

Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde

Gustavo Corrêa Matta^(a)
Arlinda Barbosa Moreno^(b)

Matta GC, Moreno AB. Global health: an analysis of the relations between the processes of globalization and the use of health indicators. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(48):9-22.

The objective of this paper is to discuss the construction of Global Health, identifying its political and epistemological uses. The rhetorical use of global health indicators and their relations to globalization processes are treated here as analyzers. A bibliographic and documentary research on the subject was performed. The analysis has a critical and constructionist perspective about knowledge production and globalization processes in health, and it is based on the work of the sociologist Boaventura Santos. In spite of the use of the adjective 'global', the study highlights the epistemological and political dispute that is in progress in the relations between globalization and health, and the rhetorical use of global health indicators for the construction of policies for poor and developing countries. It is considered that this strategy aims to influence national healthcare systems in a cross-cultural and colonizing perspective that extinguishes local knowledge and traditions, as well as local modes of subjectivity.

Keywords: World health. Health policy. Globalization. Health indicators.

O objetivo do trabalho é discutir a construção da chamada saúde global, identificando seus usos políticos e epistemológicos. O uso retórico dos indicadores de saúde globais e suas relações com os processos de globalização são tratados como analisadores. Realizou-se pesquisa bibliográfica e documental, cuja análise partiu de uma perspectiva crítica e construcionista da produção de conhecimento e dos processos de globalização na saúde, tendo como referência a obra do sociólogo Boaventura Santos. Apesar do uso do adjetivo global, o trabalho destacou a disputa política e epistemológica em curso nas relações entre globalização e saúde, e o uso retórico de indicadores de saúde globais para a construção de políticas para países pobres e em desenvolvimento. Considerou-se que esta estratégia visa influenciar sistemas nacionais de saúde numa perspectiva transcultural e colonizadora, apagando os saberes, as tradições e modos de subjetivação locais.

Palavras-chave: Saúde global. Política de saúde. Globalização. Indicadores de saúde.

^(a) Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 716, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. gcmatta@ensp.fiocruz.br

^(b) Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. morenoar@fiocruz.br

Introdução

Na última década, saúde global tem sido descrita como uma noção, um conceito, uma política e uma abordagem apropriada, pela academia, por governos e agências internacionais, por epidemiologistas, por militantes da saúde, entre outros, para indicar uma arena (ou, mesmo, um modo de relação político-social) em desenvolvimento¹.

Atualmente, vários são os olhares, os sentidos e os usos do termo saúde global. Partimos de uma perspectiva construcionista da produção do conhecimento e dos processos de globalização em saúde, com base nos trabalhos do sociólogo português Boaventura de Sousa Santos sobre tais processos no mundo contemporâneo.

Defende-se a tese de que há disputas históricas, políticas e epistemológicas em curso nas relações entre globalização e saúde na atualidade. Entre elas, as estratégias de formulação de políticas nesta arena têm sido pautadas pela construção de evidências científicas de caráter transcultural como critério de justificação e intervenção sobre os sistemas nacionais de saúde, sobretudo entre os países pobres e em desenvolvimento.

Este trabalho, que deriva de um conjunto de estudos voltados para o papel dos organismos internacionais nas políticas nacionais de saúde, especialmente as políticas de formação de trabalhadores para atenção primária em saúde^(c), tem como objetivo discutir a construção da chamada saúde global identificando seus usos políticos e epistemológicos, bem como, analisar suas relações com os processos de globalização e o uso de indicadores em saúde.

Para tanto, foi realizada uma análise da literatura e de documentos internacionais, em especial a base de dados PUBMED e de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), tomando como objeto a temática da saúde global, seu histórico, definição e estratégias de intervenção na arena internacional.

^(c) Projeto financiado pelo CNPQ - Inflexões dos Organismos Internacionais sobre a formação de trabalhadores de saúde: um estudo de caso sobre a Organização Mundial da Saúde (2009-2011).

Processos de globalização e produção de conhecimento

O fenômeno da globalização tem sido denominado, por muitos autores, de diversas formas, mas que, recorrentemente, evocam o adjetivo global em suas teorizações: sistema global, cultura global, processo global, saúde global, entre outros. Essa semântica se desenrola no entardecer do século XX e promete, como um destino inexorável, instaurar-se definitivamente no século XXI.

Não partiremos de uma posição monolítica do conceito de globalização. Seguiremos as trilhas abertas pelo sociólogo português Boaventura de Sousa Santos², para discutir alguns temas que servirão de argumentos críticos em nosso trabalho.

