

Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios

Meanings of Neglected Diseases in the Global Health agenda: the place of populations and territories

Roberta Gondim de Oliveira¹

Abstract *The global health agenda has made significant strides in neglected diseases. In a dynamic movement, throughout the past two decades, it has assumed different priorities, strategies and meanings. Nevertheless, important challenges persist in terms of geopolitical, economic, epistemological and social development. The designation and location of neglected diseases in certain territorial spaces and populations is historically related to some dynamics such as those of a colonial and capitalistic nature. They reveal continuities in the rationality of policies and actions, pervading asymmetries between peoples, institutions and nations. Although it has positively included the debate on neglected diseases, it can be argued the global agenda of public health has yet to assume and evoke the dimension of neglected bodies and populations with more theoretical and methodological vigor, by intensifying the dialogue between biomedical and political-economic fields. It means reinforcing the critical understanding of the historical vulnerabilities of individuals in the production of knowledge, as well as giving prominence and taking into account their ways of leading their lives in conjunction with local public health priorities and practices.*

Key words *Neglected diseases, Global health, Coloniality, Vulnerability*

Resumo *A agenda da saúde global tem apresentado avanços significativos no campo das doenças negligenciadas. Num movimento dinâmico, assume prioridades, estratégias e sentidos diversos ao longo das duas últimas décadas. Entretanto, permanecem desafios importantes em termos geopolítico, econômico, epistemológico e do desenvolvimento social. A designação e localização das doenças negligenciadas em determinados territórios e populações guarda relação, historicamente, com algumas dinâmicas como as de natureza colonial e capitalista. Informam linhas de continuidades na racionalidade de políticas e ações, operadas na assimetria entre povos, instituições e nações. Ainda que tendo incluído positivamente o debate sobre negligência de doenças, argumenta-se a favor de uma agenda da saúde global que assuma e evoque, com mais vigor teórico e metodológico, a dimensão da negligência de corpos e populações, aprofundando o debate com as matrizes biomédica e político-econômica. Significa reforçar o entendimento crítico sobre a histórica vulnerabilização de sujeitos na produção de conhecimento, bem como dar protagonismo e levar em consideração seus modos de andar a vida em diálogo com prioridades e práticas de saúde situadas.*

Palavras-chave *Doenças negligenciadas, Saúde global, Colonialidade, Vulnerabilidade*

¹ Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Brasil 4365, Manguinhos. 21040-360 Rio de Janeiro RJ Brasil. robertagondim@ensp.fiocruz.br

Introdução

A conformação de agendas globais revela capacidades de atração de recursos e poderes e espelham diretrizes e tendências nos modos de produção de conhecimento. São agendas que comportam desenhos de políticas voltadas para territórios e populações. Significativo conjunto de autores tem se dedicado ao debate de políticas globais, suas dinâmicas, contornos e prioridades, em especial no que se refere à problematização de projetos de produção de conhecimento e intervenções, e repercussões na vida e saúde de populações vulnerabilizadas. Estas relações têm sido postas em análises em diálogo com os contextos de diferentes realidades de países¹⁻⁵.

Põe-se em debate tensões presentes na produção de conhecimento e suas repercussões no campo da saúde, nos registros de políticas globais e das práticas de saúde. Problematiza-se modos de operar da saúde em vidas concretas de sujeitos e populações, a partir da noção de doenças negligenciadas, consensuadas nas agendas da saúde global como aquelas que acometem mais fortemente populações historicamente vulnerabilizadas, e que atraem recursos escassos de países e empresas⁶.

A despeito do avanço científico, há a persistência de doenças negligenciadas devido a diferentes falhas: falha de ciência – conhecimento insuficiente; falha de mercado – alto custo dos medicamentos e vacinas existentes; e falha de saúde pública – planejamento deficiente impactando negativamente no acesso a medicamentos de baixo custo ou gratuitos⁶.

A produção de conhecimento (pesquisa, desenvolvimento, inovação, protocolos clínicos, entre outros) não está imune a interesses de variadas ordens, não podendo ser generalizável a todo e qualquer contexto e nem pressuposto de uma neutralidade epistêmica⁷. Em especial no contexto latino-americano, debates do campo da saúde coletiva empreendem análises a partir de uma leitura crítica da relação entre produção de conhecimentos, políticas e práticas de saúde, ancorados num projeto transformador das condições sociais. Essa noção deriva do entendimento de que o conjunto de ideias, instituições e práticas de saúde constituem um campo fundamentalmente coletivo, de múltiplos atores, interdisciplinar e que envolve a sociedade na sua amplitude e diversidade⁸⁻¹¹.

Alinhados ao entendimento crítico sobre a geração de conhecimento em saúde, em contraposição à uma concepção unívoca e hegemônica

da ciência ocidental moderna, Lock and Nguyen⁷ problematizam a excessiva autonomia dos dispositivos biomédicos, *per se*, pondo-os em referência a outras dimensões, como as econômicas e sociais (...) *including culturally informed values and constraints, specific local and global objectives, economic disparities, and inconsistent or non-existent regulations*.

Tratar de políticas globais, seus objetivos e bases epistêmicas significa reconhecer, à partida, a existência de algo denominado de ‘global’? O que seriam processos globais, que geram legitimidade a determinadas agendas transnacionais? Num cenário onde há forte presença de doenças bem conhecidas da humanidade, que acometem populações de países com considerável índice de pobreza, notadamente dos continentes africano e sul-americano, propõe-se discutir sobre algumas dinâmicas e noções que conformam o campo, seus agentes, alinhamentos políticos e estratégias de ação, bem como os possíveis diálogos entre saberes – globais e situados. No sentido proposto por Haraway¹², o conhecimento válido deve ser aquele situado, entendido como um processo corporificado e localizável, e, portanto, responsável na medida de sua capacidade de prestar contas. Essa noção é importante para estudos sociais da ciência não apenas analiticamente, mas também em termos da produção de saberes socialmente relevantes, de caráter emancipatório, ainda que com frequência subalternizados.

