, embora os autores reconheçam que o número de casos também está relacionado à capacidade de detecção de cada um (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 23).

Para aumentar a capacidade de detectar, prevenir e controlar emergências de saúde pública, o Ministério da Saúde realiza algumas atividades. Uma forma é o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS, feito em colaboração com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos. Esse serviço é voltado para a formação de recursos humanos para investigação e resposta às emergências de saúde pública (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 26).

Outro meio é através do já citado CIEVS e da Rede CIEVS, sendo o primeiro existente desde 2006. Ele possui os objetivos de detecção emergências, de propiciar o gerenciamento delas e de coordenar respostas apropriadas com o MS junto a secretarias estaduais e municipais de saúde. No âmbito internacional, compõe a *Global Outbreak Alert & Response Network* (GOARN). No âmbito das Américas, o Brasil foi o terceiro país a ter seu centro de alerta e resposta estruturado (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 24).

Existem ainda outras estratégias. Há, por exemplo, a implantação de rede de vigilância epidemiológica hospitalar para melhorar esses serviços, com implementação de 192 núcleos entre 2005 e 2008. Busca-se, também, promover a ampliação da capacidade laboratorial, preparação para uma possível pandemia de *influenza* e, por fim, a implementação do RSI (2005). Neste último caso, destaca-se que o país já promovia ações coordenadas com os membros do Mercosul desde o processo de revisão dos regulamentos sanitários. As principais atividades realizadas são a avaliação de capacidades básicas de vigilância e resposta às emergências de saúde pública, com o desenvolvimento pelo bloco de um instrumento para esta avaliação e contribuição com a OPAS/OMS (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 27-8).

A avaliação desses dois exemplos da atuação do Brasil no exterior e da adequação interna ao que vem sendo discutido internacionalmente nos últimos anos fornece alguns indícios<sup>42</sup>. Primeiro, que o país tende a se opor ao léxico da segurança (tanto abertamente no âmbito externo quanto internamente sem mencionar tal palavra). Segundo, que no debate entre Norte e Sul, a tendência é de se colocar ao lado dos países em desenvolvimento. Terceiro, por fim, que apesar da discussão no exterior, não há uma postura de confrontação completa e rejeição, uma vez que, internamente, há adequação aos mecanismos de segurança em saúde, inclusive como destaque nas Américas<sup>43</sup> (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO, 2017). O objetivo parece ser o de que os procedimentos internacionais estejam de acordo com a perspectiva do Brasil, com o país atuando dentro do regime.

Essas perspectivas serão importantes para o terceiro capítulo e a avaliação do caso da Zika. As evidências aqui colocadas fornecem um caminho que permitirá verificar se o caso do estudo segue a mesma lógica da atuação nacional nesses casos de segurança em saúde. Isto é, especialmente se o vocabulário utilizado é o mesmo que nesses eventos descritos e se na resposta doméstica dada pelo governo houve essas estratégias de detecção, prevenção e controle de emergências de saúde pública e se os órgãos domésticos atuantes são os expostos acima, sobretudo a Secretaria de Vigilância em Saúde e o CIEVS.

### 1.3. Considerações Parciais

A partir do exposto até o momento, dois objetivos foram buscados. Eles dizem respeito à verificação da medida em que as

---

<sup>42</sup> A ressalva vai para o fato de que foram analisados apenas dois momentos externos e um estudo que avalia o interno, o que não permite dizer que são comportamentos habituais do Brasil. Pode ser dito, apenas, que seguem a mesma lógica e parecem apontar uma mesma direção através de um modo de ver o mundo bem definido. Pareceria estranho caso isso fosse exceção e não regra, contudo para tanto precisariam ser analisados mais ocasiões.

<sup>43</sup> Segundo estima a Organização Pan-Americana da Saúde, o Brasil é um dos países das Américas que mais se adequou ao Regulamento Sanitário Internacional. Entre as treze variáveis consideradas, o país só não obteve nota máxima em dois – laboratórios, em que obteve 96% e pontos de entrada, 67% (PAHO 2017). A estrutura do Sistema Único de Saúde serve como base para o desenvolvimento das capacidades nacionais relacionadas ao RSI.



questões de segurança vem se vinculando às sanitárias e à avaliação a política externa brasileira no setor da saúde.

Com relação ao primeiro, podem ser tiradas diferentes conclusões. Observa-se inicialmente que os processos que culminam nos entendimentos de segurança em saúde atuais possuem um desenvolvimento histórico que envolvem também a diplomacia. Especialmente com o final da Guerra Fria, novos elementos são trazidos a essa arena, tais como a emergência de atores não estatais.

Como consequência, novos conceitos precisam ser elaborados ou adaptados. Enquanto a segurança humana é exemplo de surgimento, a segurança nacional é de ajustamento. É importante ter em mente que a multiplicidade de concepções faz com que haja divergências em alguns aspectos, como no objeto referente. Isto, por sua vez, leva aos atores a terem comportamentos, agendas e interesses discordantes, dado que atuam conforme princípios díspares.

Um reflexo disso é na defesa ou na crítica à securitização da saúde. Foi visto que esse processo não é intrinsecamente bom nem ruim sem a consideração do contexto. Ele traz consigo diferentes possibilidades que podem ser aplicadas a diferentes contextos. Avaliar os custos e benefícios é particular a cada ator, tendo em mente que, de alguma forma, a OMS também incorpora esse conceito no RSI e que há um custo na opção de confrontar o regime. Por isso a complexidade de análise de casos em que são aplicáveis essa terminologia.

No caso brasileiro, a política externa setorial da saúde segue princípios solidários, regidos por uma base nos direitos humanos. Isso principalmente após a redemocratização e a instituição do SUS, sendo este último o responsável pela coordenação das ações de saúde no país. As ações em âmbito externo existem em parceria com o que já é executado dentro do país. Destaca-se o papel de vários atores, num exemplo de horizontalização da PEB. Não só o Ministério das Relações Exteriores é atuante, mas também o Ministério da Saúde e diversas de suas agências, por exemplo.

Em relação aos projetos, há uma nítida projeção com o caso dos antirretrovirais para HIV/AIDS. Outros exemplos importantes são dos bancos de leite humano e da atuação na Convenção Quadro para Controle do Tabaco. Nesses casos, bem como em outras iniciativas, o país buscou vincular-se a países latino-americanos e aos africanos da CPLP – este último caso após o início do governo Lula. Tudo isso ocorre em consonância com a chamada cooperação Sul-Sul estruturante em saúde.

Já no que tange à atuação brasileira no marco da segurança em saúde, notam-se algumas tendências. Primeiro, no ambiente externo, parece haver uma postura de rejeição na utilização deste léxico e de aproximação aos países em desenvolvimento que fazem o mesmo. Em segundo lugar, no plano interno, há adoção do RSI e tentativa de desenvolvimento de diferentes mecanismos para melhora da vigilância do país. Nesse contexto, destaca-se a SVS e o CIEVS. Ressalta-se, contudo, que há deficiência na tomada de estatísticas, principalmente por alguns estados.

É interessante ressaltar que parece existir um movimento dual no comportamento do país. Ao mesmo tempo em que questiona a utilização do vocabulário da segurança sem que haja um consenso na Assembleia Mundial da Saúde, também se esforça para incorporar o RSI no plano doméstico. Há uma postura de crítica ao regime e a posições que tendam a extremar sua designação como instrumento da segurança, ao mesmo tempo em que se atua dentro dele. Isso pode sugerir tanto que o governo tende a opor-se à securitização no caso Zika quanto que, se necessário for, deve fazê-lo de alguma forma dentro do sistema existente do RSI, já que quer implementá-lo e não confrontá-lo. Uma possibilidade de interpretação dessa postura é que o RSI é considerado necessário mas não suficiente e que mantê-lo distante das concepções de segurança poderia ajudar a trazê-lo mais à realidade brasileira como Estado do Sul global.

Isto posto, entende-se que o caso Zika pode ser analisado dentro desse quadro proposto até o momento. Esses diferentes conceitos, argumentos, atores e agendas constituem os pilares dos capítulos subsequentes. Neles será visto quais foram os condicionantes externos e contextos (capítulo dois) e como foi a resposta brasileira à questão a partir do exposto até aqui (capítulo três).

## **2. CONTEXTOS E CONDICIONANTES DA RESPOSTA BRASILEIRA: DILEMAS SOCIOPOLÍTICOS, VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO E OPAS E OMS**

Expostas as questões teóricas a respeito da segurança em saúde e da análise de política externa, volta-se neste capítulo para os dilemas sociopolíticos, descrição de pontos concernentes à exposição da Zika na mídia e a atuação da OPAS e da OMS, principalmente através do RSI. Isso servirá como subsídio para a análise das ações elaboradas pelo governo nacional, a ser desenvolvida no capítulo posterior.

Na seção inicial, o foco é duplo. Há apresentação resumida da Zika abordando seus aspectos epidemiológicos e, sobretudo, demonstrando que a maior preocupação a seu respeito refere-se às desordens neurológicas associadas. Em seguida, são expostos alguns dos principais dilemas sociais que a epidemia ajudou a trazer à tona e que aparecem como temas que necessitam de soluções e debates.

O foco dado à Zika nos veículos de comunicação é então explorado. Recorda-se que para que haja uma securitização de sucesso, é necessário que seja aceita pelo público. Um levantamento bibliográfico permite descrever qual foi o comportamento durante o período em análise no estudo. Isso auxiliará no entendimento da existência ou não da securitização.

Em seguida, as proposições da OPAS e da OMS são apresentadas. Essa parte do capítulo tem como cerne a análise documental do que foi divulgado pelo Comitê de Emergência sobre o vírus Zika e sobre o aumento observado em desordens neurológicas e malformações neonatais do Regulamento Sanitário Internacional. Ele teve um total de cinco reuniões e definiu tanto o estabelecimento quanto a retirada da Zika como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Igualmente, os principais documentos da Organização Mundial da Saúde e de seu braço regional serão vistos.

O capítulo faz, então, uma análise que visa a compreensão do contexto externo e sua possível influência na resposta dada pelo governo brasileiro. Busca-se avaliar de que forma os dilemas sociopolíticos e a atuação da OPAS/OMS representam em mecanismos capazes de direcionar a resposta nacional. O marco teórico da segurança em saúde é de particular valia, dado que possibilita o enquadramento e direcionamento da interpretação das questões dos determinantes em

saúde e da atuação das organizações internacionais. Isto é, serve de indicador na hora de compreensão dos discursos.

### **2.1. Epidemiologia e dilemas sociopolíticos: a identificação dos determinantes em saúde**

O vírus da Zika já é conhecido há décadas. No entanto, passou a ser visto como problema de preocupação global apenas recentemente. Nessa seção serão introduzidos alguns aspectos gerais da epidemiologia. Serão apresentados, igualmente, dilemas sociais que surgem com as possibilidades de resposta à questão.

O vírus Zika, da família dos *Flavivirus*, foi isolado pela primeira vez em Uganda, em 1947. Houve a identificação em macacos e, posteriormente, em mosquitos do tipo *Aedes africanus* (DICK; KITCHEN; HADDOW, 1952). Durante as décadas posteriores, foi identificado também em outras regiões e mosquitos da espécie *Aedes* nos continentes africano e asiático. Com isso, houve desenvolvimento de dois tipos de linhagem do vírus, sendo um africano e outro asiático, continentes em que foram identificadas as primeiras infecções em seres humanos (HAYES, 2009).

Os sintomas, quando existentes, são parecidos com os da dengue (HAYES, 2009; IOOS *et al*, 2014), sendo a doença descrita no Brasil inicialmente, no estágio em que ainda era desconhecido o nome correto, como uma espécie de dengue fraca (DINIZ, 2016). Ademais, até 80% dos casos podem ser assintomáticos, o que traz o perigo da transmissão involuntária, principalmente em função das diferentes formas de contágio (RABAAN *et al*, 2017, p. 146).

O primeiro caso de infecção por humanos fora da África e da Ásia foi em 2007, em um surto nas ilhas Yap, na Oceania, indicando seu potencial de espalhar-se por outras ilhas do Pacífico e pelo continente americano (LANCIOTTI *et al*, 2008; HAYES, 2009). Uma pesquisa sugere que, nesse caso, cerca de 73% da população acima de três anos foi infectada, com o *Aedes hensilli* como principal vetor (DUFFY *et al*, 2009). Em 2013 e 2014, houve outro surto em ilhas do Oceano Pacífico, afetando o território da Polinésia Francesa.

As hipóteses predominantes acerca da chegada ao vírus ao Brasil dizem respeito a eventos internacionais de grande porte. Entre as principais, estima-se que tenha chegado ao Brasil a partir do campeonato de Va'a (canoagem polinésia) no Rio de Janeiro em 2014,

da Copa das Confederações, em 2013, ou na Copa do Mundo de 2014, os dois últimos eventos de futebol sediados no país (DINIZ, 2016, p. 32). Outras possibilidades são a visita do Papa e o Dia Mundial da Juventude, ambos em 2013 (POSSAS, 2016, p. 3-4). O fenótipo encontrado foi o asiático (POSSAS, 2016, p. 2). Do Brasil teria se espalhado inicialmente para uma série de outros países, sobretudo do continente americano. Hoje a OMS estima que 72 países tenham sido afetados pelo vírus da Zika (BRASIL, 2016a).

A evidência do vírus no Brasil levou a uma grande exposição da doença e ao desenvolvimento de uma série de pesquisas pelo mundo. Alguns dos estudos de maior impacto foram relacionados às suas associações. A principal delas é a referente à Síndrome Congênita do Zika, cujo sintoma mais notável é a microcefalia em bebês nascidos de mães que tiveram a doença (FRANÇA *et al*, 2016). Em estudos posteriores, foi feita inclusive a associação no surto da Polinésia Francesa, o que não havia sido percebido antes da divulgação pelos pesquisadores brasileiros. Além disso, é sabido também que está associado à Síndrome de Guillain-Barré (BRASIL, 2016a).

A doença, em solo brasileiro, foi alçada a um status emergencial, sobretudo pela associação com a Síndrome Congênita do Zika e pelo grau de desconhecimento que gera incerteza e aumenta a sensação de risco (HEYMANN *et al*, 2016). Por isso, a epidemia foi conduzida ao âmbito da segurança em escalas nacional e global, efetuada por meio das declarações de emergência pelo Ministério da Saúde e pela OMS.

Outros indícios são relacionados à transmissão. Além da identificação do mosquito como vetor, mais hipóteses foram levantadas, como a transmissão por sangue, por sexo e a vertical. Em relação ao mosquito, o *Aedes aegypt*, que também é vetor de outras moléstias, como a Chikungunya e a Dengue, aparece desde logo como transmissor no Brasil. Mais recentemente, pesquisadores identificaram a possibilidade da transmissão por outro vetor, o *Culex quinquefasciatus* – conhecido como pernilongo (GUEDES *et al*, 2017).

A transmissão sexual foi observada em diversos estudos (MUSSO *et al*, 2015; FOY *et al*, 2011; VENTURI *et al*, 2016). Em relação à transmissão pela transfusão de sangue, também há indícios da sua existência, inclusive no Brasil (REUTERS, 2016; MUSSO *et al*, 2016). Pela via vertical, observa-se que a doença, bem como complicações, podem ser transmitidas da mãe para o bebê, durante a gravidez ou no parto (CDC, 2016).

Em 11 de novembro de 2015, com base nos critérios propostos pela OMS, o Brasil anunciou a Zika como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional. Esse status foi encerrado no dia 11 de maio de 2017, graças à alegada queda nos casos de Zika e de microcefalia em todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde considerou a doença como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional durante o período que foi de 1 de fevereiro de 2016 até 18 de novembro do mesmo ano.

Com toda essa atenção e esse nível emergencial, debates dos mais variados ocorreram, notadamente acerca da transmissão da doença. Isso foi estimulado ainda mais pelo fato do Brasil sediar os Jogos Olímpicos e Paralímpicos em agosto e setembro de 2016. Houve casos de atletas que desistiram de comparecer ao Rio de Janeiro (TRINDADE, 2016) e até polêmicas a respeito, por exemplo, do Comitê Olímpico dos EUA indicar ou não seus atletas a deixarem de vir ao Brasil (BASES; SCHNEYER, 2016; FOLHA, 2016). Uma série de medidas foram tomadas, tais como a mobilização de tropas, agentes de saúde designados a buscar e eliminar focos de mosquitos, a distribuição de preservativos, medidas educacionais, a aplicação de inseticidas pela cidade, entre outros (PRADA, 2016).

Entre acadêmicos, também houve debate. Em 20 de maio, especialistas de diversas áreas e países, inclusive do Brasil, publicaram uma carta aberta à OMS requisitando que a organização fizesse pressão em favor do adiamento dos jogos (MASSAD; COUTINHO; WILDER-SMITH, 2016). Autores que vão ao encontro dessa visão creem que era necessária uma medida preventiva nesse caso (ATTARAN, 2016a). Isso aconteceu em razão de diversos fatores, como: o comparecimento de turistas de uma alta variedade de países; a existência de possível mosquito transmissor em diversos desses locais; porque mesmo no Brasil tudo teria começado apenas com um turista infectado vindo da Polinésia Francesa (de um total de 329 pessoas que fizeram esta viagem); porque o aviso da OMS sobre Zika seria fraco; porque há alternativas; entre outros (ATTARAN, 2016b).

A Organização Mundial da Saúde rejeitou tomar tais medidas e disponibilizou em seu site informações a atletas e turistas<sup>44</sup> (OMS, 2016a). Massad, Coutinho e Wilder-Smith (2016) consideram que a

---

<sup>44</sup> Para mais informações, ver: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-olympics/en/>.

chance de infecção pelo vírus durante as Olimpíadas era bastante baixa – principalmente em função da sazonalidade do mosquito e sua predominância no verão. Mesmo assim, advertem que mulheres grávidas deveriam evitar visitar qualquer lugar em que haja presença reportada de Zika (MASSAD; COUTINHO; WILDER-SMITH, 2016). Ao analisar eventos anteriores, Zumla *et al* (2016, p. 3) concordam com esta visão, ao concluírem que os visitantes no Rio de Janeiro constituiriam apenas uma parcela muito baixa (1%) dos turistas em áreas endêmicas de Zika, resultando, portanto, em ausência de acréscimo considerável do risco de dissipação pelo mundo. Em um estudo semelhante, Lewnard *et al* (2016) também consideram o risco baixo e colocam como prioridade a busca por difusão de informações baseadas em evidências.

Conforme tem sido evidenciado, o teor de emergência da epidemia trouxe preocupações no âmbito global. Isso se refletiu também na academia. Ao mesmo tempo em que há tentativa de compreensão da Zika e de tudo que ela envolve, é nítida uma preocupação com o alastramento e suas possíveis consequências. A comparação com outras crises, como a do ebola, ESPII anterior, também ocorreu (CZOSNEK, 2017; DAVIES; BENNET, 2016). No entanto, é facilmente identificável a linguagem de risco. A doença é posta como “ameaça para o mundo” (RATHER *et al*, 2017), “ameaça terrível” (VARMA; YADAV; CHATTARJEE, 2016), “doença obscura” (PATEL; PATEL; PATEL, 2017), e assim por diante.

É notável também o crescimento de estudos e de reuniões envolvendo agentes locais em todas as regiões do mundo, o que denota o caráter global alcançado pela ameaça potencial colocada pelo vírus da Zika. São facilmente identificáveis estudos referentes às Américas (AIKEN *et al*, 2016), África (ZAYED; DOSS; ZOWALATY, 2017.), Europa (ZAMMARCHI, L. *et al*, 2015), Oriente Médio (WHO, 2016b), Ásia (DUONG; DUSSART; BUCHY, 2017). Ademais, a OMS e outras organizações realizaram encontros e estudos próprios.

Todos esses fatores epidemiológicos têm, por consequência, efeitos políticos e sociais. A Zika parece expor a desigualdade existente no Brasil, afetando desproporcionalmente os brasileiros (principalmente brasileiras) em situação mais vulnerável. O impacto geográfico foi maior no Nordeste, região em que a porcentagem de pessoas vivendo de rendas baixas e em bairros marginalizados nas grandes metrópoles é maior. Há ainda um impacto ético diferenciado para quem só tem condições de buscar tratamento pelo SUS (LESSER; KITRON, 2016).

Uma questão delicada envolve os direitos reprodutivos. Isso em função da Síndrome Congênita de Zika, que faz com que a epidemia afete desproporcionalmente as mulheres, especialmente as de famílias pobres (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 37; GALLI; DESLANDES, 2016, p. 1). Na América Latina em geral, e no Brasil em particular, a legislação é bastante restritiva quando se trata de aborto – o que não quer dizer que não seja prática comum de maneira clandestina (GUTTMACHER INSTITUTE, 2017; GALLI; DESLANDES, 2016, p. 1). A consequência da Zika foi o aumento nos pedidos pela legalização do aborto, especialmente por parte de ONGs que defendem os direitos das mulheres (AIKEN *et al*, 2016).

Entre os países afetados, houve diferentes tipos de recomendações, sendo elas, por exemplo, de evitar engravidar ou não. Alguns ministros da saúde, como no caso brasileiro, recomendaram o adiamento da gravidez. No entanto, essa alternativa é problematizada por Nunes e Pimenta (2016, p. 37), que observam que a maior parte das gravidezes na região não são planejadas e que existe falta de acesso a contraceptivos, má educação sexual, altos índices de estupro, barreiras culturais e religiosas. Além disso, Galli e Deslandes (2016) argumentam que o Estado possui responsabilidade por não exercer o controle do vetor e pela garantia do direito à saúde e dignidade das mulheres, ainda mais em condição de vulnerabilidade econômica e social. Esses fatores, juntos, resultam na falta de controle de um grande grupo de mulheres sobre seu direito reprodutivo e vida sexual (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 37; ROA, 2016, p. 843) e na falha do Estado, que, ao mesmo tempo em que solicita que a gravidez seja evitada, parece não compreender seu papel na falha de promoção de políticas contraceptivas, de educação sexual, de aborto seguro e de informações (DAVIES; BENNET, 2016, p. 1049; ROA, 2016, p. 843).

No Brasil, a composição do Congresso Nacional durante o período em que ocorreu a epidemia é bastante conservadora, caracterizada por forte cunho religioso. Suas posições indicam um retrocesso nas conquistas efetuadas pelas mulheres até o momento, ao impor barreiras ao acesso e à qualidade da assistência previstos pela constituição (GALLI; DESLANDES, 2016, p. 2-3). Por conseguinte, além de não avançar neste debate durante a emergência da Zika, havia ainda um complicador que constituía na ameaça do retrocesso. Isso possui um efeito particularmente pernicioso devido à condição de vulnerabilidade das afetadas pela doença, uma vez que estas eram as principais atingidas. Em um país como o Brasil, uma mulher de melhor



educação e nível socioeconômico mais alto tem mais chance de ter um aborto seguro (HARMAN, 2015 *apud* DAVIES; BENNET, 2016, p. 1051).

De uma forma mais ampla, Davies e Bennet (2016) identificam o gênero como um determinante em saúde e buscam localizar esse tipo de política dentro das emergências no setor. Reconhecem a falha das iniciativas em saúde global ao tratar adequadamente dos problemas referentes às mulheres, levando ao reforço da sua marginalização na sociedade (DAVIES; BENNET, 2016, p. 1043). As autoras observam que do caso do Ebola para a Zika não houve avanços; que em ambos as respostas no início da crise vieram com a autoafirmação de mulheres; e que nas duas emergências o problema foi que deixar de lado respostas às desigualdades estruturais de gênero agravaram ainda mais essa condição (DAVIES; BENNET, 2016). Afirmando que em um e em outro caso os direitos das mulheres estiveram praticamente invisíveis nas narrativas oficiais. Por conseguinte, ao mesmo tempo em que a emergência da Zika serviu para expor ainda mais as falhas nos sistemas de saúde reprodutiva nos países latino-americanos, também poderia ser posto como uma oportunidade aos governos para melhorarem sua assistência, como forma de não piorar ainda mais as questões de justiça social (ROA, 2016, p. 843). Essa possibilidade pode ser transposta a futuros casos de emergência, para que não se repitam falhas semelhantes.

Nunes e Pimenta (2016) analisam epidemia em relação aos limites da saúde global, a partir de uma visão crítica. Os autores buscam compreender o porquê, a despeito da existência da doença por décadas, ela chama atenção apenas neste momento; como ela está configurada como risco social, econômico e político; e o que está sendo esquecido ou silenciado. Seus eixos de análise são quatro: os processos sociais, culturais e políticos; as consequências concretas da significação do risco e as ações requeridas; as zonas negligenciadas; e, por fim, atenção à diversidade das experiências – a nível externo, entre países, mas também doméstico (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 21-2). Os autores entendem que a epidemia demonstra problemas que são mais abrangentes e que os processos de significação e resposta são capazes de evidenciar os limites da saúde global como vemos hoje.

Essa relação da doença com as desordens neurológicas, até então desconhecida, trouxe à tona a necessidade de dar sentido ao que ocorria, através do processo de significação e representação da doença. Nunes e Pimenta (2016, p. 28), por intermédio da utilização de uma ideia de significação baseada em Treichler (1987), entendem que as

epidemias podem se transformar em para-raios de tensões políticas e sociais. Nesse caso, é ainda mais importante a incorporação de estudos que envolvam questões de gênero, xenofobia, direitos reprodutivos, relacionadas ao mosquito, entre outros.

Uma questão importante diz respeito à forma de transmissão da doença. Ela pode ser transmitida por diferentes formas, conforme já dito. O que ocorre, contudo, é que autores apontam que a estratégia adotada pelos governos, de fato, prioriza o tema como um problema de mosquitos, escondendo outros dilemas existentes. Isso serve para definir e legitimar metodologias, tecnologias, estratégias interventoras e atores (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 30). O fato de terem sido comprovadas outras formas de transmissão, como a sexual, desloca a doença para outro patamar, em que são postos dilemas morais e abre portas para políticas discriminatórias e ações estigmatizantes (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 31).

Outro ponto relacionado a essa significação diz respeito aos determinantes sociais, econômicos e políticos – que tornam a Zika uma “doença negligenciada” ou “da pobreza” que afeta de maneira desproporcional as populações mais vulneráveis (NUNES; PIMENTA, 2016 p. 31). Isso é particularmente importante no caso brasileiro no momento atual, em um período de crise econômica no qual são postos cortes aos orçamentos da saúde pública e da educação, prejudicando também a pesquisa.

Referente às zonas negligenciadas, Nunes e Pimenta (2016, p. 32) adotam um conceito amplo, em que, para além das doenças, incluem determinantes sociais, grupos e populações. Os autores elencam quatro questões principais nesse aspecto e que resumem o destacado até o momento. O primeiro diz respeito ao fracasso do Brasil ao lidar com prevenção e controle de arboviroses, com uma agenda cuja ênfase é na contenção e em soluções farmacológicas. Haveria, pois, foco nos sintomas e não nas causas. O segundo, por sua vez, é a estratégia de controle do vetor, que necessita de renovação e não pode ser compreendida como medida única. Em terceiro lugar, encontra-se a evidência, através da epidemia, das estruturas econômicas, sociais e políticas domésticas, que reforçam a vulnerabilidade de determinados grupos, numa espécie de consequência e de meio reprodutor da pobreza. A última questão é relacionada ao gênero, uma vez que as mulheres são desproporcionalmente afetadas, em função da síndrome congênita. A esse aspecto liga-se o despreparo de recomendações feitas inclusive por ministros da saúde brasileiros (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 32-8).