Uma revisão dos estudos sobre os processos de globalização mostram que estamos perante um fenômeno multifacetado com dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas interligadas de modo complexo. Por esta razão, as explicações monocausais e as interpretações monolíticas deste fenômeno parecem pouco adequadas².

Com a intensificação dos fluxos internacionais na indústria, no comércio e na cultura, o surgimento de empresas e de organizações transnacionais que detêm a maior parte dos investimentos financeiros no mundo, o desenvolvimento e a disseminação das tecnologias de informação e de comunicação, o aumento do

fluxo de pessoas e mercadorias nos cinco continentes, além do surgimento de novas e precárias formas de organização do trabalho, a redução do papel do Estado-Nação e bem-estar social foram perdendo seus contornos, e novas formas de gestão da política-econômica internacional foram desenvolvidas no contexto capitalista contemporâneo.

A globalização, em seu registro econômico, segundo Santos² e Fiori,³ tem seu marco político no final da década de 1980, durante o Consenso de Washington, do qual faziam parte instituições financeiras de ajuda internacional americanas, como: o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Neste documento, uma série de prescrições foi realizada para a reestruturação econômica da América Latina. O ajuste estrutural monetário era o principal objetivo que devia ser alcançado através: de ajustes fiscais, da redução do papel do Estado na economia, da privatização dos serviços públicos, da liberalização dos investimentos estrangeiros, do direito à propriedade e da redução dos investimentos nas políticas sociais.

Para Santos², essa é a parte mais consensual e hegemônica do fenômeno da globalização. Mas como os processos de globalização não são convergentes e nem se apresentam apenas em sua face econômica, há movimentos, ou, para alguns autores como Castells⁴, repercussões culturais e sociais que são percebidas como efeitos colaterais da globalização econômica.

A aceleração do capitalismo globalizado através de investimentos e de ajustes estruturais nas políticas econômicas dos países periféricos produziu, também, o aumento, em escala jamais vista, da desigualdade econômica e social no mundo. Diversos dados apontam para o fosso existente entre os países mais ricos e a progressiva dessocialização da economia nos países mais pobres.

Esses dados fazem da globalização um fenômeno complexo, sujeito a múltiplos atravessamentos, resistências e processos que vão desde a universalização de políticas, comportamentos e discursos até o reconhecimento das particularidades e singularidades de diversas culturas e etnias.

Boaventura Santos² aponta para três tipos de globalização: a econômica, a política e a cultural. A primeira, já tratada anteriormente, diz respeito à nova ordem econômica mundial, onde os fluxos de capitais e investimentos não obedecem a limites nacionais ou geográficos e são controlados por empresas transnacionais que, através de seus movimentos de injeção ou retirada de investimentos, afetam profundamente a economia dos Estados-Nacionais.

A globalização política, que redefine inteiramente o papel do Estado na regulação econômica e na provisão de políticas sociais, desestatizando instituições, cultua o ideário político da democracia liberal, enxugando as ações do Estado e reestruturando as formas jurídicas para a abertura ao capital estrangeiro e o direito à propriedade.

A globalização cultural é descrita como uma promessa do surgimento de uma cultura global, fundada na universalização de crenças, valores e comportamentos, que seriam potencializados pelo desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação, entre elas a televisão e a internet, e o crescente fluxo migratório de pessoas em todo o mundo, uniformizando o vestuário, a alimentação e as formas de entretenimento. A ciência tem sido uma das formas mais intensas de globalização do conhecimento e das subjetividades, expandindo-se pelo mundo como uma expressão moderna e iluminista da verdade. Neste sentido, o mundo globalizado teria como uma de suas bases retóricas o regime da verdade:

[...] um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados [...] circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. Regime da verdade.⁵

Boaventura² parte da crítica à existência de uma única globalização, sendo ela marcada pelos mecanismos de poder econômico e político do paradigma neoliberal. A maioria dos autores vê uma globalização que se impõe ao mundo e às formas de luta contra ela.

Este fenômeno apresenta contradições, disjunções e formas de organização social tão diversas que vão desde a dicotomia entre local e global até as contradições a respeito do papel do Estado-Nação na adesão/resistência à globalização.

Neste sentido, identificam-se movimentos de globalização hegemônicos e contra-hegemônicos partindo de processos, ao mesmo tempo, distintos e contraditórios.

Na globalização hegemônica, a ciência tem um papel fundamental na justificação e instrumentalização dos dispositivos globais. Ou seja, formas de universalização de conceitos, procedimentos, políticas e comportamentos.