Sentidos da agenda global em debate

Reconhecer a existência de uma agenda global implica em enfrentar a discussão sobre o fenômeno da globalização. Santos¹³ aponta a intensificação de diferentes relações transnacionais que operam novos fenômenos, como a internacionalização dos sistemas de produção e a redefinição de fronteiras dos Estados nacionais para a atuação do mercado de capitais, um marco sobre o qual recaíram diversas designações, como ‘processo global’ e globalização’. Para o autor trata-se de um fenômeno complexo de múltiplas dimensões interligadas: econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas.

Em um sentido próximo, o enfoque proposto por Milton Santos¹⁴ abdica tratar as dimensões global e local enquanto dualidade, reforçando a ideia de complexidade relacional, enquanto dinâmica em constante movimento performativo. Ao problematizar a noção de ‘lugar’, o autor propõe a superação de abordagens ‘globalistas’ ou ‘localistas’, pois “o mundo se encontra em toda parte”,

implicando numa compreensão mais dialógica sobre o global/local, universal/particular, geral/específico. Ressalta o movimento de globalização como um esforço hegemônico, que advoga a favor do entendimento de fenômenos como globais que produz agendas nesse registro.

Ao referir a globalização como um fenômeno de diferentes dimensões, Santos¹³ aponta não se tratar de algo consensual, pois comporta tensões de variadas naturezas e interesses, tanto hegemônicos como subalternos/contra-hegemônicos. Entretanto, reconhece a potência de forças hegemônicas na construção de consensos e que conformam as faces da globalização, conferindo-lhe as suas características dominantes, assim como legitimando-as como as mais adequadas.

Fundamentada na matriz de acumulação de capital transnacional, a globalização assume diversas faces, tendo nas desigualdades sociais e de saúde um de seus mais perversos matizes. Saúde e desenvolvimento são historicamente imbricados, desde que concebidos como política, econômica e socialmente produzidos¹⁵. Em torno de 90% da carga de doenças no mundo está concentrada em países pobres, que dispõem de não mais que 10% dos recursos globais de saúde – o ‘gap 10/90’¹⁶. Em torno de 1/5 da população mundial não tem acesso a sistemas e serviços de saúde, incluindo medicamentos essenciais. A cobertura mundial de serviços básicos de saneamento é de 64%, cobrindo por volta de um terço da população mundial, ou seja, em torno de 2.500 milhões de seres humanos destituídos dos mais básicos serviços em pleno Século XXI¹⁷.

De outra forma, os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, que detêm 18% da população mundial, são responsáveis por 86% da despesa de saúde no mundo, com um gasto per capita em torno de US\$ 2.900 por ano. Ainda que o gasto per capita permaneça insuficiente e não explicita as desigualdades internas de países como no caso do Brasil, ao longo da última década, países da América do Sul operaram esforços no aumento dos investimentos em saúde (Figura 1).

Em países do continente africano há o mais baixo percentual de gasto em saúde, sendo que considerável parte das ações é financiada por doadores externos, que pautam diretrizes e prioridades, conformando as agendas nacionais (Figura 2)¹⁸.

O movimento da globalização contemporânea é significativa na área da saúde ordenado em torno da noção de Saúde Global. Constituindo-se como um campo de múltiplos sentidos – con-

ceitual, político, estratégico e epistemológico, é apropriado de maneira diversificada por diferentes agentes. Autores como Koplan et al.¹⁹ problematizam a polissemia da noção de ‘saúde global’ e empreendem esforços na estabilização conceitual do campo. Defendem que a ausência de definições obscurece diferenças importantes de concepções, com consequências em estratégias e prioridades evocadas por diferentes agentes. O esforço de estabilização vincula-se à necessidade de estabelecer acordos sobre objetivos comuns da saúde global: abordagens, prioridades e formas de utilização dos recursos. A intencionalidade desse acordo conceitual seria, em última instância, a de promover um alinhamento na agenda internacional da saúde.

Saúde global pode ser entendida como uma área de estudos, pesquisas, políticas e práticas, que objetiva a equidade em saúde para todos e em todo o mundo. Envolve corpos disciplinares não apenas das ciências da saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar¹⁹. A ideia de compartilhamento e solidariedade entre países, nesta noção embutida, não necessariamente leva em consideração interesses e tramas próprias da assimetria do capital globalizado. Ainda que os autores reconheçam que o ‘mundo desenvolvido’ não tem o monopólio das ‘boas ideias’ e que deve-se buscar em diferentes culturas melhores formas para o manuseio de doenças e ambientes, questões próprias da economia política permanecem subsumidas em suas considerações.

A assimetria na distribuição de recursos e poderes, com predomínio de algumas formas de conhecimento, confere inúmeros privilégios de natureza política, econômica, social e epistemológica a uma dada noção de global. Formas de globalização respondem a imperativos transnacionais, onde “as condições locais são desintegradas, desestruturadas e, eventualmente, reestruturadas sob a forma de inclusão subalterna”²¹³.