Além das abordagens que envolvem as questões sociais já citadas, outras possíveis formas de resposta existem. Uma delas é a da constante execução de pesquisas sobre o tema sobre fatores que passam por diferentes áreas do conhecimento (POSSAS, 2016, p. 4-5; SANTOS *et al*, 2016). Outras dizem respeito a leis de educação ambiental (GOMES *et al*, 2016), ferramentas educativas (NETO, 2016), desenvolvimento de vacina, controle do vetor (RATHER *et al*, 2016), entre outras. É importante ressaltar que as estratégias adequadas devem compreender a complexidade da temática e não endereçar como apenas um problema de mosquitos, por exemplo (NUNES; PIMENTA, 2016, p. 30).

A partir da introdução dos principais fatos epidemiológicos e dilemas sociais, é possível compreender que lidar com o tema do vírus Zika não é tarefa simples. Há uma vastidão de elementos a serem considerados na resposta e sua inclusão ou silenciamento é capaz de ter efeitos diversos, especialmente sobre as populações mais vulneráveis, que também foram as mais afetadas. Com base no exposto aqui, a próxima expõe uma descrição do que fora observado por autores que avaliaram o papel dos diferentes segmentos midiáticos.

## **2.2. O papel dos meios comunicação e a receptividade do discurso securitizador pelo público**

Avaliar a mídia e as redes sociais durante a epidemia pode ser importante para a compreensão da forma através da qual ela chegou e afetou o público. Desse modo, pode ser considerada a possibilidade ou não da existência de aceitação geral de um discurso securitizador. Isso é particularmente relevante porque, inclusive, “de acordo com as políticas públicas formuladas, o brasileiro tem mais chance de ter acesso à internet em sua residência do que acesso a saneamento”, numa inversão de prioridades (NAZARENO; MACHADO; VIANA, 2016, p. 3). Sendo assim, além de ser notável o acesso e utilização de brasileiros pelas mídias sociais como fonte de informação, também há o potencial de utilização como medida educativa e de prevenção e combate.

Aguiar e Araujo (2016) fazem uma avaliação de parte da mídia (nove jornais) durante o período de 2015, especialmente nos momentos em que o Ministério da Saúde admitiu a existência da doença no país e a possível correlação com a microcefalia. Os autores identificam, entre outras conclusões, o início da presença do tema em capas de jornais a

partir do dia 11 de novembro de 2015, data em que o MS declarou a ESPIN. Além disso, identificam a presença nas capas de jornais relacionadas a eventos como a publicação de boletins pelo Ministério da Saúde e outros alertas (AGUIAR; ARAUJO, 2016, p. 8-9). Outra associação interessante é que observam que houve 16 referências explícitas a medo e 10 a risco dentro de um total de 187 capas (AGUIAR; ARAUJO, 2016, p. 10). Os autores reforçam a existência do silenciamento que existiu e se perguntam se isso está relacionado ao perfil econômico, social e geográfico da doença; a exploração da narrativa do sofrimento e dos afetados; observam também o estigma e responsabilização às pessoas afetadas e que já eram negligenciadas pelo poder público; as limitações do conhecimento científico e o papel da mídia pressionando os cientistas por respostas ainda não existentes; as oportunidades de negócios (AGUIAR; ARAUJO, 2016, p. 11-3). Em outro trabalho, houve a identificação, em veículos da mídia selecionados, da predominância de temas a respeito de casos e óbitos (36,36%), seguido por aspectos clínicos e vigilância em saúde (24,24% cada) e por outros (15,15%). Entre as palavras que mais apareceram há “Zika”, “vírus”, “caso”, “saúde”, “microcefalia”, “gestante”, “mosquito” e semelhantes (SOUSA JÚNIOR, 2016, p. 30-1).

Lopes (2017) analisa a mídia social *Twitter* durante o período de 2015 e 2016 buscando avaliar seu impacto no caso brasileiro. Entre outros resultados, o autor conclui que os dados coletados sugerem uma mudança nas conversas relacionadas ao vírus em função da mídia. Os comentários alcançaram o seu auge num momento que coincide com eventos como a confirmação da existência da Zika no Brasil pelo Ministro da Saúde, as Olimpíadas e a declaração da ESPII pela OMS (LOPES, 2017, p. 51-2). É interessante também notar que o autor identifica organizações com um papel central ao afetar as conversas sobre o assunto, através da autoria de maior parte das postagens influentes (LOPES, 2017, p. 57). Isso sugere uma ligação da alta dos comentários junto com momentos em que o debate acerca da segurança em saúde esteve aumentado. Inclusive, Lopes (2017, p. 58) chega a afirmar que esses processos de alteração nas conversações ocorreram em um cenário de incerteza, levando inclusive a perpetuar a inequidade em saúde e concepções equivocadas baseadas no medo (LOPES, 2017, p.58).

Em uma análise a um nível mais amplo, considerando os idiomas português, inglês e espanhol, com uma amostragem bruta maior (quase 70 mil *tweets* contendo a palavra Zika), Fu *et al* (2016) observam

um pico de postagens relacionadas à Zika a partir do aumento do número de casos suspeitos e confirmados e após a declaração de emergência pela OMS. Em ordem, a distribuição por categorização passa por impactos sociais da epidemia (39,5%), respostas de governos, de setores públicos e privados e do público em geral (23,7%), gravidez, microcefalia e consequências negativas a mães grávidas e bebês (18,1%); rotas e modos de transmissão (10,7%); e descrição de casos (8,1%). Entre as línguas, em 2015 houve predominância dos idiomas português e espanhol, indicando a doença como uma preocupação latino-americana; já em 2016, com a declaração da ESPII, cresce consideravelmente o fluxo de *tweets* em inglês, atingindo um público global (FU *et al*, 2016, p. 2).

A falta de conhecimento inicial gerava apreensão e insegurança, tanto por médicos quanto por pais. Os três grandes temas abordados nos primeiros meses pela mídia foram as más condições de saneamento básico no país e, principalmente controle de natalidade e aborto. Frases de oficiais como recomendação para que não se engravidasse realçaram discussões sobre a linha tênue entre alerta à população e o desserviço do pânico (FORMENTI, 2017, p. 44-5).

O governo brasileiro também teve participação nessas questões. Foi considerada a comunicação com a população imprescindível, uma vez que “evita o pânico e garante que a sociedade esteja ciente da situação da epidemia e saiba quais são as medidas de combate e prevenção a ser tomadas” (BRASIL, 2016a, p. 89). Os gestores ficaram entre a vontade de transmitir o problema com transparência e rapidez, por um lado, e a prudência de revelar as informações corretas, por outro (TURCATO, 2017, p. 47).

Foram realizadas pela Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde entrevistas coletivas, propagandas em diversos meios de comunicação, divulgação nas redes sociais, vídeos, palestras, realização de cursos de capacitação, disponibilização de arquivos no site *Combate Aedes*, entre outros. A maioria dessas realizações confirma a percepção procedente dos documentos da seção anterior. O foco é essencialmente no mosquito – o que pode ser visto mesmo no título do site ou no slogan “um mosquito não é mais forte que um país inteiro” (BRASIL, 2016d). Ainda que haja propagandas, por exemplo, sobre a conscientização do uso de preservativos, não é regra. Também não há fomento a debate sobre outras questões sociais.

A inclusão da observação do comportamento em mídias sociais é importante para avaliar se houve ou não aceitação da audiência que

recebeu as informações possivelmente securitizadoras. Os estudos citados indicam de forma unânime que os eventos de declaração de emergência (ESPIN e ESPII) catalisaram e modificaram comportamentos em redes sociais. Alguns associaram a uma linguagem de risco e ameaça explícita. Outro resultado foi o protagonismo de organizações na criação de conteúdo, e não de pessoas comuns criando postagens de forma autônoma. Essas características levam a crer que houve aceitação do público por parte do que lhes foi disponibilizado, inclusive com associações explícitas às palavras risco e ameaça, bastante presentes no linguajar da segurança.

Na sequência, será avaliado o papel da OPAS, da OMS e do RSI como agentes capazes de exercer pressão à resposta brasileira à epidemia de Zika e doenças associadas. Situando-se dentro do marco teórico da segurança em saúde, será possível observar quais foram as recomendações estabelecidas.

### **2.3. A OPAS, a OMS e as recomendações do RSI referentes à epidemia de Zika no Brasil**

O vírus Zika foi tratado pela Organização Mundial da Saúde, junto com a Organização Pan-Americana da Saúde, com bastante atenção em caráter emergencial, especialmente pelas complicações a ela associadas, como a Síndrome de Guillain-Barré e a Síndrome Congênita de Zika. Destaca-se, sobretudo, a instituição de um Comitê de Emergência, dentro do Regulamento Sanitário Internacional.

Com doutorado em andamento na Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo (USP) em que realiza pesquisa sobre a resposta regional na América do Sul à epidemia, Bueno (2017) publicou artigo preliminar em que analisava também a atuação da OMS e da OPAS. Como o período de tempo analisado pela autora vai até setembro de 2016, torna-se necessário complementar sua pesquisa com dados que abrangem um período de tempo maior.

Destaca-se, no entanto, alguns pontos já salientados por Bueno (2017) e que serão retomados ou aprofundados. A autora destacou os principais motivos para a declaração da ESPII – ou seja, suas possíveis associações, como a Síndrome Congênita. Também expôs algumas considerações do Comitê de Zika prévias e posteriores às Olimpíadas e alguns caminhos que eram apontados pelos membros do Comitê como necessários – melhorar ações de vigilância, comunicação e avaliação de risco, controle vetorial e pesquisa e desenvolvimento, por exemplo.

Bueno (2017) também salientou as críticas à OMS, notadamente à respeito da sua liderança e da demora no tempo de ação para declaração de emergência. Outros pontos, como os objetivos centrais da OPAS e a relação com o CDC e a relevância deste como ator influente foram igualmente levantados.

As duas organizações produziram, em conjunto, centenas de documentos, entre guias, recomendações, declarações, vídeos educativos, entre outros. Entre toda essa diversidade de produção, foram escolhidos alguns considerados como principais no presente estudo. Entre eles estão os referentes ao Comitê e os planos estratégicos de resposta da OMS e da OPAS. Entende-se que esses documentos estão dentro do que a literatura do capítulo um coloca como instrumentos de segurança em saúde e que definem os marcos da atuação e das recomendações das duas instituições internacionais.

O Comitê de Emergência sobre o vírus Zika e o aumento observado em desordens neurológicas e malformações neonatais teve um total de cinco reuniões, resumidas sempre na forma de declarações. Nestes documentos são resumidos os principais eixos de resposta indicados à OMS e aos países parceiros.

A primeira reunião é datada de 1º de fevereiro de 2016 e tem como desfecho o estabelecimento do status de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Os Estados provedores de informações foram o Brasil, a França, os Estados Unidos e El Salvador. Brasil e El Salvador eram afetados pelo vírus, a França pode ser vista como representante da Polinésia Francesa e os Estados Unidos demonstram-se interessados, sobretudo com o CDC, desde o início da questão.

Os conselhos e recomendações foram divididos por temas. Em relação à microcefalia e outras desordens, indica-se a melhora e a padronização da vigilância e o investimento em pesquisas que demonstrassem onexo causal entre Zika e as complicações. Com respeito à Zika em si, também é apontada a necessidade de aumento na vigilância, a busca por desenvolvimento de novos diagnósticos, a melhora na comunicação de risco dos países afetados e a redução da ameaça à exposição, especialmente por mulheres. Nas ações de longo prazo, a pesquisa e o desenvolvimento, bem como a melhora nos serviços de saúde, são ressaltados como centrais. Nas medidas de viagens, entende-se que não deve haver restrições ao comércio ou ao movimento de pessoas, que aos viajantes deve ser possibilitada todo tipo de informação para não se exporem à picada de mosquitos e que se

justifica a desinfecção de aeroportos e aeronaves. Ademais, o Comitê ressalta que precisa ocorrer compartilhamento de informações rapidamente.

O Comitê deixa claro que a imposição da ESPII é em função dos cada vez mais numerosos casos de microcefalia e outras desordens neurológicas que, no momento, surgia como uma possível decorrência do vírus Zika, ainda necessitando de confirmação. Essa era a principal preocupação do momento. Observa-se que na fala aparece o foco nas mulheres, no entanto sendo o mosquito, e o combate a ele, como principal destaque. Medidas de proteção sexual ou semelhantes não foram abordados, talvez em função do desconhecimento a respeito da doença existente no momento.

A segunda reunião ocorreu no dia oito de março do mesmo ano. O tema abordado em destaque foi o reforço da relação causal entre Zika e as desordens neurológicas, principal preocupação do encontro anterior. Entre os provedores de informações, estiveram novamente Brasil, França e EUA, com o acréscimo de Cabo Verde<sup>45</sup> e da Colômbia e, desta vez, sem El Salvador.

Essa foi a reunião em que o tema foi abordado de modo mais complexo, com a amplificação das áreas e recomendações. Houve reforço das indicações acerca da microcefalia e outras desordens neurológicas, graças ao avanço científico que proporcionara melhores entendimentos. Pela primeira vez aparece indicação da necessidade de trabalhar em torno de uma definição de infecção congênita de zika, da mesma forma que também surge como pauta a transmissão sexual, com recomendação do cuidado nas relações sexuais. Uma medida polêmica é a indicação à abstinência sexual a um grupo de mulheres e seus parceiros. A vigilância continua um aspecto chave, bem como o compartilhamento de informações e o controle do vetor, especialmente na busca pela diminuição da exposição a picadas por mulheres. Há preocupação a respeito da preparação dos serviços de saúde, bem como com a busca de vacinas e tratamentos a médio prazo.

A terceira reunião, por sua vez, ocorreu no dia quatorze de junho de 2016. Destaca-se como grande preocupação no momento a ocorrência dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos, previstos para agosto e

---

<sup>45</sup> A despeito de ser um país do continente africano, em Cabo Verde verificou-se, nas pessoas infectadas, a existência da linhagem asiática do vírus Zika, a mesma que afetou o Brasil.



setembro, respectivamente. O Comitê ressaltou que eventos que reúnem grande quantidade de pessoas do mundo inteiro

pode reunir um número substancial de indivíduos suscetíveis e pode representar um risco para os próprios indivíduos, pode resultar na amplificação da transmissão e pode, potencialmente, contribuir para a disseminação de uma doença transmissível, dependendo da sua epidemiologia, dos fatores de risco presentes e das estratégias de mitigação que estão em curso<sup>46</sup> (WHO, 2016a).

No entanto, foi considerado também que “os riscos individuais em áreas de transmissão são os mesmos esteja sendo ou não realizado um evento de massa, e podem ser minimizados através de boas medidas de saúde pública”<sup>47</sup> (WHO, 2016a). Ou seja, caso fossem eficientes as medidas de saúde pública, o risco seria diminuto. Isso, por sua vez, justificaria o não adiamento ou cancelamento dos jogos.

Nota-se que, ao mesmo tempo em que se coloca uma linguagem securitizadora num primeiro momento, em sequência há afirmação de que, caso as medidas de segurança indicadas pelo Comitê sejam tomadas, então não haverá necessidade de ações mais drásticas – como seria a não realização dos Jogos. Dessa forma, dado o poder da OMS de indicar ou não o adiamento das Olimpíadas e Paralimpíadas, ela acaba por possuir também grande capacidade de pressão sobre os planos a serem seguidos. Ressalta-se que não necessariamente ela exerce essa pressão de forma voluntária, apenas que ela é existente. Caso o Brasil prefira seguir políticas diferentes das preconizadas pela OMS e pelo RSI, está sujeito a represálias duras, tais como o adiamento/cancelamento das Olimpíadas, restrição a comércio e viagens, entre outros. Dessa forma, o RSI detém o poder de *enforcement* sobre os Estados em virtude da ameaça potencial que representa (em comércio, economia e credibilidade ante os outros atores). Essa percepção está de acordo com Kreuder-Sonnen (2014), citado no capítulo inicial.

---

<sup>46</sup> No original: “can bring together substantial numbers of susceptible individuals, and can pose a risk to the individuals themselves, can result in the amplification of transmission and can, potentially, contribute to the international spread of a communicable disease depending on its epidemiology, the risk factors present and the mitigation strategies that are in place” (WHO, 2016a).

<sup>47</sup> No original: “the individual risks in areas of transmission are the same whether or not a mass gathering is conducted, and can be minimized by good public health measures” (WHO, 2016a).

A declaração do terceiro encontro, ademais, apesar de reafirmar que as recomendações do encontro anterior seguiam vigentes, centrou-se em questões relativas a viajantes internacionais. Ao Brasil, foi solicitado que fossem: intensificados os esforços de controle do vetor especialmente nas áreas ao redor da sede dos jogos; melhorada a vigilância; e assegurada a disponibilidade de repelentes e preservativos aos atletas e viajantes. Pela primeira vez destacou-se que, a despeito de não ter sido demonstrada relação causal, há um consenso científico que o vírus causa as desordens neurológicas – o que legitima a ESPII. Os países que proveram informações foram os mesmos da reunião anterior (Brasil, Cabo Verde, Colômbia, França e EUA).

No dia primeiro de setembro de 2016, isto é, logo após as Olimpíadas e antes das Paralimpíadas, sucedeu o quarto encontro do Comitê. Os principais temas foram atualização sobre a situação durante e após Olimpíadas, os últimos desenvolvimentos sobre Zika e doenças associadas, e o conhecimento do momento sobre a transmissão sexual. Dessa vez, os países provedores de informação foram apenas Brasil, Estados Unidos e Singapura.

O Comitê parabenizou o Brasil pela aplicação de sucesso de medidas de saúde pública durante os Jogos Olímpicos. Até o momento da reunião, não foram registrados casos de Zika em pessoas que compareceram aos jogos, o que foi utilizado para sustentar a alegação anterior de que os jogos não deviam ser adiados. Os aconselhamentos anteriormente dados foram ratificados e foi observado que estão sendo implementados.

Pela primeira vez aparece a afirmação de que os impactos provenientes da Zika são a longo prazo – o que, como será visto, justificará mais à frente o término da ESPII. Por conseguinte, o Comitê recomendou à OMS o desenvolvimento de infraestrutura e de um plano de resposta adequados para coordenação e *accountability* de uma resposta de longo prazo efetivas. Houve também a reiteração da necessidade contínua de construção de conhecimento científico sobre o tema e o reconhecimento de que a Zika e suas consequências podem ter grande impacto em Estados com sistemas de saúde fracos. O conselho, em virtude disso, foi que a OMS criasse orientações adequadas de vigilância e administração do Zika em países com alta vulnerabilidade e baixa capacidade.

Conforme exposto no capítulo inicial, o impacto de medidas conjunturais, como as de vigilância, tende a ser menos benéfico em países com menor infraestrutura. Isso pode justificar esses argumentos

da Organização Mundial da Saúde em relação a países com problemas nos seus sistemas de saúde. No entanto, ao contrário das ações recomendadas pelo Comitê, o que havia sido visto pela bibliografia é que o investimento nesses países deve focar aspectos estruturais, não apenas administração e mais vigilância.

A quinta e última declaração do Comitê dá-se no dia 18 de novembro de 2016, quando é encerrado o status de ESPII. Novamente os provedores de informação foram menores que os iniciais, com Brasil, EUA e Tailândia. Essa reunião caracterizou-se por ser a mais sucinta e direta de todas, com o objetivo explícito de finalizar a situação de emergência. Sequer foi falado das mulheres grávidas ou dos jogos Olímpicos e Paralímpicos, por exemplo.

Foram ressaltados pontos colocados anteriormente, como o fato de que a ESPII foi criada porque existiam grupos de desordens neurológicas associadas à Zika que necessitavam de pesquisas urgentes e coordenadas. Como a associação entre microcefalia e Zika foi demonstrada por meio de consenso científico, o Comitê entende que a partir desse instante seria necessário um mecanismo técnico robusto de longo prazo para administrar a resposta global. O Comitê reviu suas recomendações das reuniões anteriores e concluiu que a Organização Mundial da Saúde e os parceiros seguiram seus conselhos. Além disso, revisou e concordou com o plano de transição feito pela OMS para estabelecer um mecanismo de resposta de longo prazo, que siga os objetivos já identificados no Plano Estratégico de Resposta, que será analisado mais abaixo.

O Comitê de Emergência sobre o vírus Zika e aumento observado em desordens neurológicas e malformações neonatais teve, portanto, um total de cinco reuniões, entre os dias 1º de fevereiro e 18 de novembro de 2016, enquanto vigorou a situação de ESPII. Ele foi instituído por existirem desordens neurológicas associadas à Zika, o que requeria pesquisas urgentes e coordenadas. Observa-se, sobretudo, que parece ter havido evolução do nível de conhecimento científico, refletido nas reuniões. O aparecimento, ao longo do tempo, das questões de transmissão sexual e a afirmação do consenso científico sobre as doenças neurológicas associadas, por exemplo, demonstram isso.

Destaca-se que o Brasil e os Estados Unidos apareceram como provedores de informação durante todas as reuniões. Embora outros Estados tenham auxiliado, esses dois foram proeminentes. O Brasil foi o grande centro da epidemia, enquanto os EUA contavam com o apoio do CDC. São perceptíveis, assim, os interesses por parte do governo

estadunidense na securitização do tema. Embora não sejam claros os interesses dos estadunidenses, esse fato parece corroborar os autores do primeiro capítulo que expunham o proveito que os países desenvolvidos, em particular os EUA, poderiam tirar desse tipo de mecanismo. Eles seriam, por exemplo, a proteção dos países centrais contra ameaças vindas do Sul (RUSHTON, 2011). Além disso, reforça a harmonia entre suas políticas e as da OMS, quem teria tomado esta agenda para si para afirmar sua autoridade nas questões de saúde. Recorda-se que, conforme Davies (2008), isto beneficiaria ambos, uma vez que os países desenvolvidos não teriam que lidar com as críticas e levariam a um ambiente considerado mais legítimo e neutro (organização internacional), enquanto a OMS reforçaria seu controle sobre a agenda sanitária. Ademais, é de se lembrar que foi neste país que as áreas da segurança e da saúde começaram a se unir (MACLEAN, 2008).

Outro achado é que as Olimpíadas parecem ser o grande pico de atenção do Comitê. Por ser um evento de grande porte, traz à tona preocupações de espalhamento da doença e temores vistos no capítulo inicial. O tráfego de pessoas do mundo todo acentuaria a ameaça. Nos primeiros dois encontros buscava-se entender a doença. No terceiro e quarto o foco era quase exclusivo aos Jogos Olímpicos, sobretudo, e Paralímpicos em menor grau – deste último sequer houve *feedback*. Embora fosse anunciado que o risco de disseminação e de maior contaminação era baixo, nota-se que após a realização dos Jogos a preocupação do Comitê diminui e não há mais tanta consideração de ameaça. Isso reflete nos dois últimos encontros, quando a doença passa a ser considerada um problema de longo prazo e essa justificativa serve para o encerramento do nível emergencial. Esses fatos reforçam a percepção de que o receio e a sensação de risco ocorriam enquanto era passível de dispersão do vírus. Com um evento de grande porte, pessoas do mundo todo estariam presentes. Uma vez que havia passado, a sensação de ameaça diminui aos olhos do Comitê, a despeito de ser reconhecido pelos próprios que a doença continuaria a afetar os locais onde existia – que são, via de regra, países em desenvolvimento. Assim, também ajuda a corroborar os argumentos da literatura que considera questões de distribuição de poder dentro da segurança em saúde.

Na formalização do fim da situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o argumento dado é da continuidade da doença de maneira duradoura. Lembram-se aqui as recomendações do Comitê, igualmente realizadas pela OMS, de que mulheres (ou parceiros) em contato com áreas afetadas devem evitar o

ato sexual e a gestação por pelo menos 6 meses. Nesse caso, o fim da ESPII parece contraditório. Se as pessoas em contato com áreas em que há presença do vírus devem evitar isso, não é exequível supor que as populações afetadas irão simplesmente parar de engravidar (até porque nem sempre é ato pensado) e interromper os atos sexuais até ser resolvida essa problemática, que nem data prevista possui.

Como forma de entendimento complementar das recomendações do Comitê à OMS e aos países-membro, foram analisados igualmente os perfis dos membros e conselheiros<sup>48</sup>, num total de 24. Foram 21 de forma fixa e mais 3 que atuaram apenas no terceiro encontro. Em relação à experiência prévia com a Organização Mundial da Saúde e com o Regulamento Sanitário Internacional, entre os 24, 16 já haviam trabalhado em parceria com a OMS em algum momento da carreira e 7 já fizeram ou fazem parte de algo relacionado ao RSI.

Os três que foram exclusivos à terceira reunião, incluindo uma brasileira vinculada à Fiocruz, caracterizam-se por serem especialistas nas áreas de modelagem nas dinâmicas e atividades do vetor da dengue (Claudia Torres Codeço), doenças infecciosas com ênfase em mobilidade e eventos de massa (Kamran Khan) e medicina tropical com pesquisas em Zika (Annelies Wilder-Smith). Esta maior atividade justamente na reunião que antecede as Olimpíadas parece corroborar o que fora dito anteriormente, do auge da atuação do Comitê ser relacionado a este evento.

É notório, de maneira geral, que os membros e conselheiros são caracterizados por serem pesquisadores de destaque em diversas áreas, sobretudo relacionadas à saúde materno-infantil, doenças infecciosas e vigilância. Destaca-se que embora a maioria tenha uma formação primária vinculada à saúde, há também aqueles que, apesar de trabalharem com o tema, possuem formações diversas. Outro aspecto relevante é que nem todos ocupam-se da saúde materno-infantil ou controle de vetor. Há membros, por exemplo, que atuam com planejamento de emergências; com foco em defesa (cientista social); com comunicação de risco; com turismo; com bioética; e com a vinculação entre saúde e aviação.

Outra questão refere-se à representatividade do Comitê. Com exceção da América Central, há membros cuja atuação ocorre em todos os continentes. São 7 que trabalham na América do Norte (5 nos Estados

---

<sup>48</sup> Essas informações foram colhidas no site da organização: <http://www.who.int/ihr/procedures/zika-ec-biographies/en/>.

Unidos e 2 no Canadá), 6 na Ásia (3 em Singapura), quatro na América do Sul (2 no Brasil), 3 na África e 3 na Europa. Observa-se a proeminência dos EUA, que contam com mais membros do que até mesmo a maior parte dos continentes. Entre todos os 24, 4 já tiveram passagem pelo CDC, enquanto alguns outros atuaram por outras agências do mesmo país. Evidencia-se, pois, a relevância desse órgão estadunidense para o Comitê de Emergência de Zika e surge outro elemento explicativo do motivo do país, ao lado do Brasil, ter estado sempre como membro provedor de informações. Os brasileiros participantes, aliás, são vinculados à Fiocruz e ao Instituto Evandro Chagas (IEC), peças importantes na resposta nacional, como será visto no próximo capítulo.

O principal documento estratégico da OMS é o *Zika Strategic Response Plan* elaborado em junho de 2016, para cobrir o período de julho do mesmo ano até dezembro de 2017 (WHO, 2016c). Esse mesmo documento já vem para atualizar o plano estratégico anterior, que visava o íterim de janeiro a junho de 2016. Uma atualização de outubro de 2016, que não substitui a predominância do documento de junho, veio para renovar e reforçar apenas alguns pontos, especialmente epidemiológicos e sobre o andamento dos planos de resposta.