Nos últimos anos, Boaventura Santos² desenvolveu conceitos que corroboram a imbricação entre epistemologia e política, tendo em vista as estratégias de colonização dos saberes e práticas do ocidente sobre o mundo em desenvolvimento. Este processo de colonização gerou o silenciamento dos saberes não reconhecidos como válidos pelo pensamento hegemônico, traço característico da racionalidade científica moderna. Esta separação entre os conhecimentos considerados válidos numa tradição paradigmática dominante e a expressão de conhecimentos construídos em outras tradições, Boaventura denominou linha abissal. De um lado, o pensamento abissal da ciência moderna, de outro, os saberes, práticas e culturas de diversas tradições tratadas como inexistentes, irrelevantes e incompreensíveis. Com a globalização hegemônica, este movimento se radicaliza, capilarizando sua influência em diversos países e culturas, desterritorializando-os.

Em resposta ao pensamento abissal do ocidente desenvolvido, Boaventura Santos⁶ propõe uma ecologia dos saberes como uma defesa da diversidade epistemológica do mundo, reconhecendo suas tradições, suas culturas e suas possibilidades de tradução.

Como ecologia dos saberes, o pensamento pós-abissal tem como premissa a idéia da diversidade epistemológica do mundo, o reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico. Isto implica em renunciar a qualquer epistemologia geral.⁶

Neste sentido, as tensões entre o global e o local têm privilegiado políticas em perspectiva transcultural, promovendo um apagamento das culturas, saberes e práticas locais. Estas distinções são fundamentais para que se compreendam as relações entre globalização e saúde e, mais profundamente, as relações entre ciência, políticas globais e saúde.

Saúde global: disputa na arena internacional

Como descrevemos em outros trabalhos^{1,7}, a definição de Saúde Global permanece em disputa entre os diversos atores e instituições que defendem seu uso acadêmico e político, apresentando diversas definições atreladas às novas necessidades de saúde em todo o planeta, bem como ao entendimento de que essas necessidades e soluções constituem um desafio comum a todos os países.

Entendemos, com base em outros autores^{8,9}, que saúde global é um construto social do campo científico^(d) e político em busca de estabilidade para impor-se como um novo paradigma na arena político-sanitária internacional.

Destacaremos algumas definições encontradas em nossas pesquisas e que representam algumas posições político-epistemológicas a respeito do tema.

Em recente artigo publicado em um periódico de grande circulação internacional, Szlezák et al.¹¹ definiram Saúde Global como um sistema, uma constelação de comunidades, países, organizações governamentais e não governamentais, instituições lucrativas e não lucrativas. A concepção desse sistema pressupõe harmonia, estabilidade e incremento da justiça social e sanitária para

^(d) Entendemos o conceito de campo científico, conforme Bourdieu¹⁰, como uma forma de produção e relação social na busca por reconhecimento, recursos e pelo monopólio do conhecimento.

responder às necessidades de saúde global. Entre elas, prevenção de doenças, equidade no acesso aos serviços de saúde, e provisão de proteção à saúde a todas as pessoas e populações.

A entrada de outros atores institucionais, independentes de instituições tradicionais de apoio e gestão de saúde nacional e internacional, como os ministérios da saúde e como a OMS, tem ampliado as regras e os objetivos das cooperações internacionais, além de produzir arranjos financeiros independentes. Um exemplo desse realinhamento de recursos pode ser encontrado no investimento da Fundação Bill e Melinda Gates nos programas de saúde no ano de 2007, que se iguala ao orçamento anual da OMS naquele ano, cerca de três bilhões de dólares¹¹.

Neste sentido, Saúde Global identificaria um novo arranjo entre atores, Estados-Nacionais e saúde, impulsionado pela produção de “novas necessidades de saúde”, novos atores independentes e novos padrões de regulação e intervenção do Estado.

Entre as necessidades de saúde, seguindo o “exemplo” da redução da mortalidade infantil em todo o mundo, iniciativas para reduzir e controlar outras doenças e riscos à saúde têm sido encorajadas, tais como: doenças não transmissíveis, como câncer, diabetes e transtornos neuropsiquiátricos, bem como a continuidade do acompanhamento de doenças transmissíveis, como a aids, a tuberculose e a influenza. Neste sentido, a globalização econômica colocou um conjunto de desafios para a instituição de novos marcos regulatórios no comércio de bens e serviços em saúde, gerando novos investimentos e influência sobre os estados nacionais. Outro elemento importante para a delimitação das necessidades de saúde globais tem sido a mudança climática e suas repercussões sobre vetores de doenças e seus impactos sobre a segurança alimentar, a água, os desastres ambientais e o crescimento das migrações populacionais.