Biehl²⁰ problematiza a chamada saúde global afirmando que um entendimento sobre seus contornos deve levar em consideração os interesses dos ‘doadores’, que predominam nas operações das organizações internacionais, não sendo estes necessariamente alinhados aos interesses dos ‘receptores’. Tendem a reforçar assimetrias nas relações de poder já existentes. Iniciativas do tipo ‘bala-mágica’ são amplamente criticadas por um conjunto de atores do campo. O contraponto a esse modelo seria a produção de estratégias mais voltadas para os sujeitos em seus territórios, e não apenas sobre agentes etiológicos, isoladamente, pois que atuam no pressuposto de corpos

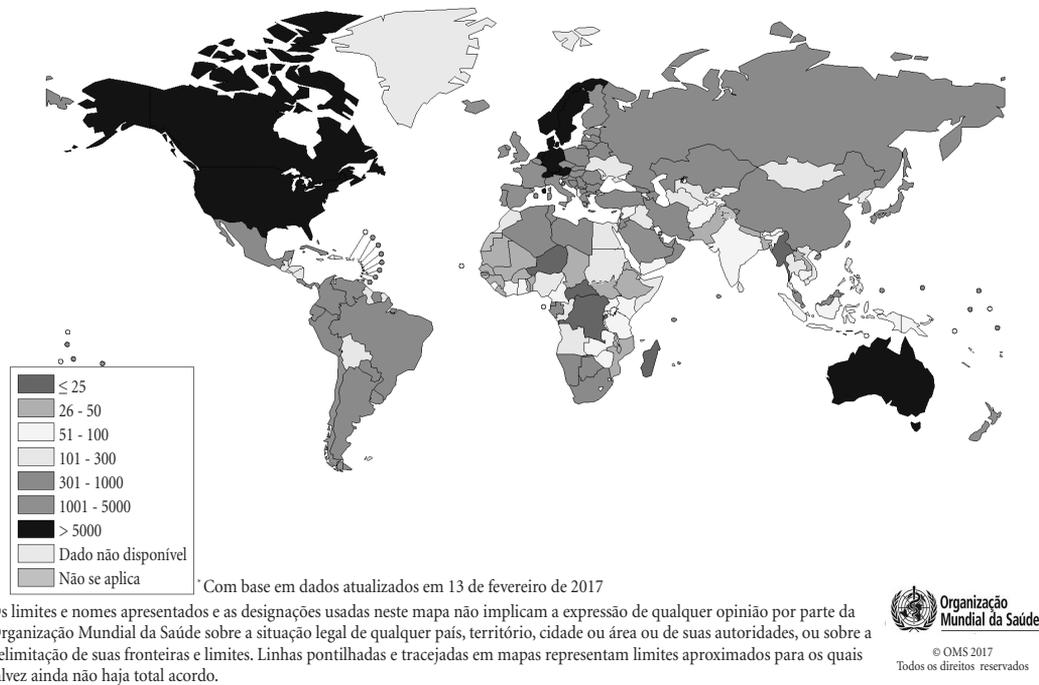


Figura 1. Gasto *per capita* em saúde, por países (US\$), 2014.

Fonte de dados: Observatório de Saúde Global, OMS¹⁸. Produção de mapas: Informação Evidências e Pesquisa (IER)

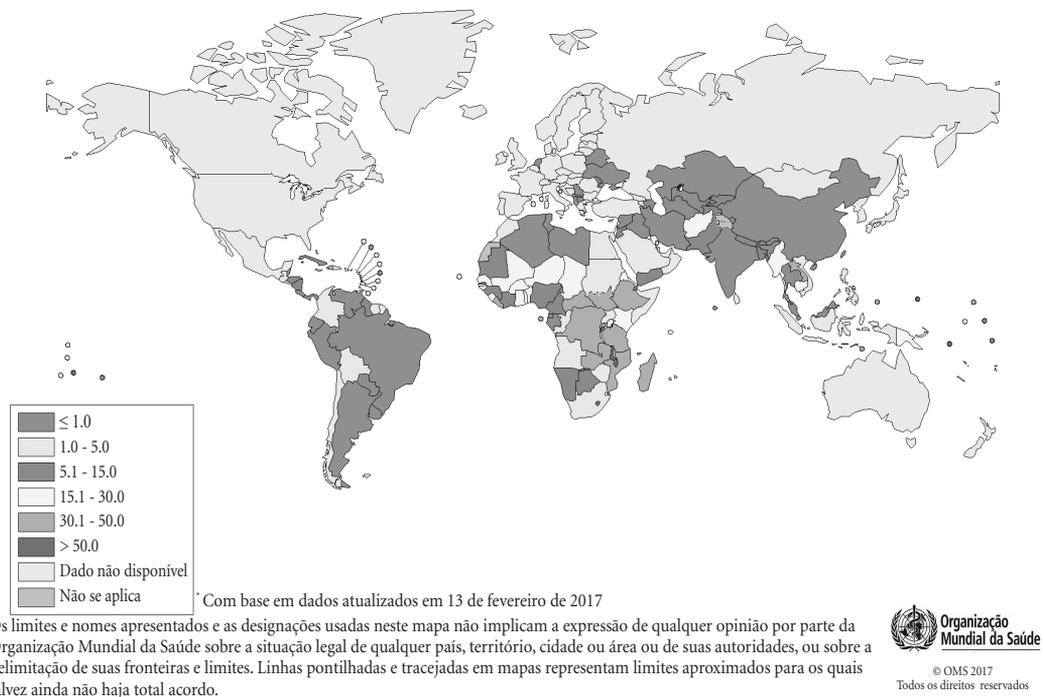


Figura 2. Recursos de fontes externas em relação aos gastos totais em saúde, por países (%), 2014.

Fonte de dados: Observatório de Saúde Global, OMS¹⁸. Produção de mapas: Informação Evidências e Pesquisa (IER)

destituídos de subjetividades, nas palavras do autor: “É hora de atribuir às pessoas que estudamos e descrevemos os tipos de complexidades que reconhecemos em nós mesmos, e de trazer essas complexidades ao cenário da saúde global”²⁰. A noção de ‘globalismo antiretroviral’ proposta por Nguyen⁵, também problematiza esse entendimento como quando do surgimento da AIDS em que as ações tinham como aposta a focalização do acesso, não necessariamente universal, a um restrito rol de medicamentos.