O documento principal, portanto, afirma que possui como foco dois tópicos principais. O primeiro deles seria a prevenção e administração das complicações causadas pelo vírus da Zika. O foco seriam as mulheres grávidas, seus parceiros, familiares e comunidades. Para isso, busca-se expandir a capacidade dos sistemas de saúde. O segundo seria uma abordagem integrada que envolva as questões referentes ao mosquito e à saúde reprodutiva e sexual. Também abarcaria educação sexual e assistência, de acordo com os contextos sociais e legais de cada país.

Este plano estratégico possui duas seções principais. Na parte inicial, voltada a um quadro de resposta estratégica, avaliam-se as estratégias relacionadas aos objetivos e respostas, o contexto dos países, etc. Ele é apresentado a partir das recomendações do Comitê de Emergência do RSI, que recomendara melhora na vigilância, pesquisa e medidas agressivas para reduzir a infecção pelo vírus da Zika.

Já na segunda parte, o plano de operações conjuntas é segmentado em cinco áreas. Detecção, em que a finalidade é o fortalecimento, melhora e integração da vigilância, em que predomina o controle do vetor. Prevenção, com acesso a informações e engajamento da comunidade, também com foco no mosquito, apesar de incorporar

elementos como transmissão sexual. Assistência e suporte, a partir do fortalecimento de sistemas sociais e de saúde, para que seja feita a provisão necessária de serviços e suporte a indivíduos. Pesquisa<sup>49</sup>, para gerar dados e evidências suficientes para basear as intervenções, mais uma vez com destaque para o *Aedes*. E, por fim, coordenação, que visa estabelecer mecanismos de resposta coordenados que sejam adequados, transparentes e possuam *accountability*. Nesse último, nota-se uma aproximação à fase final do Comitê de Emergência do RSI, quando fala em períodos de transição que visam uma abordagem pragmática de longo prazo (WHO, 2016c, p. 20).

É interessante notar que é feita uma separação de qual deve ser a estratégia adotada por cada país, de acordo com sua situação, de mais a menos afetado pela doença. No caso brasileiro, que se adequa dentro do paradigma de países que reportam a transmissão do vírus e altas taxas de complicações, a resposta deve ser completa, segundo a organização. As medidas propostas são vigilância aumentada e resposta a surtos, engajamento da comunidade, controle do vetor e medidas de proteção aos indivíduos, provisão de serviços que envolvam a questão sexual e da saúde reprodutiva, assistência às pessoas e famílias com complicações potenciais, pesquisas de campo e de saúde pública com vistas a compreender melhor o risco e medidas para mitigar os efeitos da epidemia (WHO, 2016c, p. 21). Ressalta-se que em todos perfis de classificação de países, mesmo nos que não tenham sofrido com a doença, elementos como vigilância, comunicação de risco à comunidade e coordenação são presentes e centrais, o que ajuda a caracterizar a conjuntura de emergência e securitização.

A Organização Pan-Americana da Saúde, por sua vez, iniciou o auxílio na questão do vírus Zika antes mesmo da doença ser declarada como emergência pela OMS. Os principais documentos de estratégia e resposta para fortalecimento das capacidades nacionais tem como pilares a detecção, a prevenção e a resposta a arboviroses. A organização destaca que o *Aedes* está presente em todos os países das Américas, com exceção do Canadá e da parte continental chilena. Os objetivos da organização são resumidos em três: detectar a introdução do vírus e monitorá-lo; reduzir os riscos à exposição pelo vetor; e prover ferramentas e orientações para um gerenciamento da resposta adequado

---

<sup>49</sup> O foco em pesquisa deve ser em três áreas prioritárias: caracterização do vírus e complicações, prevenção e controle e coordenação em sistemas de saúde (WHO, 2016d, p. 33).

pelos Estados-membro (PAHO 2016, p. 4). Destaca-se também a preocupação com eventos como as Olimpíadas e a aproximação à OMS em diversos pontos, como a busca pela adequação ao Comitê de Emergência. Nota-se um foco grande na questão do *Aedes*, embora haja documentos exclusivos para a prevenção pela via sexual.

A OPAS e a OMS requisitaram um fundo de 25 milhões de dólares de janeiro a junho de 2016, tendo recebido apenas 4. É estimado pelas organizações que US\$112,5 milhões seriam necessários para a implementação do Plano Estratégico até dezembro de 2017. Seriam necessários ainda pelo menos US\$ 17 milhões, o que coloca a Zika como a terceira emergência de grau 2 ou 3<sup>50</sup> com maior disparidade entre o que ainda é preciso e o obtido (WHO, 2017).

Entre os mais de 60 parceiros, destaca-se que cada um tem as suas próprias necessidades e prioridades em como investir o dinheiro. A OMS, por exemplo, prevê gastos por volta de 25 milhões de dólares no total, sendo aproximadamente 12 em pesquisa, 5 em prevenção, 3 em detecção, 2 em coordenação e 2 em assistência e suporte. A OPAS, por seu turno, requer em torno de US\$ 15 milhões, com cerca de 5,5 em prevenção, 4,5 assistência e suporte, 2,5 detecção, 1 coordenação e 1 pesquisa (WHO, 2016c, p. 39-40). A importância da pesquisa para a OMS é notória e reflete os documentos, enquanto a OPAS parece priorizar o investimento em outras questões. Ressalta-se que esses valores não necessariamente foram atingidos e foram alocados de acordo com o que cada organização recebeu de fundos. Também entende-se que as diferentes áreas podem ter custos distintos – a coordenação, por exemplo, pode não ser tão custosa, a despeito da sua importância. Do mesmo modo, esses valores podem estar menores porque uma organização parceira pode cumprir esse papel, ou mesmo um Estado afetado. Vale destacar que no caso do CDC como aliado, por exemplo, os valores constam como não-divulgados, mesmo na divisão de prioridades.

Alguns doadores importantes vêm de países desenvolvidos, sendo organizações governamentais ou não. É o caso de departamentos dos EUA, Austrália, Canadá, Japão, Nova Zelândia, Noruega e Espanha. Instituições como a Fundação Bill e Melinda Gates, bem como o Banco

---

<sup>50</sup> A Zika é considerada atualmente, pela Organização Mundial da Saúde, uma emergência de grau 2. Isto significa que a instituição entende que representa um evento que atinge um ou mais países com consequências moderadas à saúde pública e que requer uma resposta também moderada.



Interamericano de Desenvolvimento também auxiliaram (WHO, 2016d, p. 11).

O que se percebe é que há uma linguagem de securitização também na OPAS, ainda que seu discurso não se resume apenas à securitização. Alguns atos de fala demonstram esse aspecto. Segundo o plano estratégico da OMS, “poucas ameaças de saúde ainda são locais e poucas ameaças de saúde podem ser administradas pelo setor de saúde agindo sozinho”<sup>51</sup> (WHO, 2016c, p. 5). Nesse sentido, observa-se a colocação da doença como uma ameaça à segurança das populações e a necessidade de coordenação em âmbito global. Justifica-se, assim, a aproximação com outros setores, como o da segurança.

Em um artigo de perspectiva em que define a atuação da organização, a diretora da OPAS, junto a outros autores, declara “o Zika vírus testou as capacidades de saúde pública sob o Regulamento Sanitário Internacional, destacando a necessidade de investimento contínuo na segurança em saúde”<sup>52</sup> (ETTIENE; DOS SANTOS; ESPINAL, 2017, p. 16). Nesse caso, o uso da palavra “segurança” demonstra que este era um dos objetivos da organização. Neste texto, ainda mais do que nos documentos da organização, o mosquito é o grande vilão, com pouca ou nenhuma menção às questões citadas na seção 2.1 – isto é, os aspectos de gênero, geográficos (zonas negligenciadas) e, de forma geral, os determinantes sociais, econômicos e políticos.

A vigilância aparece como um dos temas mais citados pelas duas organizações. Há preocupação com as chamadas doenças emergentes e reemergentes. Defende-se, igualmente, a necessidade de coordenação em âmbito global e a troca de dados e informações entre os países e as organizações. Retomando a literatura, a OMS parece a todo momento querer reafirmar sua posição central no combate à doença, centralizando os esforços. Os Estados Unidos, país referência em segurança em saúde, atua em concordância com a OMS, apoiando a agenda da organização, até onde foi possível observar.

Entre os atores cooperantes e fundadores há organizações internacionais, órgãos ligados a governos nacionais e organizações não-

---

<sup>51</sup> No original: “few health threats are local anymore, and few health threats can be managed by the health sector acting alone” (WHO, 2016c, p. 5).

<sup>52</sup> No original: “the ZIKAV tested public health capacities under the International Health Regulations, highlighting the need for continued investment in health security” (ETTIENE; DOS SANTOS; ESPINAL, 2017, p. 16).

governamentais. Esses dois últimos são sempre vinculados a governos do Norte. Ao mesmo tempo em que poderia representar o financiamento pelos países desenvolvidos de mecanismos que defendem seus interesses (como os de segurança em saúde) e reforçar a percepção de conformidade entre suas agendas e a da OMS, também deve ser salientado que são esses Estados os capazes de despender maior capital, bem como suas organizações domésticas.

Um caso especial é o do CDC. Essa instituição, vinculada ao governo dos Estados Unidos, se sobressai em relação às outras pela estreita cooperação com a OPAS e a OMS. Isso se reflete em diversos momentos, como na presença constante do país como provedor de informações do Comitê de Emergência e o destaque constante dado nos documentos. Chega a ser exaltado, pela Organização Mundial da Saúde, o fato de que o “CDC está comprometido com a segurança em saúde global”<sup>53</sup> (WHO, 2016e, p. 12), sendo uma das raras vezes, e a única em um plano estratégico, em que há referência explícita à palavra segurança. Isso demonstra que os interesses estadunidenses, e em especial do órgão citado, são relacionados a essa esfera e a contribuição deles deve ser no mesmo sentido, embora isso não tenha sido divulgado nos relatórios da OMS.

Ao CDC ainda há referência que manifesta que “ele ajuda a construir a capacidade até mesmo dos países mais vulneráveis a detectar, prevenir e responder às emergências de saúde pública dentro de suas próprias fronteiras”<sup>54</sup> (WHO, 2016e, p. 12). Neste sentido, parece estar alinhado aos autores que afirmam que a preocupação do governo dos EUA é auxiliar os países em desenvolvimento para que as doenças deles sejam contidas dentro das suas próprias fronteiras e não cheguem aos EUA. Isso em conjunturas emergenciais, e não na criação de estruturas nos determinantes em saúde. Logicamente, o CDC possui grande competência no que se propõe e é capaz de contribuir com a resposta global da sua maneira. Sua atuação é legítima, representando o interesse do seu Estado. O objetivo aqui, no entanto, foi vincular seu protagonismo à bibliografia de segurança em saúde. A consideração feita aqui é de que sua agenda não pode ser tomada de forma acrítica

---

<sup>53</sup> No original: “CDC is committed to global health security” (WHO, 2016e, p. 12).

<sup>54</sup> No original: “it helps build the capacity of even the most vulnerable countries to detect, prevent, and respond to public health emergencies within their own borders” (WHO, 2016e, p. 12).

pelos tomadores de decisão de organismos internacionais nem por países que tenham necessidades distintas.

No entanto, nem tudo é segurança. Em alguns momentos as organizações afirmam o problema social envolto à doença, embora essa não seja a preocupação central. Principalmente a OMS, em seu plano estratégico, como quando afirma que o impacto da epidemia tende a ser maior nas comunidades pobres e marginalizadas, não somente pelas más condições de vida e de infraestrutura, mas também pelo acesso insuficiente a informação e recursos para prevenção e assistência (WHO, 2016d, p. 1c). Em um dado tópico, afirma-se a necessidade de uma resposta condizente com as questões de direitos humanos, gênero e equidade. A atenção à tônica socioeconômica é sentida também na assertiva de que “há também a necessidade de executar mais pesquisas acerca dos comportamentos associados ao controle do mosquito e sobre assistência e suporte a famílias e crianças afetadas pela Zika”<sup>55</sup> (WHO, 2016c, p. 18). Como ressalva, essas argumentações são referentes a princípios em um documento, não sendo relatado como, de fato, foi exercido. De todo modo, a sua presença, mesmo que de forma secundária, já caracteriza um certo reconhecimento da necessidade de considerar esses fatores, condizente com os argumentos de reformulação do RSI em 2005, conforme visto no capítulo um. A OMS parece demonstrar mais aderência a esses tópicos do que a OPAS.

Dados esses elementos, há um passo na confirmação de algumas assertivas afirmadas por autores do capítulo um em relação ao papel da OMS na segurança em saúde e dos países desenvolvidos, em especial os Estados Unidos, dentro da organização. Outra conclusão é de que os Jogos Olímpicos representam o grande pico da securitização pela OMS e ações contraditórias, como a abstinência sexual, foram propostas. As organizações avaliadas silenciaram em algum grau muitos dos elementos lembrados na seção anterior, embora tenham trazido outros – notadamente a OMS.

---

<sup>55</sup> No original: “there is also a need to undertake more research around the behaviours associated with mosquito control, and around care and support for families and children affected by zika” (WHO, 2016c, p. 18).

## 2.4. Considerações Parciais

Buscou-se neste segundo capítulo contextualizar os condicionantes capazes de influenciar na resposta do governo brasileiro à epidemia do vírus Zika. Com base no marco teórico do primeiro, foi possível identificar o que se caracteriza como elementos importantes para consideração.

Inicialmente, buscou-se apresentar aspectos epidemiológicos da doença, bem como dilemas sociopolíticos que estão envolvidos. Foi possível observar que a Zika atinge a população mais vulnerável. Isto é, do Nordeste brasileiro, de classe baixa e mulheres grávidas. A apresentação desses fatores indica que uma resposta completa e complexa deve abranger os determinantes sociais, políticos, econômicos e de gênero.

Em seguida, foi possível caracterizar algumas tendências observadas nos veículos de comunicação. É interessante observar essas tendências com vistas à compreensão da existência ou não de recepção por parte da audiência do movimento securitizador. Após levantamento bibliográfico, os estudos citados indicam que houve aceitação do público por parte do que lhes foi disponibilizado, inclusive com associações explícitas às palavras risco e ameaça, bastante presentes no linguajar da segurança.

Na sua última seção, ficam manifestas algumas das preocupações centrais dos organismos internacionais OPAS e OMS em relação à epidemia. Apesar de algumas considerações relacionadas aos direitos humanos, o foco central é o combate imediato, especialmente durante os Jogos Olímpicos e Paralímpicos. Ainda que seja exposto que o problema, grave como é, veio para ficar, toda atenção tem seu pico no evento de massa. Em relação com o marco teórico da segurança em saúde, isso permite a apreensão de que foi incorporada uma parte da agenda dos países desenvolvidos.

A seguir, no capítulo final, é analisada a resposta brasileira, bem como sua relação com os atos da OMS e do silenciamento ou não das questões sociais. Os fatores citados nesse capítulo demonstram os elementos que ajudam a contextualizar para além do marco teórico do primeiro.

### **3. A RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA DA ZIKA E SECURITIZAÇÃO: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ITAMARATY E SUAS AGENDAS**

Após a apresentação dos capítulos iniciais, o terceiro visa a compreensão da resposta brasileira à epidemia do vírus Zika. O marco teórico exposto no primeiro capítulo vai ajudar a caracterizar dentro da segurança em saúde e da política externa brasileira, enquanto o contexto do segundo auxilia ao observar a pressão sobre o governo e as possibilidades de resposta.

Inicialmente, no entanto, são necessárias algumas considerações metodológicas. Como será visto, há investigação em documentos como método. Por isso, entender como ele funciona e como ocorre a seleção e interpretação dos materiais é importante. Embora no segundo capítulo tenha sido recorrido à documentação referente à OMS, isto foi feito graças à ausência de grande extensão de material bibliográfico sobre o tema, muito em função de sua novidade.

Posteriormente, investiga-se a resposta do governo nacional. O foco é no Ministério da Saúde e suas agências e no Ministério das Relações Exteriores. Os principais documentos serão vistos. As estratégias serão avaliadas à luz do exposto nos capítulos anteriores.

#### **3.1. Aspectos metodológicos referentes à análise de documentos**

Neste trabalho desenvolve-se uma pesquisa qualitativa que visa a análise de conteúdo. Embora já tenham sido vistos alguns documentos no capítulo anterior, isto foi feito de forma pontual, uma vez que dada a novidade do tema era necessário complementar a literatura existente. O foco do estudo são os documentos produzidos pelo governo brasileiro, os quais foram selecionados criteriosamente.

Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 2) o uso de documentos como método “possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural”. Eles surgem de campos de ação que envolvem criadores (agentes) e suas visões de mundo, usuários (leitores ou receptores) e cenários (PRIOR, 2003, p. 2). Mesmo os leitores não são atores passivos, dado que o consumidor das informações é capaz de influenciar antes mesmo da criação (PRIOR, 2003, p. 16).

A pesquisa documental é ampla. Ela envolve aspectos metodológicos, técnicos e analíticos visando a apreensão, compreensão e análise de documentos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 4). Pelo conceito de documento entende-se algo além de textos escritos. Imagens, vídeos, entre outros, são englobados, visto que ideias podem ser expressas de várias formas e não só através da escrita (PRIOR, 2003, p. 5). Uma característica é a busca de informações em fontes primárias e em documentos que não necessariamente receberam tratamento científico (OLVEIRA, 2007, p. 69). Esses fatores de natureza das fontes diferenciam a pesquisa por documentos da pesquisa bibliográfica, por exemplo, pois esta última seria mais presa ao conteúdo escrito ou impresso e a fontes secundárias (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 5).

Sendo um produto da ação humana organizada em certas circunstâncias sociais, cabe ao pesquisador questionar a partir de quais processos e contextos foi criado (PRIOR, 2003, p. 4). É produto pois é construído a partir de regras, expressa uma estrutura, abriga certo tipo de discurso e sua existência depende de ação coletiva e organizada. Sobre esse último ponto, aliás, destaca-se que seu surgimento e conservação ocorre pela ação coletiva e não individual, uma vez que devem corresponder às expectativas e experiências da audiência (PRIOR, 2003, p. 10-3).

Mesmo publicações estatísticas devem ser investigadas como produtos que refletem questões conceituais e técnicas. Não devem, por conseguinte, ser vistos meramente como dados. Circunstâncias como contexto, autores, entre outros, devem ser considerados (PRIOR, 2003, p. 32). Prior (2003, p. 34) exemplifica com a publicação *World Health Statistics Annual* (1998) da Organização Mundial da Saúde: há uma estrutura conceitual, desenvolvida por um longo período e que reflete suposições como natureza da doença, morte e o corpo humano. Essa produção da OMS seria, portanto, como uma embalagem, que fornece algumas informações a partir de concepções e decisões organizacionais anteriores. Mesmo isso é produzido em espaços com determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais.

A autora discorre igualmente sobre o uso de documentos na pesquisa em ciências sociais. A autora afirma a necessidade da elaboração de estratégias e métodos específicos para este tipo de análise. Seu estudo foca a estrutura social em que os documentos são produzidos e como funcionam. Abrange, dessa forma, para além da investigação do que ele contém em si, considerando os contextos em torno de sua

criação e como afeta. Eles tanto são influenciados pelo meio como influenciam. São, ao mesmo tempo, criados por seres humanos e capazes de induzir a certos comportamentos e ações (PRIOR, 2003). Ou seja, é importante observar como os documentos são produzidos e manipulados em seu contexto e não apenas focar no seu conteúdo.

Textos podem contribuir para mudanças em pessoas (em seus comportamentos, crenças, etc), ações, relações sociais e no mundo material. Isso através da construção de significados, que por sua vez ocorre por meio da produção do texto, do texto em si e da sua receptividade (FAIRCLOUGH, 2004, p. 8-10). Há, portanto, inerente uma visão de poder, uma vez que a linguagem pode influenciar a ideologia e o estabelecimento e manutenção de questões como relações sociais. Esse impacto social depende da construção de significados.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 8-10) advertem para a preparação da análise do documento. Deve haver uma seleção criteriosa, buscando credibilidade e representatividade do que será avaliado. Não se deve alterá-lo, mesmo que se apresente incompleto, parcial ou impreciso. Tudo deve ser relatado através de um olhar crítico. Questões como o contexto histórico, o momento sociopolítico e cultural, a identidade dos autores, a quem foi destinado, a autenticidade e confiabilidade do documento, a natureza do texto (jurídico, teológico, médico, etc) e os conceitos chave que envolve (como se desenvolvem os argumentos) devem ser levados em consideração na análise documental. Isso deve ser feito através da interpretação, da síntese das informações e da determinação de tendências.

Ou seja, documentos contêm conteúdo e, portanto, pode ser compreendido. Isso requer interpretação e análise (PRIOR, 2003, p. 113). Cada um pode, por exemplo, ter uma visão distinta sobre a doença, sobre seus condicionantes, etc. Como cada agente traz esse tipo de informação nos documentos é de importância para a investigação, já que é a forma que torna visível seu modo de pensar e abordar o problema (PRIOR, 2003, p. 73). Diferentes formas de documentação de um mesmo fenômeno são capazes de dar respostas diferentes à mesma questão (PRIOR, 2003, p. 77).

Os registros escritos são classificados por Johnson, Reynolds e Mycoff (2016) entre dois diferentes tipos. Um deles é o que chamam de *running records*, que são materiais que incluem dados coletados sistematicamente através do tempo. A autoria normalmente é de organizações governamentais. O outro é o *episodic record*, produzidos de forma mais casual, pessoal e imprevista. Esse normalmente serve

para ilustrar fenômenos e são menos úteis para análises quantitativas, as quais exigem grande amostragem de dados estatísticos. Sendo mais proveitosas na pesquisa qualitativa, citações e excertos desses materiais servem para fortalecer argumentos e podem ser usados como evidências em certos casos. Enquanto o *episodic record* auxilia na compreensão das origens e razões de um evento particular, o *running record* possibilita o entendimento do processo político através do tempo.

Destaca-se que em todos os tipos de documentos, sejam *running records* ou *episodic records*, a seleção de evidências é seletiva. O que é visto como variável importante para um grupo de pesquisadores, pode não ser por outros, por exemplo. Esse ponto pode ser um centro de investigação (PRIOR, 2003, p. 147). No caso da pesquisa quantitativa, normalmente há seleção de casos aleatórios dentro de uma mesma variável. Já na pesquisa qualitativa, isso não é necessário, uma vez que podem existir bons argumentos para a utilização de certos tipos de documentos e eventos em vez de outros, não sendo também necessário um número de casos que represente tão representativo. Por isso, o pesquisador deve especificar o porquê da utilização de determinados tipos de casos e não de outros e quais os limites que isso impõe (PRIOR, 2003, p. 150-4; FAIRCLOUGH, 2004, p. 6). Tendo em vista que esta é uma pesquisa qualitativa, nas seções em que são selecionados documentos, portanto, serão feitas essas especificações.

No caso da Zika, embora a epidemia tenha sido inesperada, observa-se que há publicações que remetem aos dois tipos de registros. Enquanto os *episodic records* são importantes para uma compreensão multidisciplinar da questão, os *running records* também existem a partir de documentos como os boletins epidemiológicos produzidos pelo governo brasileiro, por exemplo.

A existência de protocolos, planos de ação e outros registros semelhantes, permite avaliar se, em caso de crises, agiu-se da maneira previamente indicada. Dependendo do resultado encontrado, pode representar erro organizacional, por exemplo. Outra falha é a inexistência dessa documentação, que comumente representam falta de preocupação, planejamento, organização e previsão (PRIOR, 2003, p. 61-2). Esse uso dos documentos, inclusive, ajuda a ressaltar sua relevância também como um agente no sentido de influenciar a tomada de decisões, servindo como lugar em que se concentra conhecimento de alguma espécie para lidar com questões específicas. Avaliar seu conteúdo, o que abrange e o que exclui, é, portanto, importante (PRIOR, 2003, p. 66).



Um meio bastante utilizado neste tipo de investigação é a análise de conteúdo. Nesse caso, há análise de dados linguísticos, com o envolvimento de elementos como a identificação, categorização e numeração dos componentes fundamentais dos documentos vistos. Em seguida, os resultados encontrados devem ser analisados à luz de alguma teoria (APPOLINÁRIO, 2009, p. 27). Busca-se, em suma, por este meio, interpretar o conteúdo do texto a partir da apreensão dos significados temáticos e significantes linguísticos dele.

A análise de conteúdo serve fundamentalmente para explicar fenômenos políticos (JOHNSON; REYNOLDS; MYCOFF, 2016, p. 2). Ela possibilita diferentes métodos. Um mais quantitativo é a investigação a partir da quantidade de vezes que certa palavra, item ou categoria aparece no texto, com registro e codificação de conteúdos. No entanto, dependendo dos objetivos e das perguntas de pesquisa, pode ser mais importante explorar o contexto em que algo ocorre (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 11; PRIOR, 2003, p. 20-4; JOHNSON; REYNOLDS; MYCOFF, 2016). Este segundo costuma ser chamado Unidade de Contexto e é a principal forma de unidade de análise deste trabalho.

O passo seguinte à definição da unidade de análise é a caracterização da forma de registro com a criação de categorias analíticas. Ele ocorre a partir da organização dos dados encontrados, a partir de leituras e releituras dos documentos utilizados, com a detecção das temáticas mais frequentes. Deve-se ter em conta a teoria utilizada neste momento, pois ela auxilia ao destacar os elementos mais importantes a serem investigados. Em seguida, o autor deve buscar aprofundar, ligar e ampliar as categorias criadas, num processo constante de revisão e releituras (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 12-3).

Embora o uso de análise de documentos seja um método o qual normalmente é reconhecido como um em que as vantagens são superiores às desvantagens, no entanto, não é livre de limitações. É improvável, por exemplo, que quem produza os documentos crie e preserve registros que sejam embaraçosos para si, seus amigos ou chefes, que revelem ações ilegais ou imorais ou que demonstrem atitudes rudes ou preconceituosas. Outras fraquezas são as possibilidades de incompletude dos registros, de viés na sua produção, de indisponibilidade de documentos e de incompatibilidade de modelos criados por cada organização (JOHNSON; REYNOLDS; MYCOFF, 2016, p. 290-2). Especialmente na pesquisa qualitativa, é preciso

selecionar com cuidado o que será utilizado para não enviesar o estudo (PRIOR, 2003, p. 155).

A pesquisa deste trabalho é, em vista do exposto, de interpretação qualitativa. No primeiro capítulo foram apresentados os marcos teóricos os quais revelam as características a serem buscadas nos documentos selecionados. Já no segundo, elementos contextuais, como os dilemas sociais e a atuação da Organização Mundial da Saúde foram evidenciados. A partir da utilização dos conceitos e do cenário apresentados, neste capítulo 3 será feita uma análise de conteúdo de diferentes documentos produzidos pelo governo brasileiro, referentes à resposta do país à epidemia de Zika.

Nessas publicações, serão buscadas categorias que demonstrem, no discurso, as intenções das ações governamentais. A relação entre saúde e segurança, o tratamento dos dilemas sociais e a posição da política externa brasileira, entre outros, são tratados. Nesse caso, não há necessidade das palavras estarem explícitas. Serão interpretados o enredo do discurso e suas ideias centrais. Como dito no capítulo um, por exemplo, não é necessário que a palavra “segurança” esteja manifesta para a caracterização de medidas desta natureza. Um discurso securitizador pode ser feito mesmo na ausência desta palavra, por meio da promoção da sensação de risco. Os documentos foram selecionados criteriosamente. Foram escolhidos principalmente as publicações centrais, as quais dão sustentação para todas as outras.