Em outra perspectiva, Frenk¹² afirma que a saúde possui três atributos com repercussões globais: um elemento-chave para o desenvolvimento econômico sustentável; como segurança global, governança efetiva e promoção de direitos humanos; e fluxo de fundos financeiros que envolvem o setor saúde. A saúde global seria uma estratégia de fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, elemento central para o desenvolvimento do sistema global de saúde e uma estratégia fundamental para o cumprimento dos Objetivos do Milênio^(e) relacionados à saúde. Isto é, a construção de um sistema global de saúde depende do alinhamento dos sistemas nacionais de saúde, a partir do fortalecimento dos atributos destacados.

Segundo Koplan et al.,¹³ “o global na saúde global se refere ao escopo dos problemas, não à sua localização”. Portanto há necessidade da construção de um critério para localizar as prioridades em saúde global como, por exemplo, a construção de indicadores como os de carga global de doença.

Para além do seu uso retórico, o fenômeno político saúde global representa a construção de uma nova agenda para a saúde do mundo. As lutas e as discussões sobre política de saúde internacional deixam o território geográfico de países e regiões, e procuram impor uma “transterritorialidade” às demandas, às avaliações e aos procedimentos. Discussões sobre atenção primária, controle de doenças, avaliação de sistemas de saúde passam a constituir um painel para planejamento e ações globais, baseado na interdependência econômica e tecnológica dos estados-nacionais.

O título de um relatório do Instituto das Academias Nacionais de Medicina dos Estados Unidos ilustra bem os usos que essa noção incita na construção de oportunidades e estratégias no cenário sanitário hegemônico: “Os interesses vitais da América na Saúde Global: Protegendo nosso povo, fortalecendo nossa economia e propagando nossos interesses internacionais”¹⁴.

Neste relatório, a globalização é descrita ao mesmo tempo como uma ameaça para o povo americano, derivada da expansão dos fluxos migratórios internacionais

^(e) Em 2000, a ONU – Organização das Nações Unidas, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito objetivos do milênio – ODM, que, no Brasil, são chamados de oito jeitos de mudar o mundo, são eles: acabar com a fome e a miséria; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a aids, a malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. (<http://www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/>)

que podem deflagrar doenças de alto poder epidêmico, e como uma oportunidade de expandir comercialmente e cientificamente a influência americana sobre as tecnologias de saúde globais.

Saúde global apresenta, também, contradições próprias da complexidade dos processos de globalização. Ou seja, por um lado, apresenta sua face hegemônica e, por outro, uma posição de luta contra-hegemônica partindo da capacidade de novas estratégias políticas e emancipatórias.

Em outra parte do globo, em Bangladesh, teve lugar a I Assembléia da Saúde dos Povos em 2000, organizada a partir de um movimento popular, o *People's Health Movement*, do qual fazem parte representantes de países em desenvolvimento, de organizações não governamentais e de associações de profissionais de saúde que reivindicam: uma ação ampla de atenção primária em todo o mundo, maior participação popular nas tomadas de decisão sobre saúde, a saúde pública e gratuita a todos os povos, e a monitoração das atividades de empresas e organizações transnacionais no mercado e nas políticas de saúde¹⁵.

Essas e outras iniciativas demonstram claramente o caráter plural da saúde global, que qualquer definição apressada reduziria à diversidade dos interesses e das lutas que estão em jogo nas políticas de saúde global.

Neste sentido, diversos interesses estão em jogo no cenário sanitário internacional: desde o problema da propriedade de patentes até a expansão de grandes companhias de seguros-saúde privados nos países em desenvolvimento. A ampliação e a proteção mútua de grandes interesses econômicos internacionais lutam em bloco para influir nos modelos nacionais de saúde.

Essas e outras iniciativas têm como objetivo central orientar e influir nos sistemas nacionais de saúde, sobretudo mediante ferramentas de informação e de comunicação, para reunir dados sobre saúde em todo o mundo e organizar protocolos internacionais e locais para atender as demandas dos diversos países.

O Conselho trabalha para assegurar que todos aqueles que lutam para a melhoria e equidade em saúde global tenham as informações e os recursos necessários para prosperar.¹⁶

Saúde global, portanto, indica a construção de novas estratégias – políticas e epistemológicas – de gerenciar, negociar e ofertar ideias na arena internacional, excluindo a dimensão dos estados-nacionais ao impor a interdependência dos mesmos a partir dos imperativos das necessidades “globais”. Nesse novo tipo de negociação, os sistemas de saúde, os indicadores e informações que estes propiciam, o meio ambiente, a capacitação para o trabalho em saúde, o acesso a serviços e a insumos, e outros itens são como “produtos” voltados para a expansão da economia e dos mercados, para as estratégias de defesa nacionais contra as epidemias que povoam os países pobres e ameaçam a expansão das indústrias da saúde e a segurança do mundo desenvolvido.