Nos trabalhos desenvolvidos com doenças infecciosas no Haiti, Farmer² propõe a noção de *structural constraints and personal agency*, advogando a favor da potência de iniciativas que aliam, de forma integrada, ações de assistência em saúde com estratégias de acompanhamento mais longitudinal da vida do paciente. Uma aposta tanto de enfrentamento dos constrangimentos estruturais, como no protagonismo ancorado na agência dos sujeitos em seus modos de andar a vida²¹.

Nos anos recentes a saúde global tem sido chamada a consubstanciar políticas e práticas de saúde. Lock e Nguyen⁷ identificam uma certa continuidade de elementos entre a saúde internacional e a saúde global, tendo por substrato o papel dos doadores e a preponderância dos aportes da biomedicina, que já conformavam as chamadas medicina tropical e medicina colonial. Os espaços coloniais serviam de ‘ensaio’ de práticas biomédicas, e o sucesso destas fundamentaram o princípio da ‘comensurabilidade biológica’. Assim, essas práticas puderam retornar à metrópole, para o continente europeu, então estabilizadas como práticas sociais, consubstanciando algo chamado de ‘global’ em termos médicos. Entretanto, a concepção de ‘comensurabilidade biológica’ localizada nos corpos humanos, implicou na busca de novas racionalidades que pudessem manter como válido o princípio da diferença – próprio da medicina colonial. Opera-se então a localização da diferença no registro da ‘cultura’^{21,7}. Ponderações dessa natureza propõem recolocar as análises sobre a conformação e os modos de operar da saúde global em outras bases, pois que ancoradas nas condições situadas dos diversos sujeitos e territórios, sob a noção de biologias locais^{4,7}.

Doenças emergentes, re-emergentes e negligenciadas - taxonomias e agendas da saúde global

A agenda da saúde global é multidimensional, polissêmica e atravessada por debates como prio-

ridades de doenças, formas de controle, pesquisa, desenvolvimento e ações de saúde. Há diversificado entendimento em torno do conceito de doenças emergentes, re-emergentes e negligenciadas, surgidas a partir de alguns debates como da teoria da transição epidemiológica e suas limitações, notadamente em face da insuficiência de seu poder explicativo quando da emergência da AIDS. A teoria da transição epidemiológica pressupõe um movimento linear e evolutivo da mudança no quadro de morbimortalidade de populações – da superação de doenças infecciosas/transmissíveis, para as crônico-degenerativas/não transmissíveis. Ancora-se no pressuposto da melhoria das condições de vida e da transição demográfica – aumento da expectativa de vida e queda da natalidade, presentes nos países com melhores índices de desenvolvimento humano²².

O quadro epidemiológico de países da América Latina é desafiador ao paradigma da transição epidemiológica. Os modelos propostos não se aplicam às diferentes realidades, dada a convivência de padrões, presumivelmente, díspares nos modos de adoecimento. Brasil e México são exemplares: as doenças infecto-parasitárias e as doenças crônico-degenerativas dividem espaço com graus de importância equivalentes sob o ponto de vista epidemiológico. Há também o ressurgimento e/ou recrudescimento de doenças como Dengue e Cólera, e mais recentemente da Febre Amarela, Zika e Chikungunya²³.

Em sentido próximo, o surgimento da AIDS e o recrudescimento da tuberculose alteraram as bases desse modelo explicativo, pavimentando o caminho para a conformação de um novo pressuposto: o de doenças emergentes e reemergentes. O surgimento de novas doenças e o recrudescimento de antigas, numa complexa convivência em virtude de questões territoriais, econômicas e sociais impuseram novos desafios²².

O caso da tuberculose é paradigmático. Na última metade dos anos 1990 a Organização Mundial da Saúde – OMS anuncia que a tuberculose foi responsável pela morte de milhões de pessoas, passando a ser considerada como uma doença reemergente. O retorno da tuberculose a patamares elevados é tratado por Farmer²⁴ como uma ‘vingança’, posto que o entendimento de ‘retorno’ da doença obscurece a permanência de sua elevada incidência em diversas partes do mundo. Essa ‘surpresa’ por parte de agências internacionais situa-se no silenciamento da situação da tuberculose, como questão social, econômica e de saúde sobre populações pobres do mundo – com altas taxas de incidência e de mortes. Ambas pre-

veníveis, sob o ponto de vista biomédico, desde a década de 1950, já tendo sido relativamente bem resolvida nos países mais ricos²⁴.

Desafios atuais em face desse novo quadro são de várias ordens, como, por exemplo, a definição de prioridade. Esta não é unívoca. Critérios de prioridade são discutíveis, a depender do lugar que os agentes ocupam social e economicamente¹⁵.

Em 2006 o Brasil definiu doenças negligenciadas como sendo aquelas que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento. Foram formuladas pautas de enfrentamento que incluem pesquisa, desenvolvimento, ampliação do acesso aos medicamentos, entre outras^{6,16}. A agenda nacional demonstra sintonia com a internacional. O Relatório sobre a 'Saúde do Mundo para 2004' da OMS²⁵ define a pesquisa em saúde como prioridade, reconhecendo-a como dinamizador de saúde. Entendida como insuficiente para um amplo conjunto de doenças, são discutidos aspectos da pesquisa: crença na tríade saúde, ciência e tecnologia como requisito para o desenvolvimento econômico e social; reconhecimento do "gap 10/90"; relevância do setor privado; discreta presença dos países menos desenvolvidos; legislação internacional de proteção de patentes que dificulta o acesso a diagnósticos, vacinas e medicamentos de populações menos favorecidas; e a necessidade dos sistemas de pesquisa em saúde de gerarem intervenções públicas.