### **3.2. A resposta do governo brasileiro: o papel e as agendas do Ministério da Saúde e do Ministério das Relações Exteriores**

Tendo em vista essas considerações metodológicas, a análise da resposta do governo brasileiro prima pelo levantamento e seleção de documentos que auxiliem nesse objetivo. Eles serão interpretados à luz do marco teórico discutido no capítulo inicial, bem como dos condicionantes do segundo. O foco será nos ministérios da saúde e das relações exteriores, visando a compreensão da securitização ou não do tema e da horizontalização da política externa.

Conforme dito anteriormente, as principais hipóteses da introdução do vírus Zika no Brasil são pela Copa das Confederações, em 2013, e a Copa do Mundo de 2014, ambos eventos de futebol. No último trimestre de 2015, foram registrados casos à época chamados de “síndrome exantemática”, por não se ter certeza da doença que afetava

alguns lugares do Nordeste brasileiro. Em abril e maio 2015, é confirmado, através de exames laboratoriais, o resultado positivo para Zika por Instituto Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Adolfo Luz, confirmando a hipótese de alguns médicos e pesquisadores brasileiros. O então ministro da saúde Arthur Chioro chegou a dizer que essa doença não preocupava, por se tratar de uma dengue fraca (FORMENTI, 2017, p. 43). Quanto a isso, Vasconcelos (*apud* FORMENTI, 2017, p. 44) afirma que como lição não se deve menosprezar nenhum agente infeccioso de antemão. Carlos Brito, médico nordestino, afirma que na época não era possível ter dimensão real da epidemia (BRITO, 2017, p. 34).

Nos meses seguintes, médicos nordestinos começam a notar um aumento nos quadros de microcefalia e a pesquisar isto (DINIZ, 2016, p. 39). Aos poucos, começa a surgir a hipótese de ser uma infecção congênita causada pelo Zika, complicação até então não registrada na história da medicina proveniente de um arbovírus (BRITO, 2017, p. 34) e, até por isso, recebida com ceticismo por comunidades científicas no país e no mundo (HENRIQUES, 2017, p. 18). No dia 11 de novembro de 2015, por conta dessa relação, o Brasil declara a ESPIN, em função do aumento no número de casos e das evidências disponíveis. No dia 1º de fevereiro de 2016, a OMS faz algo semelhante ao anunciar a ESPII. Brito (2017, p. 37) avalia que o Ministério da Saúde agiu com transparência nas informações divulgadas e mostrou empenho ao apoiar estudos em estados nordestinos ao declarar emergência 30 dias após o início das investigações e confirmar a associação em 60.

Nesse meio tempo, instituições brasileiras, como o Instituto Evandro Chagas e a Fundação Oswaldo Cruz, conseguem reforçar a associação entre Zika e as malformações congênitas através da presença do vírus em exames em mulheres grávidas e natimortos afetados (MELO, 2016; VASCONCELOS, 2017, p. 63). Essa relação, como consequência mais clara e imediata, trouxe insegurança às mulheres em período fértil (BRITO, 2017, p. 37).

Nesse meio tempo, o Brasil já efetuou ações, principalmente voltadas para a investigação e notificação. Há contudo, também algumas falhas. É difícil calcular o número de casos de 2015 em função de recomendações para que fosse feito registro como dengue, além da dificuldade inicial da não constatação da Zika entre as doenças de notificação compulsória. Isso foi alterado apenas em fevereiro de 2016, mês que coincide com a declaração de ESPII (BRITO, 2017, p. 32).

Há um protagonismo também, nesse estágio, de clínicos e pesquisadores que buscam compreender a novidade, até mesmo porque os órgãos oficiais acreditavam, inicialmente, que não havia uma nova epidemia, mas uma mudança no padrão da dengue. Algo que só foi alterado em maio devido à insistência e à pesquisa de alguns profissionais (DINIZ, 2016; BRITO, 2017, p. 29).

Observa-se, porém, que nesse instante o envolvimento de atores nacionais e internacionais é crescente. Ao mesmo tempo em que enfrenta uma crise política e econômica, o Brasil se vê obrigado a lidar com uma questão de saúde pública diferente dos problemas já registrados. Ao mesmo tempo, há uma preocupação externa com a questão, que leva ao medo por cidadãos de outros países e seus Estados, bem como de outros tipos de organização. O que se vê é que há um temor pelo potencial de que o vírus se espalhasse pelo mundo, elevando a sensação de risco a nível global. O vocabulário da insegurança e do medo, recorda-se do capítulo inicial, legitima a securitização e a torna mais aceita. Sendo assim, leva o problema à esfera da segurança, em que há certas vantagens e perigos potenciais. Enquanto alguns dos benefícios seriam viabilidade de recursos e atenção, por exemplo, os problemas passam fatores como estigma aos afetados pela doença e suas associações, entre outros.

Já tendo avaliado as recomendações feitas pela OMS e pela OPAS em capítulo anterior, a partir de agora serão analisados os principais elementos da estratégia dos órgãos brasileiros envolvidos, à luz do marco teórico da segurança em saúde e da análise de política externa. Essas questões estão divididas em diferentes tópicos a partir daqui, que englobam o Ministério da Saúde e as principais instituições a ele vinculados que lidaram com a questão e o Ministério das Relações Exteriores e sua relação e agenda no tema.

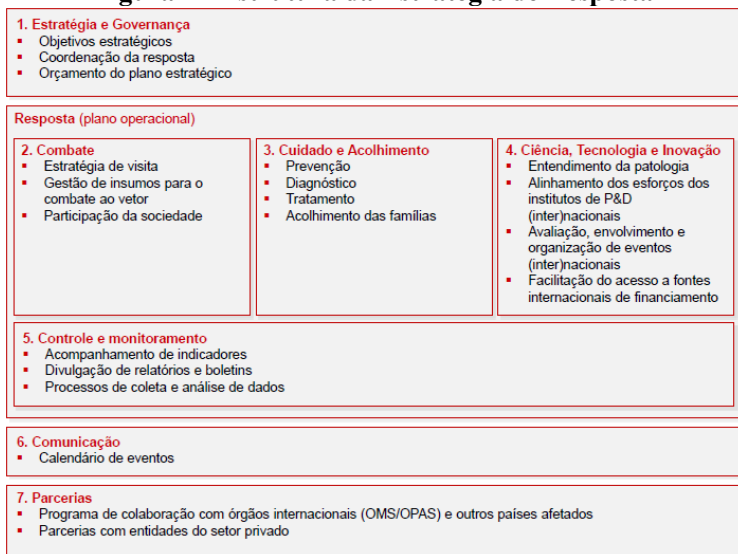
### **3.3.1. A atuação do Ministério da Saúde: instrumentalização da securitização e busca por recursos**

Diferentes documentos do governo expressam os objetivos e estratégias adotados na resposta à epidemia de Zika. A *Estratégia de Resposta ao Vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor*, de maio de 2016, expõe as proposições daquele momento. A publicação de 2017, *Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS*, é dividido em 7 partes e 15 capítulos de diferentes agentes envolvidos neste contexto, com capítulos

normalmente de linguagem mais informal do que científica e com relatos referentes às estratégias e pontos de vista de agentes e instituições envolvidas. Outros documentos, de caráter mais técnico, também são analisados, bem como registros provenientes das diferentes agências envolvidas.

Na *Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor*, o governo expõe os seus princípios básicos de atuação. A apresentação do documento é feita afirmando que nele são apresentadas “recomendações para o enfrentamento da epidemia de Zika, o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, o aumento acelerado de casos de microcefalia, a síndrome de Guillain-Barré e outras complicações neurológicas associadas à infecção pelo vírus” (BRASIL, 2016a). Sete são os temas principais, conforme a Figura 1:

**Figura 2 - Estrutura da Estratégia de Resposta**

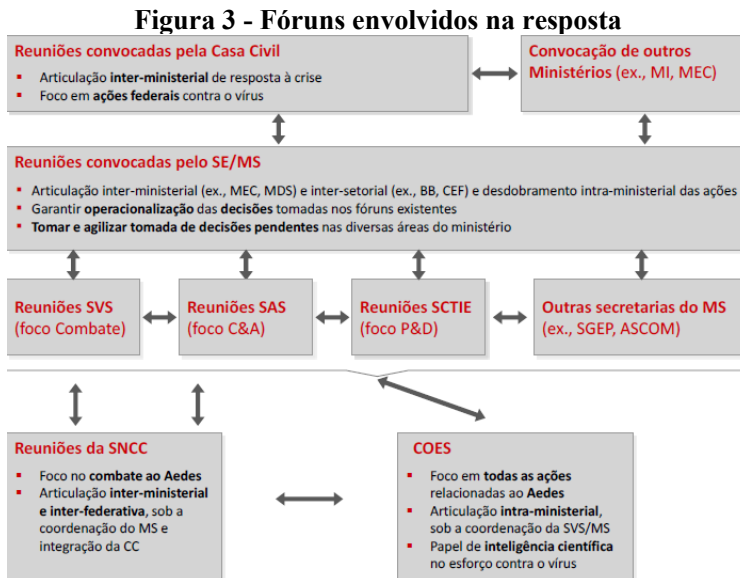


Fonte: Brasil, 2016a, p. 5

O principal objetivo do documento é “controlar o crescimento da epidemia de Zika e responder ao surto de microcefalia e outras complicações neurológicas associadas à infecção pelo vírus” (BRASIL, 2016a). Os secundários são o foco em ações de impacto, o aumento da conscientização e engajamento da população, melhorar a integração

entre setores e agências e transparência através do incremento dos processos e fluxos de informação. Busca-se afirmar a conformidade com os princípios do SUS (BRASIL, 2016a, p. 6).

A dinâmica entre os envolvidos é resumida na Figura 2, abaixo. É importante ressaltar, ademais, que, em sua maioria, será a atividade dessas instituições, com foco nas vinculadas ao MS, que será analisada nessa seção. Em relação a este ministério, é ressaltado que possui “papel central no combate à epidemia”, cumprindo a competência de “realizar ações de promoção, prevenção e atenção à saúde individual e coletiva” (BRASIL, 2016a, p. 10). A Secretaria de Vigilância em Saúde é a uma das mais atuantes e responsáveis por ações de coordenação nesse caso.



Fonte: Brasil, 2016a, p. 9

O documento em si detalha os itens destacados na Figura 1 e faz uma breve introdução às perspectivas gerais da atuação definida na Figura 2. Na descrição dos eixos, constata-se uma grande preocupação ao curto prazo e com foco no combate ao mosquito. Chega a ser dito que “este plano de resposta estratégica tem por objetivo a descrição detalhada das ações imediatas de combate, não contemplando as ações estruturantes de longo prazo” (BRASIL, 2016a, p. 31). Ou seja, as ações estruturais não são consideradas num dos principais documentos de

definição da resposta nacional. Do mesmo modo, alguns dilemas sociais, como a pobreza e o gênero, acabam sendo minimizados ou silenciados, confirmando as afirmações de Nunes e Pimenta (2016) da seção 2.1. Ainda assim, há ações que são concebidas para durarem por grande período de tempo, como a participação da comunidade na vigilância participativa.

Outro aspecto duvidoso é no orçamento estimado para a implementação da estratégia, em que há imprecisão e indefinição, ao ser dito apenas que “é preciso garantir a elaboração e o acompanhamento de um orçamento definido para a estratégia de resposta ao vírus Zika” (BRASIL, 2016a, p. 28), sem apresentação de números, expectativas ou prioridades. Isto se torna vago e não é possível saber, por exemplo, quais setores foram vistos como alvo de maior investimento, quais irão receber recursos, etc.

Ao falar de pesquisa e desenvolvimento, reforça-se essa percepção e indica-se a busca por fontes externas, o que é considerado “uma alternativa em situações de epidemia com riscos globais” (BRASIL, 2016a, p. 70). Nesse caso, utiliza-se da securitização e da sensação de risco para legitimação da Zika como um problema global e, conseqüentemente, justificar a doação de recursos por atores estrangeiros. Conforme visto no capítulo primeiro, o ato de securitizar é comum visando o benefício da obtenção de recursos e atenção, seja de atores externos ou na redefinição de orçamentos internos. A colocação do problema como questão de segurança serve, normalmente, como justificativa para realocação de recursos internos e redefinição de prioridades. Dessa forma, essa intenção justifica-se na literatura.

A Figura 4, retirada do documento, resume algumas potencialidades e demonstra quais são as variáveis analisadas pelo governo na busca de parcerias. Os principais objetivos buscados são aceleração do entendimento patológico do vírus e da doença, desenvolvimento de diagnóstico, vacinas e tratamento, apoio técnico, formação de comissões para refinar protocolos, divulgação de melhores práticas realizadas localmente para debate global e apoio à criação de instrumentos sofisticados de monitoramento (BRASIL, 2016a, p. 91).

**Figura 4 - Fontes de financiamento internacionais (não exaustivo)**

Fontes	Orçamento	Relação com o vírus Zika	Observações
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CDC (EUA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orçamento: \$6,98 bilhões (2017)</li> <li>— \$2,5 bilhões - Proteção aos americanos contra doenças infecciosas</li> <li>\$448 milhões - Proteção contra doenças mundiais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saúde, ameaças à segurança (doméstica e internacional)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Já financiam iniciativas relacionadas ao vírus Zika e à resposta ao vírus. Em fevereiro de 2016, a Administração de Obama pediu \$1,8 bilhão ao Congresso para a resposta ao vírus Zika</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Portfólio atual:</li> <li>— \$49,34 bilhões</li> <li>— 605 projetos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saúde; Ciência e Tecnologia</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nações Unidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orçamento de \$5,4 bilhões recomendado pelo Quinto Comitê</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoio humanitário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A ONU lançou uma estratégia de combate ao vírus Zika em fevereiro de 2016 (\$56 milhões fornecidos pela OMS e parceiros-chave).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UNICEF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orçamento institucional 2014-2017: \$2,1 bilhões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sobrevivência e desenvolvimento de crianças</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UNICEF e parceiros planejam resposta ao vírus Zika. São necessários \$13,8 milhões em 2016.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundação Gates</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundo selecionado 2015:</li> <li>— \$5 milhões para acelerar o desenvolvimento de vacinas contra as doenças infecciosas mais importantes globalmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saúde Global</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundação Clinton</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Levantamento de \$2 bilhões entre 2001 e 2014</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melhoria da saúde e do bem-estar mundial</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UE / ECH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orçamento inicial da EU é de €1 bilhão por ano</li> <li>▪ 2014-20: €6,6 bilhões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoio humanitário e proteção civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UE liberou €2 bilhões para resposta ao Ebola na África</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundação Paul G. Allen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ \$9 milhões em resposta ao Ebola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ciência e Tecnologia</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Banco Mundial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ \$150 milhões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zika na América Latina e no Caribe</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organização Mundial de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ R\$225 milhões</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Combate ao vírus Zika</li> </ul>	

Fonte: Brasil, 2016a, p. 71

Em 2017, no entanto, o governo divulga alguns gastos, demonstrando, por exemplo, que mais de R\$ 465 milhões foram investidos em pesquisas de combate ao *Aedes aegypti* (BRASIL, 2017a). O PNUD estimou que o total de custos brasileiros entre 2015 e 2017 é algo entre cerca de 1 milhão de dólares para até mais de 4,5 milhões da mesma moeda, dependendo do cenário entre mais moderado até mais elevado no número de casos (PNUD, 2017, p. 27).

Mesmo quando o assunto é prevenção, a ênfase é no controle do vetor e como meio para isso parece ser entendido, pelo governo, que prover informações é o suficiente. Em uma das poucas exceções, reconhece-se a possibilidade da transmissão sexual, possibilidade que em maio de 2016 (época de divulgação do documento) já era conhecida, e recomenda-se o uso de preservativos para proteção (BRASIL, 2016a, p. 60). Isso é tudo que é mencionado acerca de outros tipos de transmissões e restringe-se a três linhas entre mais de cem páginas. Temas relacionados a direitos reprodutivos sequer são expostos. Há, novamente, uma tendência ao silenciamento de certas questões sociais, previamente expostas no capítulo dois.



Medidas que vão além do vetor visam às famílias de grávidas ou bebês acometidos pelas complicações oriundas da Zika. É o caso dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) que podem fornecer apoio social a famílias vulneráveis e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), fazendo o mesmo em relação ao apoio psicológico e psiquiátrico (BRASIL, 2016a, p. 55). Há igualmente a possibilidade de familiares solicitarem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), gerenciado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Entretanto, os critérios são bastante restritivos, como na exigência de que haja renda mensal bruta familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo vigente. Nesses casos, a assistência pode chegar a até um salário mínimo (BRASIL, 2016a, p. 56).

Chega a ser dito que “o governo está fazendo a sua parte” ao desenvolver ações para promover e orientar o combate ao mosquito (BRASIL, 2016a, p. 47). Exemplos citados disso são busca de focos em prédios públicos, quiz na internet e medidas semelhantes (BRASIL, 2016a, p. 47-8). É questionável, no entanto, se essas práticas são suficientes para sustentar a afirmação de que o governo federal está fazendo a sua parte. Isso porque medidas estruturantes, conforme salientado anteriormente, não constam do plano. Também fica de fora a consideração de outros determinantes em saúde, como políticas que visem o gênero, as populações mais vulneráveis (como infraestrutura hospitalar, saneamento em cidades menores), entre outros que são omitidos. No próprio documento é reconhecido que, embora haja assistência aos casos de microcefalia, ela é restrita apenas aos centros regionais (BRASIL, 2016a, p. 54).

Em suma, desse, que é um dos principais documentos de posicionamento estratégico do governo, podem ser tiradas algumas considerações iniciais. Primeiro, que o *Aedes* é o foco praticamente exclusivo num combate de temporalidade imediata. Segundo, que parece não haver orçamento disponível ou há indefinição de qual será ele, de toda forma sendo necessária a busca de parcerias externas em que os interesses e agenda privilegiados podem não ser exatamente os visados pelo governo e necessários pela população brasileira. Principalmente para alcançar esse objetivo, utiliza-se da linguagem da securitização. Em terceiro lugar, o foco da pesquisa e do desenvolvimento é restrito às esferas epidemiológica e patológica, suprimindo áreas como as ciências sociais. Quarto, que o apoio às famílias parece ficar em segundo plano na batalha contra o *Aedes* e, quando ocorre, principalmente na questão financeira, parece ser bastante

limitado. Já, em último lugar, que a ênfase à informação, embora tenha seu valor, é sobrecarregada a tal ponto que oculta esforços em outras áreas. A uma família de população vulnerável, somente a informação sobre os riscos do vírus e da doença parece não ser suficiente se não houver acompanhamento por políticas públicas duradouras. Ressalva é feita ao fato de esse ser um documento em que princípios e planos são expostos, podendo haver alteração na prática e com o passar do tempo. Entende-se, no entanto, que poderia ser mais abrangente e claro em alguns pontos. Nos próximos parágrafos serão detalhados alguns capítulos do livro *Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS*, que é coordenado pela SVS e dividido em partes escritas por diferentes atores de forma muitas vezes informal. Em seguida, alguns dos atores atuantes serão descritos, bem como suas posições, a fim de se buscar o entendimento sobre o que cada um intencionou fazer e o alinhamento ou não ao plano até aqui descrito.

Em seu capítulo, Cláudio Maierovitch Henriques, na época diretor do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, vinculado à SVS, expõe seu ponto de vista a respeito da situação. O capítulo é intitulado *A surpresa e o grito*, o que já denota algo relacionado à ameaça e ao risco. O autor reporta a gravidade da situação afirmando que, das autoridades de saúde, eram necessárias respostas rápidas que se baseassem no método científico e na sinceridade (HENRIQUES, 2017, p. 16).

Um problema a que Henriques (2017, p. 19) se refere é o da construção de boatos. No ambiente pleno de incertezas, que culminavam na geração de insegurança, várias hipóteses surgiam, fossem elas baseadas no conhecimento científico, ou simplesmente boatos provenientes do senso comum, baseados em preconceitos ou dogmas. Entre os 10 artigos mais compartilhados no Facebook sobre o vírus da Zika, 3 são humor ou boato (HENRIQUES, 2017, p. 20).

Nesse ambiente em que predomina a sensação de risco, observam-se alguns perigos da securitização. Esses boatos sem fundamentação a que se refere o autor são capazes de criar estigmas em relação às pessoas afetadas e sua região, prejudicar a construção de estratégias e práticas do governo para resposta e criar comportamento na população que tende a exacerbar ainda mais o sentimento de medo. Um exemplo disso, relatado por Henriques (2017, p. 21), foram os falsos rumores de que a vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola causaria as malformações. Na verdade, essa percepção só traria mais ameaças, uma vez que caso houvesse oposição à vacina, essas três outras

enfermidades poderiam ser reintroduzidas. Para piorar, isso faz com que o ministério tenha que gastar mais com comunicação social (HENRIQUES, 2017, p. 21), o que é particularmente prejudicial em um momento de crise e de dificuldade para captação de recursos demonstrada no documento estratégico do MS. Também é evidenciado que a audiência recebeu e consentiu com a securitização – caracterizando, conforme exposto nos capítulos 1 e 2, que o movimento securitizador teve sucesso.

O autor demonstra, igualmente, preocupação que um dos principais benefícios da securitização seja apenas de curto prazo (a maior exposição da mídia pela situação de emergência), ao afirmar temer que o tema seja banalizado, o sentimento de urgência e a mobilização social sejam diminuídos com o passar do tempo. A mesma impressão Henriques tem a respeito do combate ao mosquito (HENRIQUES, 2017, p. 21-2). O autor parece, ademais, aprovar a securitização da questão, ao mesmo tempo em que tenta criar soluções para que os benefícios imediatos se estendam de forma duradoura. No entanto, não demonstra muita esperança de que isso ocorra. Como visto no capítulo inicial, a literatura em segurança em saúde sugere que estes benefícios tendem a ser, de fato, mais imediatos e não estendidos. Sendo assim, se houve pretensão de busca por recursos de forma estendida através da linguagem do risco, foi um erro estratégico ou uma tentativa de pânico, face à aparente ausência de recursos.

Com relação ao encerramento do estado de ESPII, Henriques expõe uma certa preocupação, ao afirmar que “as justificativas da posição do Comitê de Emergência não exalaram tranquilidade” (HENRIQUES, 2017, p. 25). Em conformidade com o que vem sendo dito, o receio é de que a Zika perca agenda e recursos. Ou seja, teme-se justamente a perda do caráter securitizador e de seus benefícios potenciais. Essa parece ser uma preocupação já implícita ao longo do texto, com as referências à perda de recursos, ao receio de que se torne um problema tão naturalizado na sociedade brasileira quanto a dengue, e assim por diante. Nota-se nos relatos de Henriques uma vontade por securitização que se mostra relativamente efetiva na captação de recursos e atenção no curto prazo, porém que, no longo prazo, admite o próprio autor, é problemática. Isso ocorre até mesmo pelas recentes reformas orçamentárias em pastas como a da saúde e as crises enfrentadas pelo país. Recordando Buzan, Wæver e de Wilde (1998, p. 32), os argumentos dos atores que buscam a securitização costumam ser hipotéticos sobre o que vai acontecer caso a ação securitizadora não seja

efetivada. Ou seja, aqui Henriques demonstra a tentativa de que seja mantida a situação emergencial, através da exposição dos riscos.

Em relação à construção da estratégia, a publicação elenca dois capítulos. Neilton Araújo de Oliveira, médico sanitário vinculado ao Ministério da Saúde, escreve o primeiro, intitulado *Gestão, articulação e mobilização*. Membros de diferentes ministérios, como saúde, educação e desenvolvimento social e agrário contribuem com uma análise da atuação da Sala Nacional de Coordenação (SNCC).

No primeiro deles, de Oliveira busca avaliar a questão da gestão, cuja importância tende a ser ofuscada, segundo o autor, pelas medidas de incentivo à pesquisa (DE OLIVEIRA, 2017, p. 57). Uma linha do tempo alternativa, com elementos de mobilização, é proposta. Observa-se nela diversas iniciativas de combate ao *Aedes* no âmbito da educação, da sociedade civil, de prédios públicos federais, etc. Isso ocorre sem, entretanto, a presença de medidas que visem debates sobre questões de gênero, vulnerabilidade socioeconômica, entre outros. O foco, portanto, é restrito à contenda contra este vetor e demais assuntos são silenciados.

Vale ressaltar que o autor propõe, para o sucesso da eliminação do mosquito como transmissor, a necessidade de ampliação das campanhas sazonais para “a construção de um processo complexo, permanente, continuado e intenso” (DE OLIVEIRA, 2017, p. 59). Assim como em Henriques (2017), há a preocupação de que esses potenciais benefícios do elemento securitizador (atenção e recursos), mesmo que vistos de forma positiva, sejam sustentados no longo prazo, novamente com o receio de que haja uma espécie de naturalização da doença.

Apoiados na Sala Nacional de Coordenação, por sua vez, Frutuoso *et al* (2017) dirigem-se para a questão da intersectorialidade e a evidência de que a esfera da saúde não é capaz de resolver sozinha uma questão com fatores tão complexos. A SNCC, administrada pelo Ministério da Saúde, foi instalada em 21 de dezembro de 2015 com o objetivo especial de coordenar e monitorar ações de mobilização e combate ao *Aedes aegypti* e executar ações do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia. Ela está localizada no Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres da Secretaria Nacional de Defesa Civil (CENAD) do Ministério da Integração, vinculando os ministérios da Saúde, da Integração, da Defesa, do Desenvolvimento Social e da Educação, a Casa Civil e a Secretaria de Governo da

Presidência da República e outros possíveis órgãos convidados. Há 27 Salas Estaduais, uma em cada unidade federativa.

Novamente, o foco é o mosquito. Além disso, embora sejam feitas muitas citações a diferentes agências governamentais, nota-se que é ausente qualquer referência nominal ao Ministério das Relações Exteriores ou qualquer de seus órgãos. Por outro lado, o SNCC elaborou quatro diretrizes que definem suas ações. A primeira envolve o combate ao *Aedes* durante o período de ESPIN; a segunda define a atuação das Forças Armadas e a parceria com o Ministério da Defesa; a terceira, a necessidade de saneamento básico; e a quarta dispõe sobre proteção e defesa civil.

Essas ações trazem duas conclusões principais. A primeira é que são feitas ações como a apoiada por cerca de 220 mil militares em ato nos municípios com maior predomínio da doença no dia 13 de fevereiro de 2016 (FRUTUOSO *et al*, 2017, p. 66), quando houve uma quase literal guerra contra o mosquito. A segunda demonstra que a partir da securitização buscam-se medidas de mais longo prazo, com finalidade de garantir “o fornecimento ininterrupto e o armazenamento doméstico adequado de água e a coleta e destinação regular de resíduos sólidos” (SNCC, 2016, p. 1), em uma combinação de ações emergenciais e permanentes. Essa parece ser novamente uma preocupação, com o diferencial que aparece de forma mais estruturada. Se os autores das agências anteriores parecem receosos, a SNCC demonstra mais eficácia com seus resultados.