Na tentativa de organizar alguns usos da saúde global na literatura investigada, identificamos três de seus sentidos predominantes nas formas de globalização hegemônica, presentes nas estratégias políticas de organismos internacionais:

1 Um sistema transnacional de saúde, que identifica necessidades/prioridades em saúde, dispõe de um conjunto de atores e investidores independentes para ajudar e fortalecer os sistemas nacionais de saúde;

2 Um novo marco regulatório nas relações entre mercado e saúde, envolvendo bens, insumos e serviços de saúde;

3 A identificação de problemas de saúde, independente de sua localização territorial/nacional, que devem ser avaliados de forma transnacional, por meio da construção/aplicação de indicadores demográficos, econômicos e epidemiológicos.

Este último sentido de saúde global será desenvolvido por meio de uma análise da construção e do uso dos indicadores de saúde transnacionais, tendo em vista a estratégia retórica^(f) para oferta de ideias¹⁸ que tem, inclusive, conduzido à formulação de políticas baseadas em evidências.

⁽⁶⁾ Temos utilizado em nossas pesquisas a perspectiva aberta por Chaim Perelman¹⁷ sobre a teoria da argumentação, ou Nova Retórica, para analisar políticas através da identificação das estratégias de argumentação empreendidas pelos atores sociais e institucionais presentes em documentos, discursos e outros materiais. Boaventura Santos^{2,6} também tem se utilizado destas contribuições para discutir a produção e difusão do conhecimento científico.

Indicadores de saúde global: da indicação à determinação

Defendemos que o termo indicador pode ser definido como uma medida-síntese produzida a partir de informações capturadas em sistemas de informações em saúde (em geral, informatizados), e que estes têm como finalidade: promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação de ações estratégicas em saúde ao longo do tempo, bem como avaliar e fornecer novas informações sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e, também, sobre a performance dos sistemas de saúde como um todo.

Na literatura, encontram-se, comumente, duas formas de referência aos indicadores de saúde produzidos: quanto à finalidade (indicadores de eficiência, de eficácia e de efetividade) e quanto ao conteúdo (demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos, cobertura etc.). É fato que, com esta abrangência, dada a sedução reducionista de homogeneização, bem como seu uso na política, essa categorização imputa, aos indicadores, um grande poder de utilidade e resolutividade para diversas questões da saúde.

Mas, não é possível abrir mão do fato de que estes são uma indicação, e não uma determinação. No Brasil, segundo a Ripsa – Rede Interagencial de Informação para a Saúde, um conjunto de indicadores de saúde tem como propósito produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, inclusive documentando as desigualdades em saúde¹⁹. Porém, é importante, desde já, enfatizar, uma vez mais, que indicar não é determinar, e que tampouco evidência significa, exclusivamente, verdade. Aliás, para este segundo termo, vale lembrar que um de seus significados é, justamente, indício, indicação da existência de algo.

Fleming et al.²⁰, apesar de coadunados com a ideia de que os indicadores em saúde se propõem à produção de evidências – ou, em seu uso retórico, “produção de verdades” –, ao tratarem da contribuição que os cuidados primários em saúde promovem para o monitoramento de redes de práticas sentinelas, aproximando a possibilidade de detecção de desigualdades em saúde por meio do uso de indicadores relacionados aos objetivos desenhados na Agenda 21⁽⁶⁾, ainda assim (cuidadosamente) ressaltam que:

Enfocar questões relacionadas às iniquidades em saúde, garantia da qualidade em cuidados primários e políticas baseadas em evidências para intervenções em saúde, envolve obter **informações apropriadas** para quantificar essas questões.²⁰ [grifo nosso]

Deckers et al.²¹ assinalam, de maneira enfática, o uso de indicadores na atenção primária à saúde, destacando a saúde como a maior preocupação de autoridades e de governos nacionais, bem como as várias fontes de dados que podem trazer à baila as condições de saúde e de doença da população. Mas, não deixam de assinalar, também, que é compreensível que ocorra não só a inexistência de fontes de dados, como, também, limitações e especificidades nas fontes existentes.