Já a designação "doenças negligenciadas" foi originalmente proposta na década de 1970, no âmbito da Fundação Rockefeller, titulado um programa denominado *The Great Neglected Diseases*⁶. O termo é posteriormente sistematizado no documento *Fatal Imbalance* pela organização Médicos sem Fronteiras que propõe uma agenda internacional em torno do desenvolvimento e disponibilização de medicamentos e traz a seguinte taxonomia de doenças: Globais – aquelas que ocorrem em todo o mundo; Negligenciadas – mais prevalentes nos países em desenvolvimento; e Mais Negligenciadas – exclusivas dos países em desenvolvimento. Na sequência há a criação de grupo de trabalho denominado *Drugs for Neglected Diseases Working Group (DND)*, fomentando o envolvimento de países em ações sistemáticas e sustentáveis²⁶.

O Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde da OMS²⁷, propõe outra sistematização de doenças em três categorias: Doenças

Tipo I – atingem grande contingente populacional tanto em países ricos como pobres. Para estas, o mercado resolve todo o espectro produtivo (pesquisa, produção de medicamentos e vacinas, e sua distribuição); Doenças Tipo II – ainda que presentes nos países ricos são mais prevalentes nos países pobres e os recursos para pesquisa são menos abundantes; Doenças Tipo III – quase que exclusivamente presente nos países pobres. Os recursos para pesquisa são baixos e os medicamentos, ainda que em alguns casos sejam conhecidos, não são plenamente acessíveis. Segundo a OMS, as doenças negligenciadas encontram-se nesse grupo e são assim concebidas por formarem um grupo fortemente associado à pobreza. Muitas já desapareceram de grande parte do mundo na medida da melhoria das condições de vida¹⁷.

As Doenças Negligenciadas ainda que impactem fortemente nas condições de saúde, receberam historicamente insuficiente atenção das agendas internacionais e de países. Exerceram pouca atração na indústria, por serem mais circunscritas às populações com baixa capacidade de pagamento. Proliferam em condições ambientais e habitacionais precárias. Muitas são letais ou tem consequências incapacitantes, o que acarreta no comprometimento da dinâmica familiar e social; oneram os sistemas de saúde dos países já economicamente desfavorecidos, e impactam na capacidade produtiva de sua população, formando um ciclo vicioso de elevada repercussão no desenvolvimento humano. Por serem doenças mais circunscritas a populações já desfavorecidas, agudizam a exclusão social, reforçam estigmas historicamente tramados e diminuem as perspectivas futuras de gerações⁶.

A entrada das Doenças Negligenciadas na agenda global repercute um protagonismo da OMS. Em 2007 há ações concertadas entre múltiplos agentes globais. O *Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008-2015*²⁸, representa um esforço de conformação de agenda global, que contempla a definição de prioridades, diretrizes, estratégias e metas para a reversão para um conjunto de doenças. A expectativa do plano global é o controle, a eliminação e a erradicação das doenças, definindo intervenções como a ampliação do acesso a medicamentos terapêuticos e profiláticos. Nele é definido um elenco de dezesseis doenças negligenciadas alvo de ações transnacionais: Doença de Chagas, Dengue, Úlcera de Buruli, Cisticercose, Dracunculíase, Equinococose, Fasciolíase, Tripanossomose humana africana, Leishmaniose, Hanseníase, Filariose linfática, Oncocercose, Raiva, Esquistossomose,

Helminíase, Trachoma e Boubu. Mais recentemente foi incluída a Chikungunhya²⁸.

As principais ações previstas envolvem: quimioterapia preventiva e controle de transmissão; controle de vetores; fornecimento de água potável e ações de saneamento; controle de zoonoses; e intensificação na gestão de casos¹⁷.

Nos Relatórios *Working to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases*^{29,30}; *Sustaining the Rive to overcome the global impact of neglected tropical diseases*³¹; *Investing to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases*³²; e *Integrating Neglected Tropical Diseases in Global Health and Development*³³, a OMS apresenta um conjunto de resultados das políticas globais ao longo dos últimos anos, apontando avanços obtidos e desafios que persistem. São reiteradas questões como a vinculação das doenças a questão da pobreza – o ciclo vicioso das doenças que vitimiza os mais pobres, e a delimitação geográfica com foco nas zonas tropicais.

Quando uma taxonomia de doenças é posta em relação a uma dada cartografia, assim como inclui e associa outras delimitações em registros a ‘cultura’, social e econômica, depreende-se uma conformação de modos de operação de políticas, ratificando pressupostos a nível de uma retórica global. Esses deslizamentos podem compor narrativas políticas e epistemológicas que subalternizam as relações entre instituições e países. Em uma ancoragem histórica, problematiza-se registros de cariz colonial na delimitação de espaços e populações. O antigo projeto da colonização assume na contemporaneidade uma roupagem atualizada, nos termos da colonialidade, pois que preserva e carrega os elementos coloniais classificatórios do mundo, atualizando-os na dinâmica histórica³⁴⁻³⁶.

Quando um conjunto significativo de atores internacionais consensua e designa um grupo de doenças como “tropicais negligenciadas”^{26,28}, ratifica não somente a questão da negligência, mas também a demarcação territorial para a atuação de uma ciência voltada para os trópicos. O uso do termo ‘tropical’, por sua vez, não faz referência apenas a uma delimitação geográfica e de fronteiras, sendo coincidente com outra delimitação: a dos espaços coloniais – territórios vivos que comportam povos, culturas, saberes, políticas, conhecimentos e fenômenos de saúde.