Destaca-se a presença constante em discursos e planos de estratégia de diversas agências o elemento da intersetorialidade, assim como visto na SNCC. Henriques (2017, p. 26) chega a afirmar que “inúmeras disciplinas estão envolvidas em estudos que vão desde as características moleculares do vírus e de células com as quais ele interage até o desenvolvimento de políticas públicas para prevenção, atenção e cuidado”. Contudo, na agenda das diversas instituições envolvidas, com poucas exceções, como a mais à frente citada Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas (RENEZIKA), o foco das pesquisas parece ser em aspectos epidemiológicos, combate e controle do mosquito, melhores práticas com grávidas e bebês afetados. Ou seja, as investigações, via de regra, parecem não contar com estudos a respeito de efeitos sociais, por exemplo.

A ação dos municípios é relatada por Chagas *et al*, que fazem parte do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Os autores destacam a vulnerabilidade estrutural dos

estados nordestinos afetados. Nesses locais, além dos altos índices de dengue em função das áreas com foco de mosquitos, há outros problemas básicos, como saneamento e falta de água, somados ao subfinanciamento da saúde. Em algumas cidades não há água potável e o abastecimento é possível somente por caminhões pipa duas a três vezes por mês. A água, por conseguinte, deve ser armazenada e torna-se um possível criadouro de mosquito (VALE *apud* CHAGAS *et al*, 2017, p. 111). É possível ver isto no fato de que na região os depósitos de mosquitos foram encontrados em aproximadamente 80% em reservatórios de água (CHAGAS *et al*, 2017, p. 111). Outra crítica é que afirmam haver falta de apoio aos municípios, uma vez que estes são:

convocados de forma urgente a assumir responsabilidades executivas no sistema que nem sempre vêm acompanhadas do devido financiamento ou mesmo da responsabilidade compartilhada entre os entes da Federação. Apesar da compreensão do papel da Atenção Básica como ordenadora da rede e do cuidado, muitos municípios ainda não recebem apoio técnico e financeiro por parte dos estados, e mesmo da União (CHAGAS *et al*, 2017, p. 115).

Outra dificuldade é a da resposta no diagnóstico, monitoramento e tratamento precoce da gestação e dos nascidos com microcefalia. Segundo os autores, a epidemia de Zika revelou uma fragilidade em ações de pré-natal dos municípios. Em casos de malformações, o tempo de resposta e de estímulo é muito importante para as condições de desenvolvimento do bebê. Para amenizar esse tipo de problema, foi criada a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia, através da Portaria Interministerial nº 405/MS/MDSA de 15 de março de 2016 (CHAGAS *et al*, 2017, p. 114).

A solução dada pelo CONASEMS para o enfrentamento do mosquito é dividida em seis partes. Elas dizem respeito ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde com financiamento e intersetorialidade, ao foco na melhora dos processos de vigilância e promoção em saúde, ao investimento em questões como saneamento básico, coleta adequada de lixo e limpeza urbana, ao estímulo à integração das ações de vigilância com as de atenção básica, à qualificação de profissionais para diagnóstico precoce no pré-natal e à organização de uma Rede Regionalizada para gestão do cuidado às crianças e mães acometidas (CHAGAS *et al*, p. 117). Entre as ações,

estão educativas como o apoio a professores para tratarem do tema em sala de aula desmentindo boatos (CONASEMS, 2016). Depreende-se também, assim como nas outras partes da estratégia do MS, o foco dado ao *Aedes*. Ainda assim, as particularidades do CONASEMS dizem respeito à defesa dos interesses dos municípios e à busca por melhoras em questões de infraestrutura, capazes de ter impacto duradouro. Isso é nítido no discurso mais amplo da instituição.

Do ponto de vista dos estados, Mansano (2017) traz o tema para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Requisita-se, por exemplo, um fundo emergencial para as ações de combate e controle do vetor, sob argumentos inicialmente de ameaça imperiosa e, posteriormente, de que já deveria estar sendo feito para controle da dengue (MANSANO, 2017, p. 120). Nesse sentido, observa-se novamente a linguagem do risco para potencializar fundos para o combate do mosquito com intuito de que não se torne como a dengue: endêmica e sem controle necessário.

Assim como o CONASEMS, parece haver o entendimento de que questões de saneamento, acesso à água, entre outros, devem ser prioridade de ação intersetorial. Defendem, segundo os autores, o debate em um modelo que não somente foque o mosquito, mas que traga as desigualdades socioambientais como prioridade (CONASS, 2016). Mansano (2017) atenta que “é fundamental priorizar a intervenção nas causas determinantes, cuja responsabilidade não pode se limitar ao setor Saúde”, defendendo ações conjuntas e contínuas (MANSANO, 2017, p. 123).

Outras instituições também estiveram envolvidas na resposta brasileira. É o caso da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Evandro Chagas, por exemplo. Especialmente no âmbito da pesquisa, estas instituições destacam-se pelo desenvolvimento de programas. Organismos externos também possuem atuação marcante, caso da OPAS-OMS e do CDC dos EUA.

Em 18 de dezembro de 2015, pouco mais de um mês após a declaração da ESPIN pelo governo brasileiro, a Fiocruz criou um Gabinete para o Enfrentamento à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (FIOCRUZ, 2015). Foi criado um plano de enfrentamento para a emergência, cujo objetivo principal é o de produzir ações integradas que possam contribuir para a Política Nacional de Saúde no enfrentamento da ESPIN. As dimensões trabalhadas são o desenvolvimento tecnológico e de laboratórios de referência, conhecimento científico, atenção à saúde, vigilância, ensino,

mobilização social, informação e comunicação social e cooperação internacional. Salienta-se que “em uma situação de emergência é necessário priorizar ações capazes de contribuir de forma mais rápida e efetiva para a redução do número de casos e da minimização dos danos causados pela infecção” (FIOCRUZ, 2016, p. 8-9). A sua agenda tecnológica, que serviu de base para o lançamento do *Eixo III – Desenvolvimento Tecnológico, Educação e Pesquisa do Plano Nacional de Enfrentamento ao mosquito Aedes aegypti e à Microcefalia* pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b), tem três focos principais de desenvolvimento: métodos para controle do mosquito; kit de diagnóstico molecular e sorológico; e vacina (GADELHA; FERNANDES; STABELI, 2017, p. 76). Lembra-se ainda que Cláudia Torres Codeço, da FIOCRUZ, chegou a participar do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional.

O Instituto Evandro Chagas é dirigido por Pedro Fernando da Costa Vasconcelos, igualmente membro do Comitê de Emergência do RSI aberto pela OMS. O IEC atua também na área da pesquisa, sendo um dos responsáveis por reforçar a relação entre Zika e as malformações através de exames. O Instituto foi um dos responsáveis pela disponibilização a distribuir o vírus para instituições científicas do Brasil e do mundo. O IEC também trabalha na formulação de uma vacina, num projeto financiado pelo MS e com colaboração com a *University of Texas Medical Branch* (VASCONCELOS, 2017, p. 86). Espera-se que esta vacina, a ser produzida em escala industrial pela FIOCRUZ, chegue ao mercado até o final de 2020, segundo Vasconcelos em entrevista à repórter Máira Mendonça, do jornal *Gazeta Online* (VASCONCELOS, 2017b). O Ministério da Saúde prevê um investimento de 7 milhões de reais até 2021 para desenvolvimento e produção dela (BRASIL, 2017b). Os testes, que já estão sendo feitos em camundongos, com a próxima etapa sendo em humanos, indicam que a vacina pode restringir a transmissão na gestação (RICHNER *et al*, 2017; BRASIL, 2017c).

Recorda-se da última seção do Capítulo 1 que uma das polêmicas da questão da segurança em saúde referia à disponibilização de exemplares de organismos como vírus para representantes de países desenvolvidos. A argumentação dos países em desenvolvimento, na época liderados pela Indonésia, era de que os Estados do Norte poderiam se beneficiar com o desenvolvimento de vacinas ou remédios, por exemplo, enquanto os países do Sul se prejudicariam por tê-las de comprar de volta sem nenhum benefício. Nesse caso, embora o IEC



tenha fornecido exemplares do vírus, ele, assim como a Fiocruz, aparecem como parceiros no desenvolvimento da vacina. Isso em parceria com entidades estrangeiras, ainda que haja financiamento do Ministério da Saúde. Dessa forma, deve ser acompanhado nos próximos anos se o país vai auferir ganhos ou não com a parceria. Se por um lado existe uma parceria e não a simples distribuição do vírus, por outro há desembolso de considerável quantia pelo ministério, tendo em vista a escassez de recursos e a crise econômica que tende a exacerbá-la. Segundo documento obtido junto ao governo brasileiro, ainda é possível observar que a parceria pode ser finalizada, por qualquer motivo, caso uma das partes entenda necessário. Poderia representar, se assim fosse, em prejuízo (MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DO TEXAS MEDICAL BRANCH, 2016).

O Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES) tem a sua ativação prevista para casos de emergência no Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública, de 2014. Nele, o COES é definido como “uma estrutura organizacional que tem como objetivo promover a resposta coordenada por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos” (BRASIL, 2014, p. 14). Ele deve servir para subsidiar a tomada de decisões, a definição de estratégias e ações adequadas. Sua coordenação é feita pela SVS. Tanto a sua ativação quanto a desativação são feitos desde indicadores classificados em diferentes níveis (BRASIL, 2014, p. 15).

Na resposta à epidemia de Zika, o COES foi acionado em novembro de 2015 junto com a ESPIN. A atuação foi baseada em quatro temas centrais. São eles a mobilização, o cuidado e acolhimento, pesquisa e desenvolvimento e capacitação (BRASIL, 2016a, p. 11). Como demonstra a Figura 2, de resto, esteve envolvido com questões de combate ao *Aedes*, intra-ministeriais e de pesquisa científica.

Já o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde é o apoio para o ponto focal brasileiro para o Regulamento Sanitário Internacional. Nesse caso, evidentemente, foi atuante. Em conformidade ao CIEVS, há no país 57 centros ativos da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, criada em sintonia com o demandado pelo RSI. Esses centros regionais estiveram operantes<sup>56</sup>. O órgão, por exemplo, esteve responsável pelo

---

<sup>56</sup> As informações do CIEVS/PE, por exemplo, podem ser acessadas através do link <https://www.cievspe.com/microcefalia>.

monitoramento do aumento dos casos da à época chamada síndrome exantemática no Nordeste em 2015.

Uma outra criação foi a de uma Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas, como previsto no documento estratégico do governo. A RENEZIKA foi criada pelo Ministério da Saúde por meio da portaria nº 1046 em 20 de maio de 2016. Ela visa integrar gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil para facilitar a formulação e implantação de ações e políticas públicas. A rede busca a interdisciplinaridade e organiza-se através dos seguintes grupos de trabalho: Atenção à saúde das mulheres e crianças no contexto do vírus Zika, Monitoramento do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; Inovações em Controle Vetorial, Pesquisa, tradução e disseminação do conhecimento; Vigilância integrada das Alterações Congênicas relacionadas à infecção durante a gestação; Bioética; e Parcerias Internacionais (BRASIL, 2016c). A instituição da ESPIN e a securitização do tema legitimou a criação de novas agências como essa. Inclusive a parte voltada a parcerias internacionais demonstra estar dentro da estratégia de captação de recursos provenientes do exterior.

A OPAS teve, em sua agência no Brasil, papel importante. Ela foi notificada de casos de doença exantemática em estados nordestinos no início de 2015. Quando foi apurada a origem da doença, a organização lançou alertas regionais. A equipe que atua no Brasil descreve que, até a instauração da ESPII, a resposta da instituição ocorria a partir da estrutura regular do escritório no país. Depois disso, cresceu a demanda e houve a criação de uma sala de situação em 16 de fevereiro de 2016, prevista para funcionar até o final do ano. O propósito da sala era o de “ajudar a responder perguntas que não tinham ou ainda não têm respostas claras”, além de “receber, sistematizar, analisar e disseminar informações baseadas em evidências para subsidiar a tomada de decisão” de diversos atores, internos ou externos, que estivessem interessados (PAHO 2017, p. 89-90). Ao descreverem as atividades, o cerne da atuação parece ser a vigilância para combate do vetor e o apoio às mães e bebês afetados. As quatro principais áreas de atuação foram a cooperação interagencial, a cooperação Sul-Sul, visitas técnicas de autoridades da OPAS/OMS e o plano de ação da ONU no país (PAHO 2017, p. 92-3).

No livro editado pelo Ministério da Saúde, nota-se que, apesar da alegação da cooperação Sul-Sul, ao citar “países” parceiros, a organização menciona apenas os Estados Unidos, não deixando claro quais seriam os países em desenvolvimento cooperantes com o Brasil.

Em como essa parceria deve ocorrer, apenas há a citação de que deve ser feito o “recolhimento e sistematização de experiências” (PAHO 2017, p. 92) e a divulgação das lições aprendidas “para fortalecimento da cooperação sul-sul em saúde na região das Américas” (PAHO 2017, p. 93). Lembra-se, igualmente, da importância do Regulamento Sanitário Internacional como “ferramenta imprescindível” (PAHO 2017, p. 92). Isto provavelmente deve estar dentro do eixo de coordenação da OMS exposto no capítulo anterior, o que não determina que necessariamente a cooperação deve ser Sul-Sul. Inclusive, o caso mais emblemático até o momento parece ser Norte-Sul, entre Brasil e Estados Unidos, com a Organização Mundial da Saúde ou a Organização Pan-Americana da Saúde como membros ocasionais numa espécie de cooperação trilateral.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, em concordância com o número de vezes que já foi citado até o momento, foi um membro importante na resposta brasileira. A menção ao centro ocorre em uma imensidão de documentos de todos os tipos de organização, desde a OPAS e OMS até o MS e instituições internas. Ele chega a ser citado como exemplo de parceiro adequado pelo governo (BRASIL, 2016a, p. 70), junto com a OMS.

No plano interno, há pesquisas conjuntas, treinamentos (IEC, 2017), envio de amostras (HENRIQUES, 2017, p. 19) parcerias – especialmente com a Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a) –, entre outros. Salienta-se que também são importantes a cooperação com outras instituições, como o Instituto Pasteur e o *National Institute of Health* (NIH) dos EUA (FIOCRUZ, 2016, p. 29). No entanto, os Estados Unidos de forma geral, e o CDC em particular, são os principais parceiros. Em pesquisa no site da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, do Ministério da Saúde, é possível ver que apenas com os EUA foram formalizados acordos relativos à Zika e suas complicações<sup>57</sup>. Também pode ser visto que isso já é uma tendência, visto que nas duas décadas anteriores outros acordos vinham sendo firmados<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> Plano de Cooperação em Saúde Brasil-Estados Unidos para o enfrentamento ao Zika e suas complicações (2016), Carta de Intenções entre o Ministério da Saúde e Universidade do Texas UTMB para o desenvolvimento de vacina contra o vírus zika (2016) e Cooperação entre CDC, MS e Estados brasileiros (Paraíba, Bahia, Pernambuco) em zika e Guillain-Barré (2016).

<sup>58</sup> Ajuste Complementar ao Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre o Governo dos Estados Unidos da América e o Governo da República Federativa do Brasil (1998), Ajuste Complementar, por troca de Notas, ao

Embora não estivessem disponíveis no site do MS, foram requisitados a partir da Lei de Acesso à Informação. Os documentos pedidos, consultados com base no site da AISA, foram cinco: 1. Plano de Cooperação em Saúde Brasil-Estados Unidos para o enfrentamento ao Zika e suas complicações, de fevereiro de 2016; 2. Cooperação CDC e MS: apoio técnico nas investigações sobre o vírus zika e Guillant-Barré (Pernambuco e Bahia), cooperação laboratorial em sorologia contra o vírus Zika (Instituto Evandro Chagas) e estudo de caso controle sobre “Casos de Microcefalia associados à infecção por arbovirus no Brasil” (Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba), sem data; 3. Carta de Intenções com a Cooperação Universidade do Texas UTMB (Inst. Privada) firmado em 2016 – Cooperação para o desenvolvimento de vacina contra o vírus zika com o Instituto Evandro Chagas (IEC), de 02/04/2016; 4. Carta de Intenções entre CDC/HHS e SVS/MS para Cooperação em Saúde Pública e Vigilância em Saúde, de 11/05/2012; e 5. Carta de Intenções entre NIH/HHS, MCTI e MS para pesquisa em saúde, firmado em 2014.

A resposta foi de que em relação ao primeiro não houve assinatura de acordo, apenas a elaboração de um documento-base de trabalho. Sobre o segundo, houve engano na informação referida no site, sendo este na verdade uma cooperação de apoio técnico sem documento assinado. Somado ao primeiro, os outros três foram enviados sem mais explicações<sup>59</sup>.

É possível identificar, por meio destes documentos, que há uma parceria crescente entre o MS e órgãos dos EUA, mas que costuma se restringir a protocolos de intenções. Agências dos dois países, como o CDC e a SVS demonstram aproximação contínua – ou pelo menos intenção disso. Em geral, nos documentos anteriores à emergência do vírus Zika, constata-se já uma prevalência de esforços conjuntos em questões referentes à vigilância.

---

Acordo de Cooperação em Ciência e Tecnologia para o Controle Biológico do Mosquito *Aedes aegypti* (2000), Memorando de Entendimento em Saúde e Ciências Médicas entre o HHS e o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil (2005), Acordo de Confidencialidade entre a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) e a *Food and Drug Administration* (FDA) (2010), Carta de Intenções entre o CDC e a SVS para Cooperação em Saúde Pública e Vigilância em Saúde (2012), Carta de Intenções entre o *National Institutes of Health*, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) (2014).

<sup>59</sup> Para consultá-los, ver anexos.

Com a ESPII, há a assinatura de nova Carta de Intenções, especificamente a que busca o desenvolvimento da vacina. O cronograma de trabalho (plano de cooperação) é mais claro em relação às áreas, temporalidade e agências envolvidas. São sete áreas destacadas: Desenvolvimento de vacinas e tratamentos; Desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico; Fortalecimento do acompanhamento e atenção à saúde; Pesquisa; Controle vetorial; Monitoramento e Avaliação; e Vigilância e Estudos Epidemiológicos. Com exceção da sexta, que busca assegurar a avaliação de programas e produtos desenvolvidos, todas são de curto (normalmente) ou médio prazo. Diversos são os atores envolvidos entre os dois países, destacando alguns como a ANVISA, pelo lado brasileiro, e o FDA, pelos Estados Unidos.

Isso auxilia a corroborar que as intenções estadunidenses visam garantir que a doença não chegue ao seu território. Está dentro do esperado pelo marco teórico do capítulo inicial. O foco na pesquisa serve para entender melhor a Zika e suas associações possíveis, enquanto a vigilância permite controlá-la e combatê-la na fonte. Enquanto os determinantes em saúde não são considerados, preza-se pelo combate a curto prazo e desenvolvimento de vacina em conjunto a partir das amostras laboratoriais recebidas.

O CDC também tem um capítulo no livro editado pelo Ministério da Saúde brasileiro, com contribuição do escritório no país. A sua sede no Brasil encontra-se dentro das instalações do MS, o que denota a proximidade entre as instituições. Nos anos de 2016 e 2017, o órgão dos EUA e o governo brasileiro buscam trabalhar juntos para “conter a proliferação do *Aedes aegypti*, fortalecer a vigilância em saúde, aumentar a capacidade dos laboratórios para detectar a infecção e apoiar estudos epidemiológicos e de vigilância sobre o comportamento do vírus Zika e seu impacto na saúde humana”, em colaboração com a SVS do Ministério da Saúde (MIRANDA; LENTINI; JÚNIOR, 2017, p. 95).

Observa-se o peso da vigilância, que domina quase toda a pauta. É perceptível uma linguagem securitizadora e de um certo intervencionismo em momentos em que se fala em “motivo de preocupação” que “permitiria a tomada de medidas preventivas e intervenção no Brasil” (MIRANDA; LENTINI; JÚNIOR, 2017, p. 96). O GOARN e o RSI, que, conforme visto no primeiro capítulo, são instrumentos de segurança em saúde, são citados diversas vezes. Por fim, no discurso é manifesto o apoio ao desenvolvimento de estudos,

principalmente de compreensão da doença e os seus impactos. Cita-se, inclusive, uma possível transferência de tecnologia e cooperação a longo prazo para capacitação de laboratórios no país e uma parceria entre o CDC e a SVS que data de 2012 (MIRANDA; LENTINI; JÚNIOR, 2017, p. 97; COELHO, 2016).

O notório interesse na agenda da descoberta sobre os impactos da doença e da vigilância ajuda a corroborar a literatura que afirma a relevância desta área para os países desenvolvidos<sup>60</sup> (e, em especial, para os próprios Estados Unidos). Ao mesmo tempo, porém, há um processo de parceria que aparentemente tem se desenvolvido nos últimos anos, durante o período do governo Dilma e que pode ter tido seu ápice durante a Zika. A ênfase no progresso da vigilância em saúde no Brasil pode, pelo menos, melhorar a capacidade nacional neste sentido, que necessita de reformas com a chegada do vírus Zika (BRITO, 2017, p. 33). É importante que se avalie, no entanto, que há outros setores que também necessitam de atenção. Nesse caso, o governo brasileiro não pode se abster e deve procurar outras parcerias ou formas de financiamento, se preciso for. É preciso ter em mente, novamente retomando o capítulo primeiro, que as estratégias de curto prazo e que visam o combate imediato são particularmente atraentes para os países que já possuem questões estruturais consolidadas. No Brasil, foi visto que sequer o saneamento e o acesso à água potável existem em locais que representam o foco do vírus. Isso demonstra que ações estruturantes sobre diversos determinantes em saúde são importantes e não podem ficar para trás, sem diminuir as também relevantes medidas de vigilância e combate ao vetor.

Cabe salientar que uma série de outros atores domésticos e internacionais também tiveram participação de alguma forma. Alguns ministérios e suas agências, empresas federais estatais (BRASIL, 2016a, p. 62-3) e organizações regionais, como a Unasul, o Mercosul, entre outros (BUENO, 2017). Outras iniciativas, como o *site Combate Aedes*, também foram efetuadas por alguns diversos organismos citados.

---

<sup>60</sup> Outro exemplo é do escritório da Comunidade Europeia no Brasil que convidou o ministro da saúde para uma reunião antes dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos em ocasião em que eles “expressaram seu temor” sobre a situação do momento e o perigo que a Zika impunha durante os eventos (HENRIQUES, 2017, p. 23). O desdobramento foi, inclusive, positivo, com a União Europeia auxiliando com 10 milhões de euros em pesquisas sobre o vírus (COMISSÃO EUROPEIA, 2016).

No dia 11 de maio de 2017, o governo brasileiro anunciou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. A declaração foi feita com base nos dados de que o número de registros pela infecção caiu em aproximadamente 95% em relação ao ano anterior, o que faz com que a Zika não preencha mais os requisitos necessários para ESPIN (BRASIL, 2017d; BRASIL, 2017a). Essa decisão foi com base no RSI e a ele comunicada. Os critérios são o impacto do evento sobre a saúde pública (se é grave), se o evento é comum ou inesperado, se há risco significativo de propagação internacional e se há risco significativo de restrições no comércio ou viagens internacionais. Em 2015, a resposta era positiva para os dois primeiros e negativa para os dois últimos. Em 2017, é positiva apenas para o primeiro (BRASIL, 2017a).

O governo anunciou que durante o período “priorizou ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti*, na pesquisa e desenvolvimento de testes para identificar as infecções causadas pelo mosquito e também na assistência a mães e bebês com microcefalia” (BRASIL, 2017e), confirmando também o que vem sendo dito na análise documental até aqui. Ainda assim, o secretário da SVS, Adeilson Cavalcante, salientou que o fim da situação de emergência não significa que serão parados os esforços de vigilância e assistência, que devem continuar a ser feitos pelos órgãos envolvidos (CAVALCANTE *apud* BRASIL, 2017e).

Dessa forma, o que se tem é um resultado dúbio. Se por um lado os números parecem positivos, em função do esforço de contenção do governo brasileiro, por outro a Zika permanece como um problema nacional, que parece ter chegado para ficar, como disse o Comitê Especial do RSI, no âmbito da OMS. Além disso, esses números dizem respeito mais à situação epidemiológica do que às outras esferas. O debate sobre questões de aborto e gênero, vulnerabilidade social e econômica dos afetados, investimentos estruturais ainda fica em aberto. Além de continuar com todos esses problemas, parte da população nacional mais desamparada agora terá de conviver com a ameaça da Zika e suas possíveis complicações. Para piorar a situação dessa parcela de cidadãos, suas necessidades parecem ser negligenciadas em publicações de diferentes organismos atuantes, embora algumas ainda sejam lembradas.

Os gestores brasileiros demonstraram que houve busca pela securitização. Em seus atos de fala, bem como nos documentos, isto ficou manifesto. A impressão é que num cenário de extrema incerteza com fundos para o combate de uma doença grave, houve tentativa de apropriação do discurso da ameaça e do risco com pretensão de busca

por atenção e recursos financeiros de onde pudessem vir. O medo era de que se tornasse uma endemia, como a dengue, por exemplo. A expectativa era de que conseguissem tornar o discurso do medo e suas vantagens em algo que se sustentasse de forma contínua, o que aparentemente não foi possível. No âmbito doméstico, houve realocação de prioridades com membros de outros ministérios (inclusive com exaustiva mobilização das Forças Armadas). No cenário internacional, a ESPII teve seu auge no momento dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos e tanto ela quanto a ESPIN foram finalizadas. A Zika arrefeceu nos noticiários. Mesmo a OMS, que parecia preocupada com as malformações associadas à exposição ao vírus, mudou de opinião ao avaliar que esta é uma questão duradoura. Todos esses fatores ajudam a demonstrar que os impactos securitizadores são em curto prazo. Agora, resta o desafio de lidar com este problema e suas resultantes no longo prazo. O desenvolvimento da vacina pode ser algo positivo, mesmo que demore alguns anos. Ainda assim, há questões sociais e estruturais que precisam ser resolvidas, até mesmo para evitar novos problemas desse tipo.

A resposta do Ministério da Saúde, que balizou toda atuação nacional, foi favorável ao proposto pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, vistos nos capítulos anteriores. Isto quer dizer que, ao contrário dos receios de alguns autores, pelo menos neste caso as desavenças Norte-Sul foram colocadas de lado e não impediram a cooperação – aliás, não parece sequer houve desavenças, com base nos documentos. Isto já era esperado, uma vez que, conforme salientado no primeiro capítulo, o Brasil adequou-se ao sistema e parece buscar reformá-lo em vez de rejeitá-lo.

Depreende-se que os atores securitizadores (os que exercem o discurso) foram, via de regra, as agências vinculadas ao Ministério da Saúde. Os atores funcionais (os que influenciam) foram sobretudo do exterior, especialmente a OMS/OPAS, através do RSI e demais iniciativas, e os Estados Unidos, com a cooperação que vem de anos. O objeto referente, por parte do governo brasileiro, fora a população nacional.

A estratégia brasileira se aproxima fundamentalmente da concepção de segurança em saúde pública global, da OMS. Isso porque ficou claro que a segurança foi instrumentalizada e utilizada de forma pragmática, visando a obtenção de recursos, e não apenas como instrumento analítico. O intuito era a adição de senso de importância à



questão, visando a obtenção de recursos. O governo nacional parece ter pensado, assim como Elbe (2006, p. 138), que há custos também em não securitizar. De certa forma também abrange parte da chamada segurança comum, principalmente na questão multidisciplinar.