De forma semelhante, Murnaghan²² assinala a importância dos indicadores em saúde para a consecução de estudos transculturais, muito utilizados nas políticas e pesquisas de saúde global:

... indicadores de saúde são uma maneira excelente de promover comparabilidade estatística dentro e entre sistemas de cuidados em saúde. **Sem alguma consistência e padronização em muitas**

⁽⁶⁾ Agenda 21 é um plano de ação abrangente, para ser executado de forma global, nacional e local por organizações pertencentes às Nações Unidas, governantes e grupos influentes, em cada área na qual a ação humana impacte o meio ambiente. (<http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/>)

ferramentas básicas de mensuração, não há como examinar diferenças e similaridades e saber se ocorreram ou não mudanças.²² [grifo nosso]

Observe-se, também, que os indicadores são resultado da composição de um conjunto de dados que foram coletados em algum momento e que são partes integrantes do mesmo. O que se quer ressaltar com essa afirmativa que parece óbvia é que, para que se componha um determinado indicador, em boa parte das vezes, há que se ter, pelo menos, dois conjuntos de dados (variáveis) válidos e consistentes.

Dessa maneira, cabe ressaltar as inúmeras diferenças que podem ocorrer na forma como conceitos – aparentemente corriqueiros – são definidos e mensurados em diferentes países, regiões ou contextos. Ou, em outras palavras, lembrar que as concepções, mensurações e/ou coletas de dados, nos mais variados lugares e espaços, não se realizam de maneira padronizada, havendo não só diferenças entre regiões de um mesmo país, como também, e sobretudo, entre países. Aliás, deve-se questionar, de forma pragmática, não só estes aspectos como também a pertinência, utilidade e custos envolvidos na coleta de determinados dados em nível nacional. Afinal, isto inclui investimento e *expertise* por parte dos governos e gestores de saúde em todo o mundo, além de responder às perguntas formuladas localmente, e não globalmente.

Como se não bastassem todas essas observações em relação à construção desses indicadores, não é possível deixar de lado o ferramental envolvido na composição dessas bases de dados em saúde. Para sermos econômicos, destaque-se, minimamente, a extremamente comum incompatibilidade entre sistemas informatizados (e *softwares*) utilizados na migração de dados (ausência de interoperabilidade), bem como as diferenças de formatação das variáveis utilizadas em cada uma das bases.

Por todo o exposto, parece que a ampliação do uso de indicadores de saúde ao redor do mundo é inexorável. Todavia, também é visível a mensagem subjacente que acima se destacou: esses indicadores devem ter como premissas básicas, minimamente, comparabilidade e consistência. E são inúmeras as dificuldades elencadas para a consecução da captura/produção destes de forma transcultural.

A despeito de todas as considerações acima delineadas, são incontestes os esforços realizados para a composição, estruturação e delimitação de Indicadores de Saúde Globais, induzidos, portanto, pelos processos de globalização.

Estes esforços, dependentes de premissas que exigem alto grau de confiança nos aspectos acima relacionados, todavia, parecem primar muito mais pela cientificação, através de suas assertivas, achados e determinações, do que pelo acúmulo e complementaridade entre diversos saberes. Por exemplo, achados de experiências localizadas ou de *surveys* isolados raramente são utilizados como base de apoio para a gestão em saúde ou, mesmo, para a promoção (ou formulação) de políticas.

Interessante mencionar que não se trata aqui de desconstruir ou demonizar o uso de indicadores de saúde. Mas, isto sim, de alertar para a possibilidade de incorporação, nesta arena da saúde, de diversos outros saberes e experiências legítimos e de igual magnitude e importância.

Para se ter, em continuidade, uma ideia do que se quer aqui mencionar como confiança absoluta no que os indicadores determinam (ao invés de indicar), destaque-se o conjunto de características elencadas por Larson e Mercer²³, para selecionar indicadores de saúde globais:

- a) Quanto à definição: O indicador deve ser bem definido, e a definição deve ser uniformemente aplicada internacionalmente.
- b) Quanto à validade: O indicador deve ser válido (deve realmente medir aquilo a que se propôs medir), ter confiabilidade (ser replicável e consistente entre os cenários) e facilmente interpretável.
- c) Quanto à viabilidade: A reunião das informações necessárias deve ser tecnologicamente viável e acessível, e não deve sobrecarregar o sistema.
- d) Quanto à utilidade: O indicador deve fornecer informações que sejam úteis para os gestores e que possam ser colocadas em prática em diversos níveis (local, nacional e internacional).

Esses autores destacam, também, que os indicadores de saúde globais utilizados nos países em desenvolvimento estão voltados, em sua maioria, para morbidade e mortalidade ou fatores de risco para ambos, enquanto, nos países desenvolvidos, a maior parte deles reflete estilos de vida e do comportamento individual, tais como: o exercício físico, tabagismo, dieta, substância e abuso de álcool ou de substâncias nocivas à saúde.

Isto delinea, de modo bastante contundente, a forma como a apropriação dos indicadores como “determinantes” na tomada de decisão para o desenho de modelos de gestão ou para a formulação de políticas ou, mesmo, para a elaboração de sistemas nacionais de saúde é frágil.