Em termos geopolíticos o mapa das ‘doenças tropicais negligenciadas’ reforça algumas delimitações, tais como: Norte/Sul; Zonas Tropicais; e a geolocalização da pobreza e da desigualdade, numa colagem com a cartografia do mundo co-

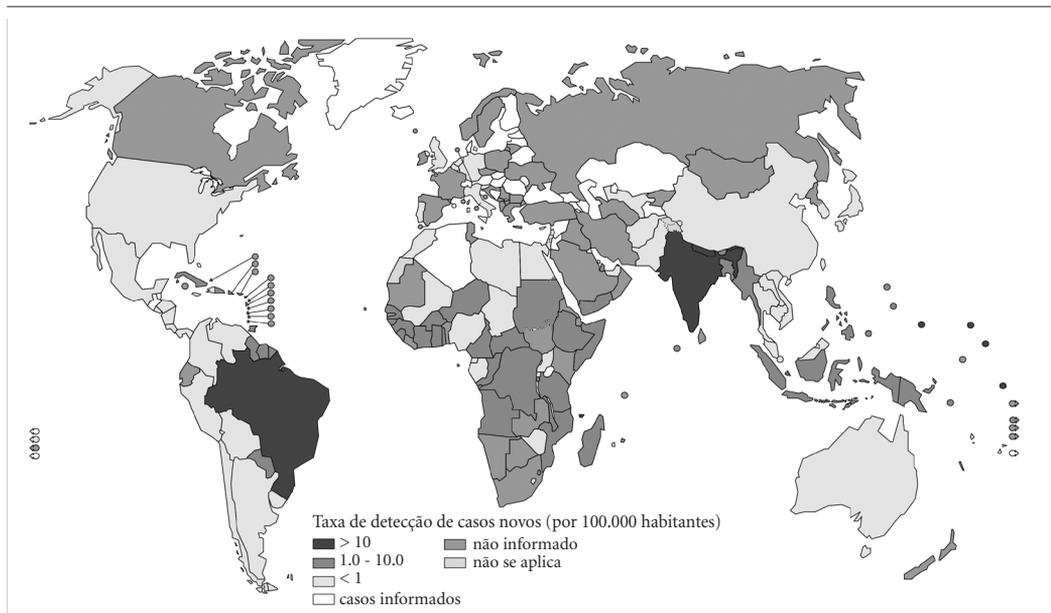
lonial como pode ser visto no exemplo da Hanseníase (Figura 3).

O Relatório de 2015³² também enfatiza a vinculação da pobreza às doenças negligenciadas e traz inflexões importantes ao questionar a diretriz de ações específicas e focalizadas, assim como a mudança no discurso sobre a erradicação da pobreza versus compartilhamento da prosperidade, com foco no desenvolvimento sustentável. Esse enfoque representou uma ampliação da visão sobre o campo das doenças negligenciadas, apontando para além da questão da saúde, desafios em termos de desenvolvimento. Análises sobre sucessos da política global destacam elementos como a adesão por parte de agentes e países; a melhoria das condições de vida; e as ‘generosas’ doações de parceiros globais³³.

Contudo, permanecem importantes contradições na agenda global. As diretrizes para o controle das doenças tropicais negligenciadas ainda assentam e restringem-se majoritariamente no acesso ao tratamento, a quimioprofilaxia e o uso de pesticidas para o controle de vetores. Reconhece-se que há proposições de ampliação da capacidade dos sistemas de saúde dos países, especialmente os do continente africano, sendo considerável parte de orientações voltadas às parcerias entre os governos, as organizações internacionais e a indústria farmacêutica³⁰⁻³³.

Ações macroestruturais – redução da pobreza, saneamento e educação, assim como atuações intersectoriais, ainda que estejam presentes no conjunto dos documentos, padecem de diretrizes mais programáticas. Ações como estas imporiam políticas macroeconômicas de envergadura, que implicariam numa revisão da geopolítica global absolutamente não enfrentada, dentre outros motivos, por não fazer parte da agenda do capitalismo liberal. O investimento global na melhoria das condições de vida e de saúde dessas populações, assim como a construção de bases de fomento à autonomia produtiva dos sistemas de saúde e do complexo industrial da saúde destes países, em suas diversas dimensões, possuem uma inserção mais tênue e diferenciada nas agendas, quando postas em relação às demais políticas aqui discutidas.

Os anos 2000 assistem a uma certa inflexão na forma em que a comunidade internacional passa a conceber a relevância de determinadas doenças, com base nas más condições de vida e de saúde das populações de consideráveis partes do mundo. Importante marco é sua inclusão em agendas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e os Objetivos de Desenvolvi-



Os limites e nomes apresentados e as designações usadas neste mapa não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde sobre a situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou sobre a delimitação de suas fronteiras e limites. Linhas pontilhadas e tracejadas em mapas representam limites aproximados para os quais talvez ainda não haja total acordo. © OMS 2017 - Todos os direitos reservados



Figura 3. Distribuição global da hanseníase segundo taxa de detecção de casos novos, 2016.

Fonte: WHO, 2017, *Global Health Observatory. Map Gallery*¹⁸.

mento Sustentável (ODS). Esse último realinhamento da agenda global – a ‘Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável’, contemplou as Doenças negligenciadas, assim proposto: “acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, as doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”³².

Iniciativas da saúde global denominadas de *Global Health Initiatives – GHIs*, envolveram programas de cooperação entre países, em especial entre aqueles com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) e os países desenvolvidos. Os investimentos e os resultados de projetos de cooperação trouxeram implicações importantes na formulação de estratégias, em especial as relacionadas à indústria farmacêutica³⁷. Apesar de esforços de países com relevantes quadros endêmicos de doenças infecciosas, há um importante *gap* ainda não superado – o atraso em pesquisas e inovações na área. Atraso devido a fatores como a baixa atratividade sobre a indústria farmacêutica dada a insuficiente capacidade de pagamento e fragilidade dos sistemas nacionais de pesquisa e inovação. É extremamente relevante a ausência de recursos próprios de governos de muitos países para os investimentos necessários³⁸.