Outra constatação é que o Ministério da Saúde e suas agências tiveram grande atuação internacional, mesmo sem sequer citar o Ministério das Relações Exteriores. Tanto no diálogo com a OMS e com a OPAS quanto com a busca por financiamento externo isto é visível. Há estratégias delineadas para estes fins. Dessa forma, apresentam suas próprias ideologias e, acima de tudo, métodos planejados para obtenção dos desfechos que ambicionam. Há, então, representação da horizontalização da política externa. Em relação ao posicionamento com os EUA, há alteração em relação ao governo Lula (neutralidade) e reaproximação com o governo FHC (mais favorável), tendência que ocorreu na área da saúde a partir do governo Rouseff.

Contrariando a preferência dada aos países em desenvolvimento, desta vez o parceiro central fora os EUA. Uma tendência reafirmada representa a cooperação com a OPAS, já histórica. Embora a cooperação com estes atores tenha ocorrido por conta de um problema interno do Brasil, há uma mudança em relação a outras iniciativas internacionais do MS. Se normalmente ocorrem a partir de políticas domésticas de sucesso que são exportadas e com base em ideologias fundamentadas em aspectos como o SUS, os direitos humanos, etc, dessa vez deu-se em função de um problema doméstico e a pressão externa demonstra ser um indicativo de guia para o governo nacional. Como foi exposto a partir de citação de Carmo, Penna e Oliveira (2008) no capítulo inicial e reforçado por documento da OPAS, o Brasil adequou seu sistema interno plenamente ao RSI e passou a utilizá-lo. Como esperado neste mesmo capítulo, os atores atuantes se confirmaram sendo SVS, CIEVS e outros entre os principais. Estratégias previamente esperadas, como detecção, prevenção e controle, influenciadas pelo Regulamento Sanitário Internacional, foram igualmente adotadas.

Em seguida, o papel do Ministério das Relações Exteriores e sua atuação serão observados. Será feita relação com os capítulos anteriores, bem como o exposto até aqui neste terceiro. O papel da horizontalização e da parceria interministerial serão avaliados.

### 3.3.2. O Ministério das Relações Exteriores, a Zika e o zelo pela imagem do país

Como pode ser depreendido do exposto até o momento, não só a questão da Zika foi vista de uma forma que transcende a esfera nacional, como também o Brasil compreendeu isso na sua forma de atuação. Resta ver, portanto, se houve e como foi a articulação do Ministério da Saúde com o Ministério das Relações Exteriores.

Já foi exposta até aqui a abordagem interministerial do MS. Ministérios como o da Defesa são citados como aliados. Ao MRE, porém não há menções nos documentos, nem como mediador das parcerias buscadas. Mesmo assuntos que seriam próprios do Itamaraty, como a busca de prestígio e credibilidade, parecem ser tratados pelo Ministério da Saúde. Há afirmação da vontade de “sistematizar os diferentes achados, estratégias e aprendizados, de modo a servirem de base e contribuição para outros países com ameaças similares” (DE OLIVEIRA, 2017, p. 58), expectativa que iniciativas como a RENEZIKA, participação em eventos domésticos e internacionais e acesso a fontes de financiamento possam “assegurar um papel de protagonista no debate global” (BRASIL, 2016a, p. 71) e mesmo de proporcionar que os relatórios brasileiros possam ser “adotados por países e/ou regiões que estejam enfrentando agravos à saúde provocados pelo mosquito *Aedes aegypti*, semelhantes aos enfrentados pelo Brasil” (BRASIL, 2016a, p. 81).

Há, no Ministério da Saúde e seus agentes, uma preocupação internacional inerente. Isso pode ter diversos fatores possivelmente explicativos, como as obrigações com o Regulamento Sanitário Internacional, a necessidade de financiamentos e assistências externas ou mesmo uma visão de saúde que transcenda as fronteiras. Destaca-se que é manifesta a vontade de tornar-se protagonista, numa fala que poderia perfeitamente ser proveniente do MRE.

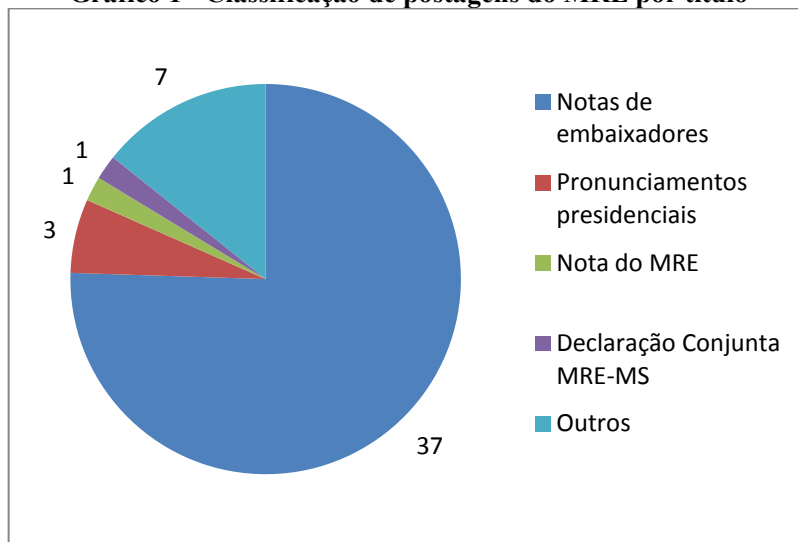
A partir disso, então, cabe perguntar-se: qual é o papel do Itamaraty? Como ele agiu em relação à emergência Zika e suas consequências globais? Para responder a esses questionamentos, foram feitas buscas no *site* do ministério, através da utilização da palavra-chave “Zika”.

Já no governo Rousseff foram enviadas instruções a 227 postos no exterior, com a subsequente publicação de artigos nos principais veículos de comunicação de diferentes nações. Houve inclusive atuação

dentro do país junto com o exército. A atuação foi pautada pelo atendimento consular a brasileiros no exterior e pelo fornecimento de informações a estrangeiros (MAZZINI, 2016).

A partir disso, foram realizadas pesquisas em diferentes *sites* e identificados 49 resultados no *site* oficial, que representa o número mais completo de registros entre os encontrados. Eles foram selecionados especialmente porque acredita-se que, embora não sejam tão numerosos, tem o potencial de representar, fundamentado em uma análise qualitativa, a posição do MRE e o nível de sua atuação – mais extensivo ou mais tímido, como parece até então. Conforme salientado pelos autores da seção metodológica, prezou-se pela análise considerando as categorias levantadas no marco teórico e incluindo contextos doméstico e externo, autoria dos documentos, sua natureza (jornalística e diplomática, por exemplo) e os conceitos que envolvem (notadamente de securitização ou não).

Tendo em vista, então, as questões teóricas explicitadas no capítulo inicial, o contexto do segundo e as questões identificadas até o momento no terceiro com a análise da atuação do MS, foi feita a análise do conteúdo dos documentos. Foram categorizados em pronunciamentos presidenciais, notas de embaixadores em outros países (na imprensa), declaração conjunta entre MRE-MS e outros. Foi diferenciado se a Zika aparece como a preocupação central do documento ou se apenas é citada em algum momento de forma secundária. Entende-se que é prioritária quando o documento gira em torno da doença e todos os elementos textuais e categorias são relacionados a ela. Ou seja, quando a função básica é informar a respeito do vírus e o que está relacionado a ele – sobre transmissão, turismo, viabilidade de manutenção das relações comerciais, etc. A identificação dos documentos em que ela é central permite uma análise mais profunda a respeito das intenções do MRE e da sua atuação na questão em análise qualitativa. Isso não seria possível, por exemplo, apenas contando o número de vezes em que aparece a palavra, visto que esse método não considera o contexto e questões textuais mais abrangentes. Em função da preocupação do Comitê de Emergência do RSI com a questão dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos, buscou-se igualmente verificar se eles foram citados ou não e se foi a partir de uma linguagem de ameaça e risco. Os resultados encontrados são exibidos abaixo:

**Gráfico 1 - Classificação de postagens do MRE por título**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do site do Ministério das Relações Exteriores

**Gráfico 2 - Número de postagens por mês**

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do site do Ministério das Relações Exteriores

Com fundamento nos gráficos acima, é possível afirmar que a maior preocupação do Itamaraty foi assegurar informações em outros países através de embaixadores brasileiros, confirmando a tendência exposta por Mazzini (2016). O texto publicado por todos eles possui um padrão em conteúdo que torna o texto bastante semelhante, alterando apenas a forma de escrita e, claro, a língua de publicação e o veículo de comunicação, sempre local. Dois pronunciamentos presidenciais foram no início de fevereiro de 2016, com Dilma, logo após a declaração de ESPII pela OMS, sendo que apenas um deles teve em seu cerne a problemática da Zika. Temer ainda realizou um em julho, com tema das Olimpíadas preponderante e a Zika como fator secundário. Classificados como “outros” estão questões organizacionais do MRE, como divulgação de calendário e temas discutidos, repasse de notícia do vice-presidente do Comitê Olímpico Internacional (COI) sobre a segurança da realização dos jogos e nota conjunta entre embaixador brasileiro e estrangeiro. A nota conjunta entre Ministério da Saúde e Ministério das Relações Exteriores foi sobre o fim do status de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. A nota do MRE, por fim, foi a produção do ministério mais voltada para a Zika de forma que parece mais autônoma.

Com relação às datas, observa-se uma clara predominância no período entre fevereiro, quando começam as publicações, e março. São meses seguintes à declaração de ESPII, em que provavelmente o Itamaraty esteve ocupado afirmando a segurança de manter as relações comerciais com o Brasil e certificar a segurança a turistas internacionais. Esses dois meses totalizam 38 postagens, contra 3 de abril, 2 de junho, 2 de julho, 2 de novembro (fim da ESPII) e depois só uma, referente à alguma questão organizacional de calendário no MRE, em junho de 2017.

Há, pois, uma preocupação com a imagem externa e o fornecimento de informações que comprovem que não há risco em manter relações normais com o país é a ferramenta para lidar com o problema. Conforme dito no capítulo inicial, um temor dos governos estatais em declarações de emergência é justamente esse que o MRE parece tentar solucionar. Recorda-se, inclusive, que essas preocupações estão de acordo com o RSI reformulado, uma vez que esse instrumento visa garantir a normalidade das relações entre os países, especialmente comerciais, o máximo possível. Aparecem repetidas vezes nos discursos alegações como de que “o Brasil está fazendo a sua parte” ou que “a luta contra a Zika é global”. Até a cooperação com os setores militares

aparece como elemento textual que serve de demonstração da segurança do país.

Outros dados relevantes dizem respeito à presença da temática das Olimpíadas e Paralimpíadas e da predominância de Zika como tema central da publicação. Nesses casos, os números se assemelham. De um total de 49 postagens, em 40 os Jogos foram citados e em 42 a Zika foi o tema principal. Há indícios, pois, de que isto está relacionado já que em 49 publicações sobre Zika os Jogos estiveram presentes em 40 – recorda-se que a única palavra-chave buscada foi Zika, sem menção às Olimpíadas. Uma preocupação do Comitê do RSI eram as Olimpíadas – sendo o pico da securitização na OMS, conforme citado anteriormente – o que pode refletir no Itamaraty. A necessidade de demonstrar a segurança desses eventos para os turistas e esportistas demonstrava-se necessária, dados os rumores e discussões no âmbito internacional descritos na seção 2.1.

A relação com os Estados Unidos destaca-se também. O CDC é citado em inúmeras ocasiões como parceiro, o que parece, no discurso dos embaixadores, ser algo que visa dar legitimidade aos esforços brasileiros e à afirmativa de que manter relações normalizadas com o Brasil é seguro. Outras organizações foram mencionadas com o mesmo intuito, como o Instituto Pasteur, o IEC, a Fiocruz e o Instituto Butantan. Também foi nos EUA o único caso em que houve mais de uma nota lançada pelo representante brasileiro, num total de três. Observa-se, aliás, em todas as 37 publicações de embaixadores uma representação geográfica expressiva.

Enquanto o Ministério da Saúde parece mais ocupado em lidar com políticas de minimização dos danos, o Ministério das Relações Exteriores demonstra preocupação em garantir a boa imagem do Brasil, principalmente com questões econômicas, como comércio e turismo. Essa atuação do MRE está amparada pelos objetivos RSI, vistos no primeiro capítulo. Ainda assim, em toda documentação explorada envolvendo ambos os ministérios, não existem menções que indiquem articulação ou parceria entre eles. Esse fato contraria a crescente aproximação formal de ambos, destacada na segunda parte do capítulo um. Ainda assim, em pesquisas futuras, isso poderia ser aprofundado com entrevistas em ambos.

Conforme dito no capítulo inicial, após o final da Guerra Fria a agenda internacional é ampliada, resultando em complexificação e interligação entre os ambientes doméstico e externo. Nesse caso, cada vez mais conhecimento técnico é requisitado e novos atores são

relevantes. Na epidemia da Zika fica evidente que a detentora desse tipo de conhecimento, isto é, o Ministério da Saúde, especialmente representado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, foi a principal atuante. A SVS pode, dessa forma, ter atuado com a sua própria mentalidade na resolução da questão, enquanto o MRE se limitou ao que concerne à imagem do país, fornecendo especialmente a agentes externos informações elaboradas pelo MS. A diminuta atuação do Itamaraty é enquadrada dentro da diminuição da relevância das relações exteriores para os governos Rousseff e Temer.

Se no primeiro capítulo foi visto que o Brasil costuma atuar internacionalmente na área da saúde primando por princípios voltados aos direitos humanos e costuma ser reticente com a segurança em saúde, os achados deste estudo permitem tirar outras conclusões. Contrariando o que era esperado, deixou para trás algumas questões pertinentes aos dilemas sociais que envolvem a Zika, primando pela manutenção da imagem positiva do país frente a parceiros e pela busca por recursos. Para isso, não se absteve de agir aceitando algumas medidas que outrora criticara, como a distribuição do vírus para agentes de outros Estados. Mesmo que fosse esperado que o país atuasse dentro do regime, era esperado que o fizesse de forma crítica, algo que não ocorreu.

Conclui-se, portanto, que houve uma atuação mais pragmática do que em outras oportunidades, deixando para trás alguns aspectos ideológicos utilizados historicamente na diplomacia em saúde nacional. Ambos os ministérios agiam visando primordialmente aspectos econômicos. Enquanto o principal motivo pela securitização do tema pelo Ministério da Saúde era a busca de recursos, o Itamaraty agia com o intuito de demonstrar que o perigo existente não se expandia aos temas comerciais e turísticos, garantindo, a partir de informações colhidas com os agentes da saúde, que para essas circunstâncias não havia perigo. É presente em ambos também o tema das Olimpíadas. Enquanto o MS atuou para executar medidas que garantissem que o vírus não seria espalhado, o MRE o fez com o intuito de garantir a manutenção dos Jogos – o que se enquadra na questão da imagem e do turismo.

O MS, por conseguinte, atuou na primeira questão mais expressiva de segurança em saúde acometendo o país, de forma distinta daquela constatada nos projetos de cooperação em diplomacia em saúde. Se nos exemplos positivos (HIV/AIDS, bancos de leite, medidas de controle ao tabaco) o país obteve boa imagem e passou a atuar como promotor dos direitos humanos, no momento emergencial securitizou o

tema e tomou, via de regra, de forma acrítica as medidas recomendadas por agentes externos, especialmente a OPAS/OMS através do RSI. Nesse último caso, manifesta-se também a influência dos EUA tanto no Brasil como nos organismos internacionais, igualmente aceita sem problematizações. A parceria com o MRE não foi relevante a nível documental.

Assim, observa-se a horizontalização da política externa. Nesse caso em particular, o Ministério da Saúde demonstra ser mais atuante que o Ministério das Relações Exteriores. Enquanto o Itamaraty tem sua atuação muito focada em um momento imediato, o MS parece buscar durante todo período parcerias e assistência internacional. Até mesmo mostra intenção de fazer do Brasil um protagonista no cenário global, numa atuação que seria típica do MRE.

### **3.4. Considerações Parciais**

Apesar da Zika ser conhecida desde 1947, somente em 2015 passou a ser tema de preocupação global. Isso devido às possíveis desordens neurológicas a ela associadas, desconhecidas até a chegada do vírus no Brasil e atenção de médicos e pesquisadores brasileiros.

De acordo com o que foi possível observar, os documentos oficiais dificilmente mencionam os dilemas sociopolíticos do capítulo dois, havendo pluralidade entre agências. Quando fazem, dificilmente possui destaque, exposto de forma ambígua e pouco clara. Um dos exemplos excepcionais é o CONASEMS, um dos órgãos que mais chamou atenção para fatores estruturantes. De forma geral, a abordagem é a de um problema de mosquitos, com silenciamento de outros dilemas sociais existentes.

Outro entendimento é o de que o Brasil seguiu as indicações dadas pela OMS. A principal preocupação da organização era com os Jogos Olímpicos e Paralímpicos, que acabaram por ocorrer sem problemas conhecidos. Fora isso, as ações são voltadas à vigilância e ao combate ao mosquito, com alguma inquietude a respeito das mulheres e familiares.

Na análise, ficou patente a estreita colaboração com o CDC dos Estados Unidos em específico e com este país de modo geral. Seu envolvimento e interesse em segurança em saúde parece ser reconhecido sem a presença de um elemento questionador, tanto pela OPAS-OMS, quanto pelo governo brasileiro. Parece ser igualmente compreendido e aceito que os interesses dos estadunidenses são bastante focados no



combate à doença dentro das fronteiras do país afetado, para que não chegue aos seus cidadãos, conforme dito pela própria Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016e, p. 12). Os benefícios potenciais através da busca de parceiros em pesquisas e de recursos financeiros são vistos como prioridades. O governo brasileiro focou sua atuação sobretudo na busca por conhecimento científico e na melhora do sistema de vigilância

A análise demonstrou, como principal conclusão, que os gestores brasileiros buscaram securitizar a questão de uma forma bastante específica. Em função da limitação de fundos, houve tentativa do aproveitamento da linguagem do risco e do medo, instrumentalizando a securitização para que fossem capitalizados recursos internacionais não existentes internamente. A partir disso, interpreta-se que a ideia era transformar esses fatores em questões duradouras. A literatura, corroborada pelo fato, demonstra, porém, que a emergência tende a permanecer dessa forma por um período curto, ainda mais distante do grupo de países que mais defende esse tipo de abordagem na saúde.

## CONCLUSÃO

O vírus da Zika foi isolado pela primeira vez em Uganda, em 1947. Desenvolveu-se em dois tipos de linhagem, sendo um africano e outro asiático, continentes em que foram identificadas as primeiras infecções em seres humanos. O de origem asiática foi o que afetou o Brasil, sendo a principal hipótese sua entrada a partir de turistas durante eventos de massa.

A doença, em solo brasileiro, foi alçada a um status emergencial, sobretudo pela associação com a Síndrome Congênita do Zika e pelo grau de desconhecimento que gera incerteza e aumenta a sensação de risco (HEYMANN *et al*, 2016). Por isso, a epidemia foi conduzida ao âmbito da segurança em escalas nacional e global, efetuada por meio das declarações de emergência pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde.

Tendo esses elementos em consideração, procurou-se, na dissertação, responder à seguinte pergunta de pesquisa: como podem ser caracterizadas as respostas nacional e internacional do governo brasileiro à epidemia do vírus Zika? O principal objetivo para este fim era o de descrever em que medida o governo brasileiro respondeu à crise do vírus Zika utilizando-se de medidas de securitização. A hipótese era de que a partir do histórico brasileiro na saúde global e da sua posição como país em desenvolvimento, na resposta à epidemia do vírus Zika o Brasil não priorizou uma via securitária.

A escolha dessas assertivas justifica-se primordialmente com base no marco teórico exposto no primeiro capítulo. Através dele, foi possível identificar a emergência do vírus Zika como preocupação em saúde pública nos níveis nacional e global ao verificar em que medida as questões de segurança vem se vinculando à saúde. Também proporcionou avaliar a política externa brasileira em saúde e entendimento sobre os possíveis atores e agendas envolvidos na política externa brasileira no setor da saúde.

Este capítulo começa explorando o tema da segurança em saúde. Foram expostas a natureza, o impacto e o potencial político dessa área. Elementos como a preocupação central com doenças infecciosas, o recente surgimento de uma gama de novos atores, as diferentes posições entre países desenvolvidos e em desenvolvimento e como a doença pode ser securitizada também foram levantados.

O debate teórico proporcionou a exposição de distintas abordagens que permitem o entendimento e prática da segurança em saúde. Eles foram distinguidos primordialmente pelo objeto referente (Estado, população, indivíduo e meio ambiente) e pela amplitude (amplo ou estreito). A revisão de literatura da área trouxe componentes que permitiram diferenciar sete abordagens principais. São elas, a segurança nacional, a segurança em saúde pública global, a segurança humana, a segurança comum (ou segurança internacional), a biossegurança, a segurança ecológica e os estudos críticos em saúde global. Cada um deles dá subsídio para visões de mundo e práticas diversas e estão presentes na atuação dos agentes.

Em seguida, foram descritos as principais vantagens e perigos potenciais da securitização. Resumidos em cinco categorias (político, social, econômico, legal e acadêmico) trazem elementos que motivam ou não os atores a tomar uma ação securitizadora. Entre os principais benefícios constam o aumento de financiamento e capacidade de mobilização, enquanto os prejuízos podem ser riscos ao processo democrático, mobilização desproporcional e estigma às pessoas acometidas pela doença ou associações.

Por fim, apresentou-se o Regulamento Sanitário Internacional pós-2005. Com objetivos de prevenir, proteger, controlar e facilitar respostas de saúde pública à difusão de doenças (WHO, 2012), espera-se que garantam segurança sanitária causando o mínimo possível de prejuízo a economia, turismo e direitos humanos (FINEBERG *apud* VENTURA 2013a, p. 156). Busca-se combater as enfermidades na sua fonte (DAVIES; KAMRADT-SCOTT; RUSHTON, 2015, p. 6). Através da sua anuência pode ser constituída uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, que possui a vigilância como principal mecanismo (WHO, 2012).

A segunda parte desse capítulo traz a política externa brasileira no setor da saúde. Foi notado, em geral, que a política externa brasileira foi ampliada e complexificada junto com a tendência global do final da Guerra Fria. Ademais, a política externa teve pouca ênfase durante o período em que o território brasileiro foi acometido pelo vírus da Zika. Foi o período dos governos Dilma Rousseff e Michel Temer.

Com base na ampliação das relações exteriores, distintos dos habituais surgem nesta arena, trazendo sua própria visão de mundo (MILANI, 2011). A cooperação desses órgãos com o Itamaraty é representada pela horizontalização da política externa (PINHEIRO, 2008). A participação desses nas relações exteriores foi inclusive

necessária, em função do conhecimento técnico que possuem (PINHEIRO; MILANI, 2011). É o caso do Ministério da Saúde, que atua com base em identidades internas como os princípios do SUS e os direitos humanos, definidos na cooperação Sul-Sul estruturante em saúde (ALMEIDA *et al*, 2010; VENTURA, 2013b). É possível mesmo que o MS e o MRE possuam percepções distintas sobre o mesmo problema.

A atuação brasileira na saúde geralmente ocorre a partir da resolução de questões domésticas. O sucesso neste tipo de políticas, como de HIV/AIDS, bancos de leite humano e medidas de controle do tabaco, costuma levar a ações internacionais. Foi visto que a diplomacia em saúde brasileira respeita os princípios empregados pelo Ministério da Saúde, acima expostas.

Nos mecanismos de segurança em saúde, a tendência demonstrada era a de uma postura crítica. O Brasil se juntou, em casos observados, aos países em desenvolvimento em demandas contrárias à utilização de medidas como a distribuição de amostras de vírus e utilização de mecanismos securitizadores. Ainda assim, se adequou ao RSI de forma plena e exemplar, demonstrando que, embora seja crítico, quer transformar o sistema atuando dentro dele.

No segundo capítulo, por seu turno, as questões epidemiológicas e de dilemas sociopolíticos foram expostas, bem como a relação da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional. Esses foram selecionados como contextos e situações capazes de exercer pressão e influenciar a resposta brasileira.

No caso dos dilemas, foi visto que os fatores epidemiológicos não podem ser vistos separadamente dos efeitos políticos e sociais. O Zika vírus expõe ainda mais a desigualdade no Brasil, afetando desproporcionalmente aqueles cidadãos em situação mais vulnerável. Geograficamente, são os do sertão nordestino. Na questão do gênero, as mulheres. Na social, as classes mais baixas. Esses são alguns exemplos. É importante destacá-los para que seja observado se na resposta nacional foram incorporados ou silenciados.

Outro aspecto interessante é a presença na mídia. Através do levantamento de literatura, foi possível observar algumas tendências que auxiliam também nos argumentos do último capítulo. A recepção da audiência, fator fundamental para uma securitização de sucesso (BUZAN; WÆVER; DE WILDE, 1998, p. 25), esteve presente.

Especialmente nos períodos posteriores à declaração de ESPIN pelo Brasil e ESPII pela OMS.

A OMS, aliás, constitui o conteúdo da segunda metade do capítulo intermediário, junto com seu braço regional, a OPAS. Foram levantados documentos para complementar e aprofundar certos aspectos da pesquisa de doutorado que está sendo realizado na Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da USP. A autora já publicou um estudo preliminar da questão (BUENO, 2017).

Ficou patente, em resumo, que a principal preocupação do RSI e as recomendações giraram em torno dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos. Assim como com os outros atores, o temor era relacionado às doenças associadas à infecção por Zika. Ainda que o Comitê de Emergência tenha discutido assuntos de direitos humanos, justificados pela reforma de 2005, a pauta focou fundamentalmente no curto prazo e perdeu muita força depois dos Jogos, ainda que haja sido reconhecido que a doença veio para ficar. Com recomendações concernentes principalmente a esses fatores, foi um instrumento de pressão. Recordar-se do primeiro capítulo que a OMS possui um poder intrínseco a partir do RSI, uma vez que pode tomar medidas drásticas (recomendar que não sejam feitas relações comerciais e turismo, ou mesmo o adiamento/cancelamento das Olimpíadas nesse caso) se o país não cumprir o que fora estabelecido. Há cooperação estreita com os Estados Unidos, bastião da segurança em saúde também conforme observado no primeiro capítulo, foi notável.

O terceiro e principal capítulo da dissertação tratou de aspectos metodológicos e da atuação e resposta do governo brasileiro em si, com seus atores e agendas. Foram abordados tanto o Ministério da Saúde e suas agências, quanto o Ministério das Relações Exteriores na execução de atividades. Documentos estratégicos do primeiro foram levantados, enquanto registros referentes às ações do segundo foram avaliados.

O MS atuou com diversos atores. Entre os principais, foram selecionados a SVS, a SNCC, o CIEVS, a RENEZIKA, o COES, o CONASEMS e o CONASS. Via de regra, houve silenciamento das questões sociais levantadas no capítulo dois. Embora algumas agências tenham trazido alguns desses temas para debate, de modo geral foi excluída das principais diretrizes. Em geral, foi possível observar um discurso securitizador, em que o benefício dos recursos era o principal a ser visado, em virtude da falta deles internamente. Em nenhum momento consideravam-se os potenciais perigos da securitização.