Neste ponto, vale destacar a observação feita na contracapa do “World Health Statistics 2011 – Indicator Compendium”, publicação que reúne as diretrizes metodológicas para a composição de um elenco de mais de cem indicadores de saúde globais, disponível no site da OMS, cuja livre tradução é:

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a Organização Mundial da Saúde será responsável por danos decorrentes de seu uso.²⁴

Ou seja, parece que, mesmo organismos internacionais alinhados com uma forma de globalização hegemônica, expressam alguma ambiguidade em relação à utilização transnacional de indicadores.

E não são poucos os espaços onde se proliferam propostas de agregação de dados e de fornecimento de indicadores de saúde. Apenas para exemplificar alguns deles, tem-se: World Health Organization (WHO); Global Health Council; United Nations Children’s Fund (UNICEF); US Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health; United Nations Development Programme (UNDP); Save the Children; e Statistics Canada.

Neste texto, vale destacar o Sistema de Informações Estatísticas da OMS – Organização Mundial da Saúde (WHOSIS), para que se tenha alguma ideia da abrangência que os organismos internacionais pretendem imputar aos indicadores de saúde globais. O WHOSIS, segundo o *site* da OMS, é uma base interativa que reúne estatísticas sanitárias básicas de seus 193 Estados Membros, e possui um elenco de mais de 100 indicadores que podem ser consultados de várias formas (busca rápida, por categorias, ou por critérios definidos pelos usuários). Além disso, os dados podem ser selecionados, visualizados graficamente ou baixados no computador do usuário²⁵.

Esse sistema foi incorporado ao *Global Health Observatory*²⁶, Observatório de Saúde Global da OMS, que tem como objetivo disponibilizar, aos usuários, dados, ferramentas, análises e relatórios sobre saúde global, sendo composto, basicamente, por: um repositório de dados, relatórios, estatísticas por países, galeria de mapas e padrões de registros de indicadores.

As justificativas da OMS para a inclusão de um indicador nas Estatísticas Mundial de Saúde são:

- a) sua relevância para a saúde pública;
- b) a qualidade e disponibilidade dos dados;
- c) a confiabilidade e a comparabilidade das estimativas resultantes.

Dessa forma, o elenco de indicadores selecionados deve fornecer um sumário abrangente do estado atual de saúde e dos sistemas nacionais de saúde em nove áreas (expectativa de vida e mortalidade; morbidade e mortalidade por causas específicas; doenças infecciosas; cobertura dos serviços de saúde; fatores de risco; força de trabalho, infraestrutura e medicamentos essenciais; gastos em saúde; iniquidades em saúde; e estatísticas demográficas e econômicas)²⁷.

Vale, aqui, destacar mais uma advertência da OMS em relação aos dados que disponibiliza:

Em muitos países, estatísticas e sistemas de informações são frágeis e dados empíricos ocultos podem não estar disponíveis ou serem de má qualidade. Muitos esforços tem sido feitos para assegurar o melhor uso possível de dados relatados por países, sendo necessários, por vezes, alguns ajustes para lidar com dados faltantes, corrigir vieses de conhecimento e maximizar a comparabilidade das estatísticas entre países ao longo do

tempo. Além disso, técnicas e modelagens estatísticas têm sido utilizadas para preencher essas falhas.

Por causa da fragilidade dos dados empíricos ocultos em muitos países, uma quantidade de indicadores está associada a uma significativa incerteza.²⁶

De uma maneira geral, pode-se afirmar que advertências como estas acima não só denotam a incapacidade tecnológica atual para capturar e construir adequadamente indicadores de saúde globais, como, também, denunciam a intencionalidade dos organismos internacionais de influir na construção de saberes compartilhados, quando dispensam deliberadamente informações oriundas de dados empíricos – acima chamados de ocultos – mas que poderiam expressar experiências locais indispensáveis para a compreensão do estado de saúde de uma dada população.

A partir da criação destes indicadores, é posta em prática uma operação retórica na tentativa de persuadir a comunidade sanitária internacional e potenciais doadores, das demandas e necessidades de saúde no mundo. Neste sentido, o uso de gráficos, tabelas e mapas é fundamental como um dispositivo de avaliação e conformação de necessidades. O conhecimento científico é empregado em sua versão regulatória e colonizadora, num franco delineamento do pensamento abissal que identifica, de um lado, conhecimentos, indicadores, avaliações e ranqueamento de necessidades de saúde, perfis de trabalhadores e sistemas nacionais de saúde; e, de outro, as especificidades, os atores, as políticas locais e suas culturas, todas desterritorializadas, mensuradas e hierarquizadas, tomando como parâmetro o pensamento ocidental hegemônico.