Como os países acometidos são, majoritariamente, de baixo desenvolvimento econômico está dado o círculo vicioso. São necessários além do enfretamento das desigualdades e do desenvolvimento, o investimento em pesquisas, desenvolvimento e inovação, assim como novos métodos de controle de vetores. No caso das doenças negligenciadas, embora exista financiamento para pesquisas, o conhecimento produzido não necessariamente tem sido suficiente para alguns avanços – produção de novos fármacos, métodos diagnósticos e vacinas. Morel⁶ destaca importantes iniciativas voltadas para a produção e o acesso a medicamentos. Dentre elas pode-se citar: *Drugs for Neglected Diseases Initiatives – DNDi*, *Global Alliance for TB Drug Development* e *UNITAID – Laboratory for Innovative Financing for Development*.

Ainda que reconhecendo a importância das iniciativas e a positiva inflexão que representa no cenário ‘global’, percebe-se que o fato das ações serem focalizadas ao campo da produção e acesso aos fármacos, há o predomínio de soluções pautadas majoritariamente na matriz biotecnológica. Contudo, destaca-se que no Brasil, em virtude do adensamento do SUS há avanços não apenas restritos ao acesso aos fármacos, mas também

na pesquisa e desenvolvimento, que passaram a constituir-se em agenda prioritária³⁹.

Considerável parte dos casos relatados em estudos³⁷ destacam que iniciativas de cooperação receberam financiamento específico para determinadas doenças, com ações previamente planejadas pelos doadores e com baixa intensidade sistêmica. Intervenções das *GHI – Global Health Initiatives* ampliaram o acesso a ações de saúde e medicamentos para alguns agravos, porém, dada a fragilidade dos sistemas nacionais de saúde e sua baixa capacidade de resposta sob o ponto de vista organizativo, há o comprometimento dos serviços em termos sistêmicos. A focalização das ações voltadas para algumas doenças, alvo de financiamentos externos assistemáticos, desorganizou os já frágeis sistemas de saúde, na medida em que ocorrem fenômenos como a atração e a concentração de profissionais exclusivamente para algumas regiões e ações, sem que haja a necessária integração com as demais políticas de saúde^{5,37}.

Estudos sobre os impactos das estratégias internacionais incluem, residualmente, análises relativas às especificidades das populações afetadas em seus modos de viver. Nos estudos sobre a efetividade das *GHI*, a participação da população afetada no processo decisório aparece timidamente. Entretanto, na intencionalidade do desenho das intervenções há orientações de inclusão dessa população, além de governos e organizações não governamentais. A dimensão da participação cidadã na definição das políticas é vista como insuficiente e de baixa expressividade. A diretriz da descentralização prevista nas orientações está mais restrita aos atores da gestão regional e local de governos, não necessariamente da população afetada. Os estudos não abordam a questão de fóruns participativos, que coloquem em debate as diretrizes propostas pelas agências, com protagonismo e a partir do conhecimento situado dos agentes locais³⁷.

Considerações finais

Inegáveis avanços vêm sendo obtidos nas últimas décadas no enfrentamento das doenças negligenciadas no mundo. Dados relativos à ampliação do acesso à prevenção e ao tratamento do conjunto destas doenças, a partir de prioridades epidemiológicas, têm sido consistentemente monitorados, avaliados e disponibilizados. Entretanto, as iniciativas de políticas globais demonstram uma ainda insuficiente sinergia entre os fóruns da

ciência (pesquisa, desenvolvimento e inovação) e as ações de atenção e promoção da saúde em torno dessas doenças. Ações sinérgicas implicam em multiplicidade de linguagens e participação, e, em consequência, em mudança de práticas, que são simultaneamente sociais, políticas e econômicas.

Os espaços concretos, onde se manifestam os ‘modos de andar a vida’²¹ e as maneiras pelas quais os sujeitos necessitam, sentem, interpretam, traduzem e concebem saúde e doença, não tem sido necessariamente o cenário para o estabelecimento de prioridades e práticas de saúde situadas.

Ao surgimento de uma especialidade do campo do conhecimento médico, voltado não apenas para as doenças infecciosas, mas para um tipo “específico” dessas doenças denominado de tropicais⁴⁰, se somam outras referências que estão para além das evidências médicas, mas que, entretanto, informam suas práticas. Anderson⁴¹, em seu estudo sobre a ocupação militar norte-americana nas Filipinas, discute a efetivação de uma ciência médica voltada, aprioristicamente, para a comprovação de diferenças existentes entre as ‘raças’ e seus ‘corpos’. Esse autor busca entender a construção de hipóteses e concepções do adoecimento nos trópicos, que partiam, inicialmente de elementos próprios do meio ambiente como o clima. Com o surgimento da microbiologia, há a passagem do enfoque para os corpos dos colonizados, hospedeiros dos microorganismos, enquanto eles mesmos componentes de um ‘espaço’ a ser domesticado. A diferenciação dos corpos e do padrão do adoecimento entre brancos colonizadores e ‘nativos’ enfatizou as diferenças raciais, consubstanciando políticas discriminatórias. Domesticar a doença e o ambiente significa vigiar e domesticar os corpos ‘nativos’, controlar o território e as formas de viver⁴¹. A designação ‘doença tropical’, carrega elementos de colonialidade, pois que indica linhas de continuidade de práticas coloniais.