Houve, inclusive, tentativa de tornar a securitização com efeitos de longo prazo, o que não foi feito com sucesso.

Interpreta-se, por isso, que os aspectos tradicionais da identidade brasileira na política externa em saúde vistos no capítulo inicial foram deixados de lado por um motivo pragmático. Esse era o da obtenção de recursos e da mobilização de atenção global para a causa brasileira. Os benefícios foram de curto prazo, sendo um dos únicos contínuos o desenvolvimento da vacina. Ressalta-se, inclusive, que o Brasil abriu mão de questões em que outrora fora crítico, como a distribuição de amostras do vírus. Nessa vez o fez sem problematizar, firmando em sequência parceria com entidades estrangeiras.

A percepção que se tem é que os tomadores de decisão brasileiros buscaram fazer o que acreditavam que era possível no momento. Na ausência de recursos, era necessário captar financiamento. Para atingir isso, não foi levado em consideração que as medidas de curto prazo, embora úteis, são insuficientes em países em desenvolvimento, conforme argumentado no primeiro capítulo por Davies (2008). Isso porque não há estrutura adequada que permita a resolução definitiva do problema. Por conseguinte, a resposta nacional foi insuficiente, assim como os recursos disponíveis. Faltou considerar mais aspectos estruturantes, bem como os determinantes em saúde e dilemas sociais – como uma discussão profunda a respeito de direitos reprodutivos, por exemplo.

Os EUA se sobressaem em sua influência no Brasil, assim como no caso da OMS. Se já havia um contexto de criação de acordos nos últimos anos, isso foi confirmado através do fato de que fora o único país com o qual o Brasil criou acordos formais sobre a questão. O interesse estadunidense é, sobretudo, em questões de vigilância. Conforme observado, zelam por evitar que enfermidades sejam espalhadas para o seu território, atuando na fonte (WHO, 2016e, p. 12).

Depreende-se que os atores securitizadores (exercem o discurso) são, via de regra, as agências vinculadas ao Ministério da Saúde. Os atores funcionais (que influenciam) são sobretudo do exterior, especialmente a OMS/OPAS, através do RSI e demais iniciativas, e os Estados Unidos, com a cooperação que vem de anos. O objeto referente, por parte do governo brasileiro, fora a população nacional, vista em conjunto.

A estratégia brasileira se aproxima fundamentalmente da concepção de segurança em saúde pública global, da OMS. Isso porque ficou claro que a segurança foi instrumentalizada e utilizada de forma

pragmática, visando a obtenção de recursos, e não apenas como instrumento analítico. O intuito era a adição de senso de importância à questão, visando a obtenção de recursos. O governo nacional parece ter pensado, assim como Elbe (2006, p. 138), que há custos também em não securitizar. De certa forma também abrange parte da chamada segurança comum, principalmente na questão multidisciplinar.

Com relação ao Itamaraty, há uma atuação bastante simplória. Recebendo informações das agências sanitárias, o Ministério das Relações Exteriores parece ter se limitado à disseminação de informações que impedissem a suspensão do comércio internacional e que garantissem aos turistas que o Brasil era seguro. É interessante observar que, enquanto o MS securitizava e passava sensação de risco e ameaça para os agentes internacionais visando o aspecto econômico e a manutenção das Olimpíadas e Paralimpíadas, o MRE buscava demonstrar que, na verdade, o risco não era tão grande e os turistas seriam recebidos sem muitas ameaças à sua saúde. Como ambos utilizavam basicamente do mesmo repositório de informações, é nítido que o contexto e a construção do discurso importam.

Na epidemia da Zika fica evidente que a detentora desse tipo de conhecimento, isto é, o Ministério da Saúde, especialmente representado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, foi o principal atuante. A SVS pode, dessa forma, ter atuado com a sua própria mentalidade na resolução da questão, enquanto o MRE se limitou ao que concerne à imagem do país, fornecendo informações elaboradas pelo MS. A diminuta atuação do Itamaraty é enquadrada dentro da diminuição da relevância das relações exteriores para os governos Rousseff e Temer. Destaca-se, assim, a horizontalização da política externa.

Responde-se, objetivamente, à pergunta de pesquisa com a afirmação de que a resposta nacional e internacional do Brasil ocorreu de forma pragmática, visando fundamentalmente a obtenção de recursos e a manutenção dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos, sendo comandada sobretudo pelo Ministério da Saúde e suas agências. A securitização foi instrumentalizada, com vistas, sobretudo, a aspectos econômicos, como a obtenção de recursos e a normalização do turismo e das relações comerciais. É interessante notar que os agentes brasileiros demonstraram otimismo com a securitização num primeiro momento para atrair atenção e recursos internacionais, mas que a continuidade dessas mesmas vantagens foi questionada, não tendo sido observada. Demonstra-se, por conseguinte, que assim como a atuação, os benefícios securitizadores são a curto prazo.

A hipótese de que o Brasil não priorizaria a via securitária é parcialmente negada e, acima de tudo, reinterpretada. O governo brasileiro, comandado pelo MS e pela SVS, de fato tomou movimentos securitizadores importantes, sem sequer problematizar as orientações provenientes de atores como a OMS. Tampouco buscou parceiros tradicionais como os países em desenvolvimento. No entanto, isso foi em função da via pragmática e não necessariamente por definição de princípios ideológicos. Ainda assim, há pluralidade na posição tomada entre agências. Mesmo que não tenha sido o foco central, algumas destacaram o papel de alguns determinantes. O país necessitava de recursos, ainda mais porque vivia num ambiente de crise e diminuição de montantes destinados à saúde. Por isso, entendia que necessitava buscar financiamento com aqueles que eram capazes de ajudá-lo. Também acreditava que deveria garantir a normalidade das relações comerciais, do turismo e das Olimpíadas, cujo cancelamento prejudicaria nas outras esferas e na imagem do Brasil no exterior. A OMS e os EUA demonstraram intenção de ajudar, a partir dos seus interesses e visões de mundo, que podem ser compreendidos retomando o debate teórico do capítulo inicial. Interpreta-se, portanto, que independente da via que o governo brasileiro gostaria de adotar, ele acreditou que a única possível era a securitizadora, capaz de angariar mais recursos para um problema grave. Por isso, houve instrumentalização da securitização.

As limitações do estudo estão relacionadas às fontes. Embora os documentos tenham sido bastante eficazes para a análise, uma compreensão mais profunda pode ser feita em pesquisas futuras a partir de entrevistas com atores influentes, caso haja possibilidade. Mesmo em aspectos metodológicos, a utilização da análise documental possui fraquezas, como a possibilidade de que agentes excluam da produção registros que sejam embaraçosos para si ou suas instituições, a possibilidade de viés ou de estarem incompletos, entre outros.

Pelo fato de ser uma pesquisa exploratória, esta dissertação trouxe à tona três principais possibilidades distintas de aprofundamento em trabalhos posteriores. Uma delas diz respeito à securitização brasileira, que poderia ser exposta também a partir da atuação de agentes distintos dos salientados no Capítulo 3 (MS e suas agências e MRE), como os órgãos pertencentes ao legislativo, por exemplo. Também poderia ser averiguado de que forma a postura brasileira influenciou outros países, sobretudo aqueles em desenvolvimento, com quem manteve bom relacionamento em anos anteriores e que o marco



teórico da segurança em saúde supõe proximidade no modo de lidar com estas questões. O segundo componente refere à horizontalização da política externa brasileira, em que poderia ser verificado com mais ênfase como se deu o relacionamento entre os atores domésticos e externos. O terceiro, enfim, concerne aos dilemas sociopolíticos e à relação da OPAS e da OMS com o caso.

Investigações posteriores podem, igualmente, aprofundar a questão do posicionamento do Brasil nos fóruns e reuniões referentes à segurança em saúde. A partir dos dados obtidos, foi possível observar que o comportamento nesse caso foi divergente daquele manifestado em outras situações recentes por delegações brasileiras. Qual seria o aspecto predominante desde que esse assunto surgiu com força na agenda internacional? Qual o posicionamento do Brasil durante o período mais recente antes da reformulação do RSI, durante e após isso? São questões contextuais que ajudariam a compreender ainda mais o comportamento brasileiro durante a epidemia do vírus Zika e em futuras emergências de saúde pública, nacionais ou internacionais.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R.; ARAUJO, I. S. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 10, n. 1, 2016.
- AIKEN, A. R. A. *et al.* Requests for Abortion in Latin America Related to Concern about Zika Virus Exposure. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, p. 396-8, 2016.
- AIKEN, A. R. A. *et al.* Requests for Abortion in Latin America Related to Concern about Zika Virus Exposure. **The New England Journal of Medicine**, v. 375, 2016.
- ALDIS, W. Health security as a public health concept: a critical analysis. **Health Policy and Planning**, v. 23, 2008.
- ALMEIDA, C. *et al.* A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, 2010.
- AMORIM, C. *et al.* Oslo Ministerial Declaration - Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time. **Lancet**, Oslo, v. 369, n. 9570, p. 1373–78, 2011.
- APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2009.
- ATTARAN, A. Off the Podium: Why Public Health Concerns for Global Spread of Zika Virus Means That Rio de Janeiro’s 2016 Olympic Games Must Not Proceed. **Harvard Public Health Review**, 2016a.
- ATTARAN, A. Zika virus and the 2016 Olympic Games. **Lancet**, v. 16, 2016b.
- BAKER, M. FIDLER, D.P. Global Public Health Surveillance under New International Health Regulations. **Emerging Infectious Diseases**, v. 12, 2016b.
- BARBOZA, T. M. T. **A saúde na agenda da política externa brasileira nos governos dos presidentes Fernando Henrique**

**Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010).** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

BASES, D.; SCHNEYER, J. Exclusive: U.S. athletes should consider skipping Rio if fear Zika - officials. **Reuters**, 2016. Disponível em: <<https://www.reuters.com/article/us-health-zika-usa-olympics-exclusive/exclusive-u-s-athletes-should-consider-skipping-rio-if-fear-zika-officials-idUSKCN0VH0BJ>>. Acesso em: 02 out. 2017.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Critical Global Health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (eds). **When People Come First: Critical Studies in Global Health**. Princeton: Princeton University Press, 2014, p. 1-20.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA CIÊNCIA TECNOLOGIA E INOVAÇÃO; ESTADOS UNIDOS, DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANITÁRIOS. **Carta de Intenções para pesquisa em saúde**. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; ESTADOS UNIDOS. Centro Para Controle e Prevenção de Doenças. Departamento de Saúde e Serviços Humanos. **Carta de Intenções para Cooperação em Saúde Pública e Vigilância**. 2012.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores... **base de dados do site do MRE**. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/>>. Acesso em: 01 out. 2017.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico v. 48, n. 17 - Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 18/2017**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Base de dados Boletins Epidemiológicos - Microcefalia e/ou alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) associadas à infecção por vírus Zika**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Base de dados Boletins Epidemiológicos - Zika**. Disponível em: < <http://portalsms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos> >. Acesso em: 22 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil e EUA firmam parceria para produção da segunda etapa da vacina contra Zika**. Brasília: 2017c. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/29735-brasil-e-eua-firmam-parceria-para-producao-da-2-etapa-da-vacina-contra-a-zika> >. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor**. Brasil, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal lança plano de enfrentamento à Microcefalia**. Brasília, 2016b. Disponível em: < <http://portalsms.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21108-%20governo-federal-lanca-plano-de-enfrentamento-amicrocefalia> >. Acesso em: 02 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde anuncia fim da Emergência em Saúde Pública para Zika**. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde declara fim da Emergência Nacional para Zika**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/05/ministerio-da-saude-declara-fim-da-emergencia-nacional-para-zika> >. Acesso em: 02 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Testes apontam que vacina contra Zika desenvolvida no Brasil previne a doença na gestação**. Brasília: 2017b. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/29701-testes-apontam-que-vacina-contra-zika-desenvolvida-no-brasil-previne-a-doenca-na-gestacao> >. Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.046, DE 20 DE MAIO DE 2016 - Institui a Rede Nacional de Especialistas em Zika e doenças correlatas (RENEZIKA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Zika Zero**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d.

BRASIL; ESTADOS UNIDOS. **Plano de Cooperação em Saúde Brasil - Estados Unidos para o enfrentamento ao Zika e suas complicações**. 2016.

BRITO, C. Investigação de um surto – aprendizado para a comunidade assistencial e a saúde pública. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**. 2017, p. 27-40.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 1, 2006.

BUENO, F. T. C. Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika vírus. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2305-2314, 2017.

BUENO, F. T. C.; FARIA, M.; BERMUDEZ, L. A Cooperação Sul-Sul e as Redes Estruturantes do Conselho de Saúde da Unasul como instrumentos de desenvolvimento regional. **Cadernos de Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 12, p. 83-100, 2013.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Brasil e saúde global. In: MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. (Org.). **Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 241-265, 2011.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R.; HOIRISCH, C. A Saúde Pública no Brasil e a Cooperação Internacional. **Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade**, v.2, n. 2, p. 213-229, 2011.

BUZAN, B.; WEAVER, O.; WILDE, J. **Security: a New Framework for Analysis**. Colorado: Lynne Rienner, 1998.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 19-32, 2008.

CDC. **Zika Virus Transmission**. 2016. Disponível em < <https://www.cdc.gov/zika/transmission/index.html> >. Acesso em: 02 set. 2017.

CEPIK, M.; SOUSA, R. P. A política externa brasileira e a cooperação internacional em saúde no começo do governo Lula. **Século XXI**, v. 2, n. 1, p. 109-134, 2011.

CHAGAS, A. A. P. Os municípios na linha de frente. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**. 2017, p. 111-117.

CLIFT, C. The Role of the World Health Organization in the International System. **Chatham House**, Londres, 2013.

COKER, R. Migration, Public Health and Compulsory Screening for TB and HIV. **Asylum and migration working paper 1**, Institute for Public Policy Research, London. 2003.

COMISSÃO EUROPEIA. **UE apoia investigação sobre o vírus Zika com 10 milhões de euros**. Bruxelas: Comissão Europeia, 2016. Disponível em: < [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-16-808\\_pt.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-808_pt.htm) >. Acesso em: 29 out. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Zika: como usar a internet para desmentir boatos na internet**. CONASEMS, 2016. Disponível em: < <http://www.conasems.org.br/zika-como-usar-a-internet-para-desmentir-boatos-na-internet/> >. Acesso em: 22 out. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Recomendação nº 003, de 15 de junho de 2016**. CONASS, 2016.

CORNETET, J. M. C. A Política Externa de Dilma Rousseff: contenção na continuidade. **Revista Conjuntura Austral**, v. 5, n. 24, 2014.

COUPLAND, R. Security, insecurity and health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 3 2007.

CZOSNEK, H. M. **Responding to International Health Emergencies: Comparing the World Health Organization Response to Ebola and Zika**. Williamsburg: College of William and Mary, 2017.

DAVIES, S. E. Securitizing infectious disease. **International Affairs**, v. 84, n. 2, p. 295-313, 2008.

DAVIES, S. E.; BENNET, B. A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies. **International Affairs**, v. 92, n. 5, p. 1041–1060, 2016.

DAVIES, S. E.; KAMRADT-SCOTT, A.; RUSHTON, S. **Disease diplomacy: international norms and global health security**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2015, 193p.

DE OLIVEIRA, A. B. **Segurança Humana: avanços e desafios na política internacional**. Campinas: Unicamp, 2011.

DE OLIVEIRA, N. A. Gestão, articulação e mobilização. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**. p. 57-64, 2017.

DICK, G. W. A.; KITCHEN, S. F.; HADDOW, A. J. Zika Virus (I). Isolations and serological specificity. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v. 46, n. 5, p. 509-520, 1952.

DINIZ, D. **Zika: do sertão nordestino à ameaça global**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016, 192p.

DUFFY, M. R. *et al.* Zika Virus Outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. **The New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 24, p. 2536-43, 2009.

DUNDA, F. F. E. Cooperação Internacional em Saúde: O caso dos bancos de leite humano. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS

INTERNACIONAIS: INTEGRAÇÃO REGIONAL E COOPERAÇÃO SUL-SUL NO SÉCULO XXI, 2012, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, UFRGS, 2012.

DUONG, V.; DUSSART, P.; BUCHY, P. Zika virus in Asia. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 54, p. 121–128, 2017.

ELBE, S. Should HIV/AIDS Be Securitized? The Ethical Dilemmas of Linking HIV/AIDS and Security. **International Studies Quarterly**, v. 50, 2006.

ETTIENE, C.; DOS SANTOS, T.; ESPINAL, M. Zika Virus Disease in the Americas: A Storm in the Making. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 97, n. 1, p. 16-8, 2017.

FAIRCLOUGH, N. **Analysing discourse: textual analysis for social research**. Nova Iorque: Routledge, 2014.

FELDBAUM, H.; LEE, K. Public Health and Security, in A. Ingram (ed.), **Health, Foreign Policy and Security: Towards a Conceptual Framework for Research and Policy**. London: Nuffield Trust, pp. 19–28, 2004.

FERNANDES, B. S. A. **A cooperação estruturante em saúde: a atuação da fundação oswaldo cruz na cooperação em saúde do brasil para os países africanos de língua oficial portuguesa (2001-2010)**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2015, 84p.

FIDLER, D. P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. **Chinese Journal of International Law**, v. 4, n. 2, p. 325-392, 2005.

FIDLER, D. P. Public health and national security in the global age: infectious diseases, bioterrorism, and *realpolitik*. **The Geo. Wash. Int'l L. Rev.**, v. 35, 2003.

FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 9, p. 842-849, 2001.



FOLHA. EUA negam conselho para que atletas reconsiderem ida ao Rio. **Folha**, 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/esporte/olimpiada-no-rio/2016/02/1737909-comite-dos-eua-diz-que-atletas-podem-desistir-da-rio-2016-por-causa-do-zika.shtml>>. Acesso em: 02 out. 2017.

FONSECA, L.; BUSS, P. M. Diplomacia e cooperação em saúde: uma perspectiva da Fiocruz. In: ALMINO, João; LIMA, Sérgio Eduardo Moreira. **30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, p. 223-254, 2017.

FORMENTI, L. Microcefalia, Zika e informação. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**, p. 43-49, 2017.

FOY, B. D. *et al.* Probable Non-Vector-borne Transmission of Zika Virus, Colorado, USA. **Emerging Infectious Diseases**, v. 17, n. 5, p. 880-2, 2011.

FRANÇA *et al.* Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. **Lancet**, v. 388, p. 891-897, 2016.

FREITAS, E. Z. **Redes de Bancos de Leite Humano: Uma trajetória de origem brasileira**. UNB, Brasília, 2014.

FRUTUOSO, R. L. *et al.* Atuação da Sala Nacional de Coordenação. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**, p. 69-69, 2017.

FU, K. *et al.* How people react to Zika virus outbreaks on Twitter? A computational content analysis. **American Journal of Infection Control**, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Plano FIOCRUZ para enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Portaria da Presidência nº 1516/2015-PR**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

GADELHA, P.; RANGEL, F.; STABELI, R. O papel da Fiocruz no enfrentamento. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**, p. 73-80, 2017.

GALLI, B.; DESLANDES, S. Ameaças de retrocesso nas políticas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil em tempos de epidemia de Zika. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 2016.

GARCIA, T. S.; SVARTMAN, E. M. O Brasil e a construção de uma fábrica de medicamentos em Moçambique: estratégia de fortalecimento da cooperação sul-sul? **Boletim Meridiano 47**, v. 15, n. 145, p. 18-24, 2014.

GOMES, A. C. P. *et al.* Lei nacional de educação ambiental: uma ferramenta de combate à dengue, zika e chikungunya. **Encontros Universitários da UFC**, v. 1, n. 1, 2016.

GÓMEZ, E. The Politics of Brazil's Successful Response to HIV/AIDS: Civic Movements, Infiltration, and "Strategic Internationalization". **The Brown Journal of World Affairs**, v. xvii, n. ii, p. 51-64, 2011.

GOMEZ, E.; PEREZ, F. A. Brazilian foreign policy in health during Dilma Rousseff's administration (2011-2014). **Lua Nova**, 2016.

GOSTIN, L. O.; FRIEDMAN, E. A. A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. **Lancet**, Oslo, v. 385, p. 1902-9, 2015.

GUEDES, D. *et al.* Zika virus replication in the mosquito *Culex quinquefasciatus* in Brazil. **Emerging Microbes & Infections**, v. 6, p. 1-11, 2017.

GRISOTTI, M. Governança em saúde global no contexto das doenças infecciosas emergentes. **Civitas**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 377-398, 2016.

GUTTMACHER INSTITUTE. **Abortion in Latin America And the Caribbean**. Guttmacher Institute, 2016.

HANRIEDER, T.; KREUDER-SONNEN, C. WHO decides on the exception? Securitization and emergency governance in global health. **Security Dialogue**, 2014.

HARPER, I.; PARKER, M. The Politics and Anti-Politics of Infectious Disease Control. **Medical Anthropology**, v. 33, 2014.

HAYES, E. B. Zika Virus Outside Africa. **Emerging Infectious Diseases**, v. 15, n. 9, p. 1347-1350, 2009.

HENRIQUES, C. M. A surpresa e o grito. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**, p. 15-25, 2017.

HEYMANN, D. L. *et al.* Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC? **Lancet**, v. 387, p. 719-721, 2016.

HORTON, R.; DAS, P. Global health security now. **Lancet**, v. 385, 2015.

INSTITUTO EVANDRO CHAGAS (IEC). **Seção de Patologia do IEC recebe treinamento do CDC**. Belém: IEC, 2017. Disponível em: <<http://www.iec.gov.br/portal/treinamento-cdc/>>. Acesso em: 29 out. 2017.

IOOS, S. *et al.* Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. **Médecine et maladies infectieuses**, v. 44, p. 302–307, 2014.

JOHNSON, J. B.; REYNOLDS, H. T.; MYCOFF, J. D. **Political Science Research Methods**. Londres: SAGE Publications, 2016, 632 p.

KAMRADT-SCOTT, A. Health, Security, and Diplomacy in historical perspective. In: RUSHTON, S. YOUDE, J (eds). **Routledge Handbook of global health security**. 2014.

KATZ, R.; SINGER, D. A. Health and security in foreign policy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 3, 2007.

KELLE, A. Securitization of International Public Health: Implications for Global Health Governance and the Biological Weapons Prohibition Regime. **Global Governance**, v. 13, 2007.

LANCIOTTI, R. S. *et al.* Genetic and Serologic Properties of Zika Virus Associated with an Epidemic, Yap State, Micronesia, 2007. **Emerging Infectious Diseases**, v. 14, n. 8, p. 1232-1239, 2008.

LEE, K.; CHAGAS, L. C.; NOVOTNY, T. E. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 4, 2010

LEE, K.; GÓMEZ, E. J. Brazil's ascendance: The soft power role of global health diplomacy. **The European Business Review**, p 61-64, 2011.

LESSER, J.; KITRON, U. A geografia social do zika no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016.

LEWNARD, J. A.; GONSALVES, G.; KO, A. I. Low Risk of International Zika Virus Spread due to the 2016 Olympics in Brazil. **Ann Intern Med.**, v. 165, n. 4, 2016.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 24-116, 2002.

LIMA, T. G. F. M. S.; CAMPOS, R. P. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 119-133, 2010.

LOPES, L. H. M. **Trending health narratives: the Zika virus outbreak 2015-16 in Brazil**. Vancouver: University of British Columbia, 2017, 80 p.

MACLEAN, S. Microbes, Mad Cows and Militaries: Exploring the Links Between Health and Security. **Security Dialogue**, v. 39, n. 5, 2008.

MANSANO, N. H. et al. A atuação dos estados. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**, p. 119-124, 2017.

MASSAD, E.; COUTINHO, F. A. B.; WILDER-SMITH, A. Is Zika substantial risk for visitors to the Rio de Janeiro Olympic Games? **Lancet**, v. 388, 2016.

MCINNES, C. The many meanings of health security. In: RUSHTON, S. YOUDE, J (eds). **Routledge Handbook of global health security**. 2014.

MELO, A. S. O. et al. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? **Ultrasound Obstet. Gynecol.**, v. 47, p. 6-7, 2016.

MILANI, C.R.S. Atores e agendas no campo da política externa brasileira de direitos humanos. In: MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. (Org.). **Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 33-70, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; UNIVERSIDADE DO TEXAS MEDICAL BRANCH. **Carta de Intenções em Saúde e Ciências Médicas entre o Ministério da República Federativa do Brasil e a Universidade do Texas Medical Branch**. 2016.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **Cerimônia de transmissão do cargo – José Serra**. Brasília, 2016.

MIRANDA, R. L.; LENTINI, N.; JÚNIOR, A. B. A colaboração com o CDC. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**. 2017, p. 95-98.

MUSSO, D. *et al.* Potential Sexual Transmission of Zika Virus. **Emerging Infectious Diseases**, v. 21, n. 2, p. 359-61, 2015.

NAZARENO, C.; MACHADO, G. S.; VIANA, L. S. **Internet ubíqua, assim como o dengue e a zika**. Brasília: Câmara dos Deputados, consultoria legislativa 2016.

NETO, V. L. S. Elaboração e implementação de ferramenta educativa com ênfase na dengue, zika e chikungunya: relato de experiência. **Revista Extendere**, v. 4, n. 1, 2016.

NUNES, J. The politics of health security. In: RUSHTON, S. YOUDE, J (eds). **Routledge Handbook of global health security**. 2014.

NUNES, J.; PIMENTA, D. N. The zika epidemic and the limits of global health. **Lua Nova**, n. 98, 2016.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAGOTTO, B. F. **A saúde pública como tema de segurança internacional: o caso das negociações do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

PALMER, S. **Launching global health: the Caribbean odyssey of the Rockefeller Foundation**. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2010.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **29th Pan American Sanitary Conference - 69th Session of the Regional Committee of WHO for the AMERICAS**. Washington, 2017.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. A experiência da Opas/OMS. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**, p. 89-93, 2017b.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Strategy for Enhancing National Capacity to Respond to Zika virus Epidemic in the Americas**. 2016.

PASQUALIN, L.; GARCIA, T. S. L. O Mapeamento dos projetos de cooperação horizontal Brasil-África em países de língua oficial portuguesa na área da saúde entre 2000-2010. In: 3º ENCONTRO NACIONAL ABRI, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo, Associação Brasileira de Relações Internacionais, 2011.

PATEL, A. B.; PATEL, A. B.; PATEL, B. V. Zika virus disease: An obscure disease which became a public health emergency. **The Journal of National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers**, v. 3, 2016.

PETERSON, S. Epidemic Disease and National Security. **Security Studies**, v. 12, n. 2, p.43–81, 2002.

PINHEIRO, L. Autores y actores de la política exterior brasileña. **Foreign Affairs Latinoamérica**, v. 9, n. 2, 2009.

PINHEIRO, L.; MILANI, C.R.S. Introdução. In: MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. (Org.). **Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 13-30, 2011.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; SANTANA, J. P. Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº41 (TC 41). **Observatório História e Saúde**, 2010.

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A.; SANTANA, J.P. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 6, p. 444-450, 2012.

PITTAS, T. M.; DRI, C. F. O diálogo entre saúde e política externa na cooperação brasileira em bancos de leite humano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2277-2286, 2017.

PNUD. Uma avaliação do impacto socioeconômico do vírus Zika na América Latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso. PNUD, 2017.

POSSAS, C. Zika: what we do and do not know based on the experiences of Brazil. **Epidemiology and Health**, v. 38, 2016.

PRADA, P. Zika, mosquitoes outwit Rio as Carnival, Olympics loom. **Reuters**, 2016. Disponível em: <<https://www.reuters.com/article/us-health-zika-rio/zika-mosquitoes-outwit-rio-as-carnival-olympics-loom-idUSKCN0V42IZ>>. Acesso em: 02 out. 2016.

PRIOR, L. **Using Documents in Social Research**. Londres: SAGE Publications, 2003, 195p.

QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L. Agenda Regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011.

RABAAN, A. A. *et al.* Overview of Zika infection, epidemiology, transmission and control measures. **J Infect Public Health**, v. 10, n. 2, p. 141-149, 2017.

RABUFFETTI, A. G. **Quem fala com o Boletim da Rede de Bancos de Leite Humano?** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

RATHER, I. A. *et al.* Prevention and Control Strategies to Counter ZIKA Epidemic. **Frontiers in Microbiology**, v. 8, 2017.

REUTERS. Brazil reports Zika infection from blood transfusions. **Reuters**, 2016. Disponível em: <<https://www.reuters.com/article/us-health-zika-brazil-blood/brazil-reports-zika-infection-from-blood-transfusions-idUSKCN0VD22N>>. Acesso em: 02 out. 2017.

RIBAS, L. D.; FARIA, C. A. P. A política externa vista da janela do avião: a diplomacia presidencial nos governos FHC e Lula. In: III Simpósio de Pós-Graduação em Relações Internacionais do Programa “San Tiago Dantas”, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo, Pós-Graduação em Relações Internacionais “San Tiago Dantas”, nov. 2011.

RICHNER, J. M. Modified mRNA Vaccines Protect against Zika Virus Infection. **N Engl J Med.**, v. 168, n. 6, p. 1114-1125, 2017.

ROA, A. C.; SILVA, F. R. B. A Fiocruz como ator da política externa brasileira no contexto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: uma história revelada. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.22, n.1, p.153-169, 2015.

ROA, M. Zika virus outbreak: reproductive health and rights in Latin America. **Lancet**, v. 387, p. 843, 2016.



RUSHTON, S. Global Health Security: Security for Whom? Security from What? **Political Studies**, v. 59, 2011.

RUSSO, G. *et al.* On the margins of aid orthodoxy: the Brazil-Mozambique collaboration to produce essential medicines in Africa. **Globalization and Health**, v. 10, n. 70, 2014.

SALA NACIONAL DE COORDENAÇÃO E CONTROLE PARA O ENFRENTAMENTO À DENGUE, AO VÍRUS CHIKUNGUNYA E AO VÍRUS ZIKA (SNCC). **Diretriz SNCC nº 3 – Saneamento Básico**. Brasília: SNCC, 2016.

SANTANA, J. F. N. P. **Cooperação Sul-Sul na Área da Saúde: Dimensões Bioéticas**. Brasília: UNB, 2012.

SANTOS, J. L. G. Zika Viruses and Intervention Legal in Public Health. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 3, 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 1, 2009.

SHASHIKANT, S. WHO Meeting On Avian Flu Virus Ends With Draft Documents. **Third World Network**, 2007.

SILVA, A. G. Poder Inteligente - A Questão do HIV/AIDS na Política Externa Brasileira. **Contexto Internacional**, v. 27, n. 1, 2005, p. 127-158.

SOUSA JÚNIOR, G. K. A. **Epidemia do Vírus Zika: a difusão de notícias por meio das mídias eletrônicas**. Brasília: Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia, 2016, 40p.

SOUZA, A. M. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de aids. In: **MILANI, C. R. S.; PINHEIRO, L. (Org.). Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

TAYOB, R. K. WHO Board debates "global health security", climate, IPRs. **Third World Network**, 2008.

TREICHLER, P. A. Aids, homophobia and biomedical discourse: an epidemic of signification. **Aids: Cultural Analysis/Cultural Activism**, n. 43, pp. 31-70, 1987.

TORRONTEGUY, M. A. A. O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. saúde**, v. 4, n. 1, p. 58-67, 2010.

TRINDADE, B. Zika, lesões e cansaço tiram estrelas dos Jogos Olímpicos. **Otempo**, 2016. Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/hotsites/rio-2016/zika-les%C3%B5es-e-cansa%C3%A7o-tiram-estrelas-dos-jogos-ol%C3%ADmpicos-1.1336062>>. Acesso em: 02 out. 2017.

TURCATO, M. A comunicação como estratégia. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**. 2017, p. 47-49.

UNIÃO DE NAÇÕES SUL-AMERICANAS. Conselho de Saúde Sul-Americano: Plano Quinquenal 2010 – 2015. **Unasul Saúde**, 2010.  
VARMA, R. K.; YADAV, P. CHATTARJEE, S. Zika virus: the horrible threat. **World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences**, v. 6, n. 7, p. 1870-9, 2017.

VASCONCELOS, P. F. C. A contribuição do Instituto Evandro Chagas. In: Ministério da Saúde (ed). **Vírus Zika no Brasil: A resposta do SUS**, p. 81-88, 2017.

VENTURA, D. **Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1)**. São Paulo: Outras Expressões, 2013a.

VENTURA, D. F. L. From Ebola to Zika: international emergencies and the securitization of global health. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 2016.

VENTURA, D. Saúde Pública e Política Externa Brasileira. **SUR Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2013b, p. 99-117.

VENTURI, G. *et al.* An autochthonous case of Zika due to possible sexual transmission, Florence, Italy, 2014. **Euro Surveill**, v. 21, n. 8, 2016.

VIGEVANI, T.; CEPALUNI, G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 273-335, 2007.

VIGEVANI, T.; OLIVEIRA, M. F. A Política Externa Brasileira na era FHC: Um Exercício da Autonomia pela Integração. **Tempo Social**, São Paulo, vol. 15, n. 2, p. 31-61, 2003.

VILELA, E.; NEIVA, P. Temas e regiões nas políticas externas de Lula e Fernando Henrique: comparação do discurso dos dois presidentes. **Rev. Bras. Polít. Int.**, v. 54, n.2, p. 70-96, 2011.

VISENTINI, P.F. O Brasil de Lula: uma diplomacia global e afirmativa. **Iberoamérica**, v.4, p. 56-68, 2011.

WATTS, J. Thailand shows the world it can cope alone. **Lancet**, v. 365, n. 9456, p. 284, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Members of, and Advisers to, the International Health Regulations (2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations**. Genebra. Disponível em: < <http://www.who.int/ihr/procedures/zika-ec-biographies/en/> >. Acesso em: 22 set. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Genebra, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Funding and funding gap of WHO Grade 3 and Grade 2 emergencies**. Genebra: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations**. WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Regional partners meeting on Zika virus infection**. WHO, 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2007: a safer future - global public health security in the 21st century**. Geneva: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR(2005)) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations**. Geneva: WHO, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations**. Geneva: WHO, 2016f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on the 2nd meeting of IHR Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations**. Geneva: WHO, 2016g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR(2005)) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations**. Geneva: WHO, 2016h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fourth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus**. Geneva: WHO, 2016i.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations**

**(2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus.** Genebra: WHO, 2016j.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO's response to Zika virus and its associated complications: report to donors.** Genebra: WHO, 2016d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Zika strategic response plan quarterly update.** Genebra: WHO, 2016c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Zika virus outbreak global response.** Genebra, WHO, 2016e.

ZAMMARCHI, L. *et al.* Zika virus infection in a traveller returning to Europe from Brazil, March 2015. **Eurosurveillance**, v. 20, n. 23, 2015.

ZARPELON, J. T. G. A diplomacia da Saúde Brasileira: Cooperação Sul-Sul no governo Lula (2003 – 2010). **Mundorama**, 2013.

ZAYED, H.; DOSS, G. P.; ZOWALATY, M. E. Potential routes of spread of Zika virus to the Middle East, North Africa and Asia: action must be taken. **Future Virology**, v. 12, n. 4, p. 159-162, 2017.

ZUMLA *et al.* What is the experience from previous mass gathering events? Lessons for Zika virus and the Olympics 2016. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 47, p. 1-4, 2016.

## ANEXO A – Plano de Cooperação em Saúde Brasil – Estados Unidos

PLANO DE COOPERAÇÃO EM SAÚDE BRASIL – ESTADOS UNIDOS			
No contexto de emergência de saúde pública, estabelecer um comitê gestor com o objetivo de executar ações para acelerar a aprovação de projetos e compartilhamento de materiais e informações			
Assinar Protocolo Específico para apoiar e dar celeridade, dentro das competências da ANVISA e FDA, dos processos regulatórios inerentes às atividades e produtos descritos abaixo			
P	Nível	Parceiros	Observações/Encaminhamentos
<b>ÁREA 1: Desenvolvimento de vacinas e tratamentos</b>			
1.1 Concluir o processo de desenvolvimento da vacina da dengue	Curto Prazo	SCTIE/BUTANTAN/ NIH/ANVISA/FDA	Será o ponto de partida para as futuras vacinas de Zika
1.2 Ampliar a pesquisa e desenvolvimento de etapas intermediárias comuns e desenvolvimento final de alternativas de vacinas para o vírus Zika	Curto Prazo	SCTIE/BUTANTAN/ FIOCRUZ/IEC/NIH/ BARDA/ANVISA/FDA	Parceria com Biomanguinhos. Possibilidade de grupo de trabalho bilateral (BARDA/NIH)
1.3 Desenvolver vacina inativada para o vírus Zika	Curto Prazo	BARDA/BUTANTAN/ SCTIE/NIH/ANVISA/ FDA	Parceria com Biomanguinhos. Possibilidade de grupo de trabalho bilateral (BARDA/NIH)
1.4 Avaliar a indicação de medicamentos já existentes e desenvolver novos tratamentos para infecção pelo vírus Zika,	Médico	SCTIE/NIH/BARDA	Sem comentários

incluindo imunoterapia, antivirais e terapias alternativas	io		
<b>ÁREA 2: Desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico</b>			
2.1 Desenvolver testes sorológicos com boa acurácia para diagnóstico de infecção pelo vírus Zika, que o diferencie de outros flavivirus, incluindo <i>point of care</i> e possibilidade de produção em larga escala	Curto Prazo	SCTIE/SAS/FI OCRUZ/ NIH/CDC/BAR DA/ANVI SA/FDA	Sem comentários
2.2 Desenvolver teste molecular <i>point of care</i> para diagnóstico de infecção pelo vírus Zika	Curto Prazo	SCTIE/SAS/FI OCRUZ/ NIH/CDC/BAR DA/ANVI SA/FDA	Sem comentários
2.3 Desenvolver algoritmos para diagnóstico laboratorial, utilizando tecnologias já disponíveis e outras a serem desenvolvidas	Curto Prazo	SCTIE/SAS/FI OCRUZ/ NIH/CDC/BA RDA/ ANVISA/FDA	Sem comentários

2.4 Estabelecer um painel de referência para validar testes moleculares para diagnóstico para garantir a segurança do suprimento do sangue	Curto Prazo / Imediato	SCTIE/SAS/FI OCRUZ/BA RDA/ NIH/CDC/FD A/ANVISA	Sem comentários
<b>ÁREA 3: Fortalecimento do acompanhamento e atenção à saúde</b>			
3.1 Desenvolver Bancos de Imagens de casos de malformação congênita decorrente da infecção pelo vírus Zika	Mé di o	SCTIE/SAS/ FIOCRUZ/ NIH/MCTI/ BARDA e outros	Sem comentários

	p r a z o		
3.2 Acelerar pesquisas para diagnóstico, tratamento e protocolo de acompanhamento de gestantes, recém nascidos e outros seguimentos populacionais afetados pelo vírus Zika	M é d i o  p r a z o	SCTIE/SAS/F IOC RUZ / NIH	Sem comentários
<b>ÁREA 4: Pesquisa</b>			
4.1 Fortalecer o biorrepositório conjunto para o desenvolvimento de pesquisas	Curto Prazo	SCTIE/FIOCR UZ/NIH/M CTI/ BARDA e outros	Sem comentários
4.2 Fortalecer a pesquisa sobre as potenciais formas de transmissão do vírus Zika (transmissão sexual, vertical, sangue e outras) e a persistência do vírus	Curto Prazo	SCTIE/SAS/ FIOCRUZ/ IEC/NIH e outros	Sem comentários
4.3 Acelerar pesquisa utilizando protocolos padronizados para avaliar anomalias neurológicas e outras anomalias em gestações que tiveram complicações decorrentes	C u r t o e M	FIOCRUZ/IE C/NIH e outros	Elemento-chave para o desenvolvimento de avaliação de risco e comunicação



de infecção por vírus Zika	é d i o p r a z o		
4.4 Publicar editais conjuntos para o desenvolvimento de pesquisas sobre o vírus Zika	Curto Prazo	MS/MCTI/ HHS/NIH	Sem comentários
4.5 Desenvolver estudos sobre fisiopatologia, imunologia e características clínicas da infecção pelo vírus Zika	Curto Prazo	FIOCRUZ/IE C e outros	Sem comentários
<b>ÁREA 5: Controle Vetorial</b>			
5.1 Avaliar e ou desenvolver métodos alternativos de controle vetorial, com possibilidade de utilização em larga escala	Curto Prazo	SVS/CDC/FI OCRUZ/ FDA/AN VISA	Sem comentários
<b>ÁREA 6: Monitoramento e Avaliação</b>			
6.1 Assegurar a avaliação de programas e produtos.	Contínuo	FIOCRUZ/MS /ANVISA /I EC/FDA/ CDC	Sem comentários
<b>ÁREA 7: Vigilância e Estudos Epidemiológicos</b>			
7.1 Desenvolver modelos para estimar a força da transmissão e o impacto da infecção pelo vírus Zika	Curto Prazo	FIOCRUZ/ MS/IE C/ CDC/N IH	Sem comentários

## ANEXO B – Carta de Intenções em Saúde e Ciências Médicas entre o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil e a Universidade do Texas Medical Branch

CARTA DE INTENÇÕES  
EM SAÚDE E CIÊNCIAS MÉDICAS  
ENTRE  
O MINISTÉRIO DA SAÚDE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
E  
A UNIVERSIDADE DO TEXAS MEDICAL BRANCH

Esta Carta de Intenções ("Carta") tem validade a partir da data da última assinatura abaixo ("Data de efetividade") celebrada entre o Ministério da Saúde (MS) da República Federativa do Brasil e a Universidade do Texas Medical Branch d/b/a UTMB Health ("Universidade" ou "UTMB"), instituição de saúde do Sistema de Universidade do Texas ("Sistema"), uma agência do estado do Texas localizada na University Boulevard, Galveston, Texas 77555-0926, doravante referidos como "Partes":

CONSIDERANDO que as Partes reconhecem o estado de emergência global declarado pela Organização Mundial da Saúde devida a séria preocupação com a saúde pública gerada pela epidemia do vírus Zika e sua associação com a microcefalia;

CONSIDERANDO que as partes desejam promover uma parceria colaborativa visando a inovação em pesquisa, desenvolver uma cooperação frutífera no campo da saúde e ciências médicas e apoiar com conhecimento e produtos que auxiliem no combate ao vírus Zika.

Em consideração a mútua convergência e concordâncias aqui expostas, as Partes chegaram, portanto, ao seguinte entendimento:

1. Consistente com a lei aplicável, todas as atividades deverão ser realizadas com base na igualdade, reciprocidade e benefícios mútuos para ambas as Partes.
2. Para executar esta parceria não exclusiva, o Ministério da Saúde designa o Instituto Evandro Chagas (IEC), Laboratório de Referência Nacional para Arbovirus e Centro Colaborador da OPAS/OMS para Referência e Pesquisa em Arbovirus. A Universidade do Texas Medical Branch designa seu Vice Presidente Associado para a Administração de Pesquisa.
3. Os esforços iniciais da cooperação serão direcionados para o desenvolvimento de pesquisa conjunta para uma vacina contra o vírus Zika. Outras prioridades para a cooperação também poderão ser identificadas por mútuo consentimento dos Participantes durante o desenvolvimento do trabalho ou pesquisa.
4. Os métodos de cooperação previstos nesta Carta de Intenções destinam-se a incluir, mas não estão limitados a:
  - Acordos de pesquisa colaborativa;
  - Troca de informações e melhores práticas;
  - Intercâmbio, formação e treinamento de cientistas e delegações; e
  - Consultas, reuniões e conferências científicas.

5. Espera-se que, sempre que possível, as atividades conjuntas sejam coordenadas com, ou solidárias às ações e metas de outros órgãos de saúde internacional, especialmente a Organização Mundial de Saúde, dentro da razoabilidade possível.
6. Todas as atividades empreendidas no âmbito desta Carta deverão ser conduzidas conforme as leis e regulamentos aplicáveis de ambos os países e estão sujeitas à disponibilidade de pessoal, recursos e meios financeiros necessários.
7. Para a implementação das atividades previstas nesta Carta de Intenções, as partes estabelecerão acordos formais que incluem um Plano de Trabalho com um cronograma de execução a ser assinado pelas autoridades de ambas as partes.
8. Um Comitê de Coordenação tenciona reunir-se pelo menos duas vezes ao ano para analisar o progresso e mensurar os resultados alcançados no âmbito desta Carta de Intenções e dos Planos de Trabalho. Pelo lado brasileiro, o Comitê de Coordenação será presidido pelo Ministério da Saúde e, pelo lado estadunidense, pela Universidade do Texas Medical Branch.
9. A Parte receptora não disponibilizará quaisquer informações, documentos, materiais ou dados confidenciais da Parte fornecedora sem autorização prévia, por escrito, da Parte fornecedora.
10. Qualquer disputa que surja sobre a interpretação ou aplicação da presente Carta de intenções deverá ser resolvida amigavelmente mediante consultas por representantes designados.
11. Nenhuma das Partes está legalmente obrigada a desenvolver as atividades previstas ate que os acordos específicos sejam pactuados.
12. Essa Carta de Intenções passa a vigorar a partir de sua assinatura e terá vigência de 5 (cinco) anos. As Partes poderão rescindir esta Carta por qualquer motivo por meio de um comunicado escrito com 30 (trinta) dias de antecedência. A não ser que seja rescindida, a Carta poderá ser renovada automaticamente por períodos de 5 (cinco) anos.
13. Esta Carta foi preparada em inglês e português. Em caso de inconsistência, a versão em inglês devesa ser aplicada e prevalecerá para as Partes.

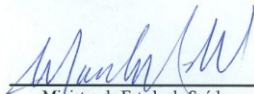
- O restante desta pagina não possui conteúdo-



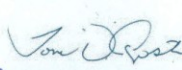
As Partes tornam esta Carta vigente a partir de sua Data de Efetividade.

Pelo Ministério da Saúde da  
Republica Federativa do Brasil

Pela Universidade do Texas Medical Branch



Ministro de Estado da Saúde,



Toni D'Agostino  
Vice Presidente Associado para Administração  
de Pesquisa

Data: 11/02/2016

Data: 02/04/2016

Acordado e Entendido:



Dr. Mariano Garcia-Blanco  
Professor e Diretor  
Departamento de Bioquímica e Biologia  
Molecular

## ANEXO C – Carta de Intenção entre a Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, República Federativa do Brasil e os Centros para Controle e Prevenção de Doenças, Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos da América para Cooperação em Saúde Pública e Vigilância em Saúde

Carta de Intenção  
entre  
A Secretaria de Vigilância em Saúde,  
Ministério da Saúde, República Federativa do Brasil  
e  
Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças,  
Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos da América  
para  
Cooperação em Saúde Pública e Vigilância em Saúde

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, República Federativa do Brasil, e os Centros para Controle e Prevenção de Doenças, Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos da América, (doravante, os Participantes) contribuindo para o trabalho da Comissão Conjunta Brasil – E.U.A. para Cooperação em Ciência e Tecnologia, incluindo o Grupo de Trabalho Brasil – E.U.A. em Saúde Pública; compartilhando um reconhecimento da importância de prevenção e controle de doenças comunicáveis e não comunicáveis; e confirmando sua intenção de continuar e de fortalecer a cooperação nessas áreas nos níveis nacional, intergovernamental, regional e global, reconhecem os seguintes entendimentos:

### **Clausula 1 – Objetivo**

Esta Carta de Intenção visa a promover colaborações entre os Participantes para o planejamento, desenvolvimento e implementação de atividades de interesse mútuo nas áreas de Saúde Pública, particularmente vigilância em saúde pública, laboratórios de saúde pública, HIV/AIDS, imunizações, tuberculose, doenças infecciosas emergentes e outras, doenças não comunicáveis e promoção da saúde, preparação e resposta a emergências de saúde pública, epidemiologia de campo, e saúde ambiental. Dentro dessas áreas, ênfase deverá ser dada a vigilância, investigação, monitoramento e avaliação, prevenção, tratamento e desenvolvimento institucional.

### **Clausula 2 – Formas de Cooperação**

Os Participantes têm a intenção de alcançar esses fins utilizando as seguintes formas de cooperação:

- a) Organização e participação em conferências, reuniões, cursos, oficinas e outros eventos de interesse mútuo;
- b) Promoção de intercâmbio de técnicos nos campos científico, técnico e gerencial;
- c) Colaboração no desenho, implementação e/ou avaliação de pesquisa e outros projetos de saúde pública de interesse mútuo;
- d) Cooperação mútua com outros países e com organizações regionais e internacionais nas áreas citadas na Clausula 1;
- e) Provisão de assistência técnica e/ou financeira a outras agências federais, estaduais ou locais de governo, ou a organizações não governamentais do país anfitrião, quando os Participantes concordarem e for dentro das áreas dos seus mandatos institucionais;
- f) Por meio de acordos mútuos, promoção de acesso de funcionários ou técnicos contratados dos Participantes a instalações do outro Participante ou de seus parceiros.

### **Clausula 3 – Projetos**

Para facilitar a implementação do objeto desta Carta de Intenção, podem ser pactuados, entre os Participantes, anexos descrevendo projetos específicos. Em caso de discordância entre um anexo de projeto e esta Carta de Intenção, a Carta de Intenção deverá prevalecer.

**Cláusula 4 - Pesquisa**

A implementação de projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão seguir as leis, regulamentos e políticas de cada Participante a respeito de tal pesquisa.

**Cláusula 5 – Recursos**

Atividades conduzidas no âmbito desta Carta de Intenção estão sujeitas a disponibilidade de recursos financeiros e outros recursos de cada Participante.

**Cláusula 6 – A Respeito da Intenção Legal**

Esta Carta de Intenção não constitui um acordo internacional e não estabelece direitos ou obrigações de lei internacional, das leis do Brasil, ou das leis dos Estados Unidos da América.

**Cláusula 7 – Duração**

Cooperação no âmbito desta Carta de Intenção pode começar com a assinatura pelos Participantes e permanecerá em vigor por período de quatro (4) anos. Os Participantes podem concordar mutuamente e por escrito em estender o período da cooperação por quatro (4) anos adicionais, naquele momento.

**Cláusula 8 – Modificação**


Esta Carta de Intenção pode ser modificada com base em proposta escrita de um dos Participantes e consentimento, por escrito, do outro Participante.

**Cláusula 9 – Terminação**


A presente Carta de intenção pode ser terminada a qualquer momento por qualquer dos Participantes, devendo a notificação ser dada com antecedência mínima de 90 dias. A terminação da presente Carta de Intenção não deverá afetar a duração ou validade de projetos em andamento.

Assinada em Atlanta, Geórgia, EUA, no dia 11 de maio de 2012, em duplicata, nas línguas portuguesa e inglesa.

Secretaria de Vigilância em Saúde,  
Ministério da Saúde, República Federativa do Brasil

  
Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Secretário

Centros para Controle e Prevenção de Doenças  
Departamento de Saúde e Serviços Humanos, E.U.A.

  
Thomas R. Frieden  
Diretor

**ANEXO D – Carta de Intenções entre os institutos nacionais de saúde Departamento de Saúde e Serviços Humanitários dos Estados Unidos da América e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação da República Federativa do Brasil, e o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil**

**CARTA DE INTENÇÕES  
ENTRE**

**OS INSTITUTOS NACIONAIS DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE E SERVIÇOS HUMANITÁRIOS DOS ESTADOS  
UNIDOS DA AMÉRICA,  
E O**

**MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO  
DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL,  
E O**

**O MINISTÉRIO DA SAÚDE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

Tendo como partes o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e o Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil; e os Institutos Nacionais de Saúde (NIH pelo seu acrônimo em inglês), que são uma agência pertencente ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América (DHHS pelo seu acrônimo em inglês), (Partes);

DESEJANDO aproximar e desenvolver cooperações para a pesquisa em saúde;

CONSIDERANDO o Acordo de Cooperação entre os Estados Unidos da América e a República Federativa do Brasil relativo à ciência e tecnologia assinado em fevereiro de 1984;

CONSIDERANDO as discussões ocorridas em 2012 durante o Encontro da Comissão Conjunta Brasil-Estados Unidos para Ciência e Tecnologia;

AFIRMANDO que nenhuma das ações empreendidas para implementar esta Carta de Intenções objetiva substituir ou impedir outras atividades em pesquisa biomédica entre Brasil e Estados Unidos da América.

ANUNCIAM o seguinte:

1. Desenvolver um programa coordenado que apoiará a pesquisa colaborativa em saúde focada em áreas de interesse mútuo e com prioridade nacional compartilhada.
2. Apoiar uma variedade de ações que aumentem a cooperação em pesquisa para a saúde, incluindo:
  - a. Apoio integrado a projetos de pesquisa envolvendo pesquisadores brasileiros e estadunidenses;
  - b. Desenvolver parcerias e redes visando à colaboração em pesquisa básica, aplicada e clínica;
  - c. Desenvolver pesquisa colaborativa translacional em parcerias e redes;
  - d. Intercambiar material científico e informação;

- e. Facilitar e simplificar os requerimentos regulatórios e de inspeção;
  - f. Coordenar, planejar e convocar encontros científicos, conferências, visitas a centros de pesquisa, consultas e capacitações;
  - g. Outras atividades que poderão ser mutuamente identificadas e acordadas.
3. Conduzir todas as atividades contempladas por esta Carta de Intenções de acordo com todas as políticas, leis e regulamentos aplicáveis às Partes. Este documento não cria obrigações vinculantes. Todas as atividades no escopo desta Carta de Intenções estão sujeitas à disponibilidade de recursos humanos e financeiros.
  4. Convidar e acolher outros colaboradores, como por exemplo: o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), as Unidades de Pesquisa do MCTI, as Fundações de Apoio à Pesquisa (FAP) e outras instituições públicas e privadas de pesquisa em saúde, segundo o entendimento entre as Partes.

Esta Carta de Intenções passa a vigorar na data de sua assinatura, e terá vigência de 5 (cinco) anos. A não ser que seja rescindida, a Carta poderá ser renovada automaticamente no final do quinto ano por mais 5 (cinco) anos. A Carta de Intenções pode ser denunciada por qualquer Parte, desde que as outras partes sejam anteriormente avisadas, por escrito, no prazo de 90 dias.



Francis Collins, M.D.  
Diretor, NIH, DHHS



Carlos Afonso Nohre  
Secretário de Políticas e Programas para  
Pesquisa e Desenvolvimento, MCTI



Carlos Gadelha  
Secretário de Ciência, Tecnologia e  
Insumos Estratégicos, MS



Jarbas Barbosa da Silva Júnior  
Secretário de Vigilância em Saúde, MS