Ainda que a dimensão do controle e vigilância, próprias do paradigma da saúde pública, se mantenha nos países centrais, a noção de controle válida na esfera da tradicional medicina tropical (colonial) e os seus desdobramentos são de natureza diversa. Um dado manejo de pessoas e ambientes, forjado não dialogicamente, assume protagonismo enquanto modo de operação, sendo incompatível com o princípio da autonomia de indivíduos, coletivos ou mesmo de nação. Essa assimetria geopolítica nos remete às bases do pensamento abissal, no qual para a metrópole

(Norte global) o conceito de vigilância se insere no paradigma autonomia/regulação, enquanto que para a periferia do sistema-mundo⁴² – as zonas tropicais endêmicas (Sul global), o que pode estar em questão é o binômio apropriação/violência – de culturas, conhecimentos e da autonomia dos sujeitos⁴³. Portanto, atentar para colagens discursivas entre termos como ‘negligência’ e ‘doenças tropicais’, fornece meios para pensar criticamente sobre iniciativas globais e suas traduções em políticas nacionais e suas repercussões em vidas humanas.

A noção de negligência tem que ser assumida, não apenas em termos de doenças, mas também de pessoas e seus corpos. São doenças negligenciadas, pois que de pessoas negligenciadas. Reconhecer a verdadeira dimensão da negligência deve pressupor questionar criticamente racionalidades que informam modos de operar políticas que, a despeito de indiscutíveis avanços em termos de saúde pública, mantêm regras e contornos nos marcos da subalternidade e da dependência.

Referências

- Fassin D. *Humanitarian reason: a moral history of the present*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press; 2012.
- Farmer P. *Pathologies and Power – Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 2005.
- Biehl J. *Vita: life in a zone of social abandonment*. London. University of California Press; 2005.
- Brotherton PS, Nguyen VK. Revisiting Local Biology in the Era of Global Health. *Med Anthropol* 2013; 32(4):287-290.
- Nguyen VK. *The Republic of Therapy – triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Durham, London: Duke Univ Press; 2010.
- Morel CM. Inovação em saúde e doenças negligenciadas (Editorial). *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1522-1523.
- Lock M, Nguyen VK. *An anthropology of biomedicine*. West Sussex: Wiley Blackwell; 2010.
- Nunes E. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Cien Saude Colet* 2015; 20(1):139-144.
- Luz MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc* 2009; 18(2):304-311.
- Birman J. A physis da saúde coletiva. *Physis* 1991; 1(1):7-11.
- Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica* 1998; 32(4):299-316.
- Haraway D. Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies* 1988; 14(3):575-599.
- Santos BS. Os processos da globalização. In: Santos BS, organizador. *Globalização: Fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamento; 2001. p. 31-106.
- Santos M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cad IPPUR* 1999; 2:15-26.
- Buss PM, Chamas C, Faid M, Morel C. Desenvolvimento, saúde e política internacional: a dimensão da pesquisa & inovação. *Cad Saude Publica* 2016; 32(Supl. 2):e00046815.
- Morel CM. A pesquisa em Saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Cien Saude Colet* 2004; (9):261-276.
- World Health Organization (WHO). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases - First WHO report on neglected tropical diseases*. Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization (WHO). *Global Health Observatory. Map Gallery*. 2017. [cited 2017 Nov 12]. Available from: <http://gamapsrver.who.int/mapLibrary/app/searchResults.aspx>
- Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, Wasserheit JN; Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. *Lancet* 2009; 373(9679):1993-1995.
- Biehl J. Antropologia no Campo da Saúde Global. *Horizontes Antropológicos* 2011; 17(35):257-296.
- Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus* 2012; 6(2):151-163.
- Sabroza PC, Waltner-Toews D. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. *Cad Saude Publica* 2001; 17(Supl.):4-5.
- Lima-Camara T. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. *Rev Saude Publica* 2016; 50:36.
- Farmer P. *Infection and Inequalities – the modern plagues*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press; 1999.
- World Health Organization (WHO). *National health research systems. Report of an International Workshop*. Geneva: WHO; 2002.
- Medicines Sans Frontieres (MSF). *Fatal imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases*. 2001. [cited 2011 Sep 12]. Available from: http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2001/fatal_imbalance_short.pdf
- World Health Organization (WHO). *Macroeconomics and Health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO; 2001. [Report of the Commission on Macroeconomics and Health].
- World Health Organization (WHO). *Global plan to combat neglected tropical diseases 2008-2015*. Geneva: WHO; 2007
- World Health Organization (WHO). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases - First WHO report on neglected tropical diseases*. Geneva: WHO; 2010.
- World Health Organization (WHO). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases – Update*. Geneva: WHO; 2011.
- World Health Organization (WHO). *Sustaining the Rive to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Second WHO Report on Neglected Tropical Diseases*. Geneva: WHO; 2013.
- World Health Organization (WHO). *Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Third WHO report on neglected diseases*. Geneva: WHO; 2015.
- World Health Organization (WHO). *Integrating Neglected Tropical Diseases in Global Health and Development. Fourth WHO report on neglected tropical diseases*. Geneva: WHO; 2017.
- Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Ed; 2010. p. 84-130.
- Maldonado-Torres N. A topologia do ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Ed; 2010. p. 396-443.
- Santos BS. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Rev Crítica de Ciên Sociais* 2007; 78:3-46.
- The Lancet. An assessment of interaction between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009; 374(9697):1213-1300.
- Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):521-535.

39. Morel CM, Serruya SJ, Penna GO, Guimarães R. Co-authorship Network Analysis: A Powerful Tool for Strategic Planning of Research, Development and Capacity Building Programs on Neglected Diseases. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2009; 3:501.
40. Löwy I. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. História e Saúde collection. SciELO Books*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
41. Anderson W. "Where every prospect pleases and only man is vile": laboratory medicine as colonial discourse. *Critical Inquire* 1992; 18(3):506-529.
42. Wallerstein I. *Análisis de Sistemas-Mundo. Una introducción*. México: Siglo Veintiuno Editores; 2005.
43. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos BS, Menezes MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora; 2010. p. 31-83.

Artigo apresentado em 30/01/2018

Aprovado em 12/03/2018

Versão final apresentada em 04/04/2018