O mapa a seguir exemplifica esse processo de construção epistemológico e político que se inicia na construção de indicadores e culmina na formulação de políticas de saúde global (Figura 1).

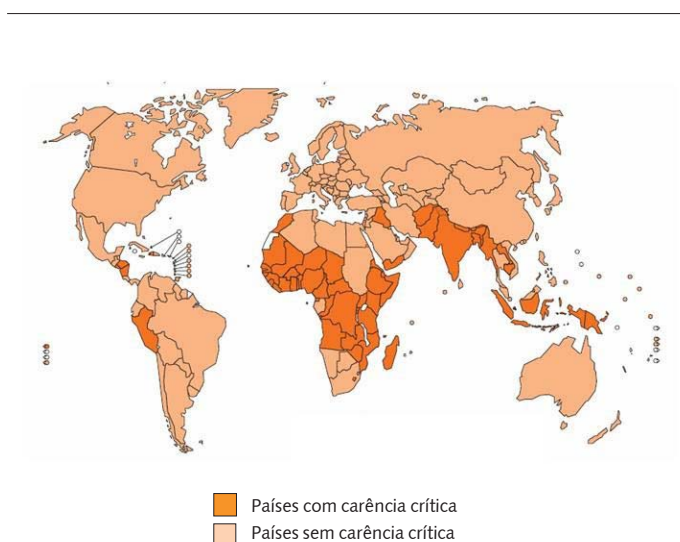


Figura 1. Países com carência crítica de provedores de saúde (médicos, enfermeira e parteiras)

Fonte: World Health Organization. Global Atlas of the Health Workforce (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>) WHO²⁸.

O mapa da Figura 1, que trata da distribuição da força de trabalho em saúde nos países a partir de um indicador de densidade, demonstra o alcance e a metodologia empreendida pelas propostas e políticas de saúde global. Utilizando o mapa do globo terrestre como um mapa de avaliação de necessidades – independente da abrangência dos sistemas de saúde (universais ou não), das composições e funções dos trabalhadores de saúde que visam dar respostas às necessidades de saúde, do alcance e do acesso do sistema, do regime público ou privado de trabalho – sugere-se um sistema homogêneo de distribuição de força de trabalho em saúde ao redor do mundo, identificando fragilidades e necessidades de investimento. Esta ilustração configura-se, assim, como um instrumento eficaz para a indução de ações homogeneizadas e políticas que consideram indicadores transculturais não alinhados às necessidades locais. Figuras como essa foram frequentemente encontradas nos documentos pesquisados para este trabalho, sendo típicas, portanto, das estratégias de argumentação escolhidas pelos organismos internacionais.

Não se trata de desmerecer o esforço de valoração do lugar dos trabalhadores nos sistemas nacionais de saúde, mas, diferentemente, identificar sua diversidade política, social, econômica e cultural, sem tratá-los como semelhantes. As medidas utilizadas em saúde global intentam produzir uma percepção de objetivos, meios e resultados comuns, pressupondo harmonia e ausência de conflitos, despolitizando suas formas de luta e inserção social, notadamente nas relações de trabalho e nas iniquidades sociais em saúde.

No caso do Brasil, por exemplo, todos os esforços investigativos locais apontam desigualdades e iniquidades na distribuição e conformação da força de trabalho em saúde, indicação esta que não pode ser capturada na figura em questão, uma vez que sua construção é fundamentada em perspectiva universalizante e transcultural²⁹.

Considerações finais

As contribuições de Boaventura de Sousa Santos^{2,6} para o debate sobre a constituição e estratégias de legitimação da saúde global apontam a complexidade do processo em curso, envolvendo construção do conhecimento, política e direito à saúde.

Os diferentes usos da saúde global nas políticas de saúde internacionais tentam circunscrever um conjunto de necessidades/problemas de saúde que se impõem aos Estados-nacionais e que são intermediados pelo uso que recorre ao imaginário científico de indicadores transculturais. Esse processo reproduz as formas de globalização hegemônica, conforme descreve Boaventura Santos², como o registro da regulação, numa perspectiva colonizadora, silenciando os saberes, as tradições e os modos de subjetivação locais.

As estratégias de expansão tecnológica e científica objetivam desregular os mercados e os mecanismos de proteção dos sistemas nacionais de saúde, abrindo espaço para os interesses e investimentos das indústrias farmacêuticas, dos planos de saúde e das diversas formas de parceria público-privadas que estão em jogo nas propostas de gestão e regulação nos países atualmente.

Parece claro, ao se pesquisarem os documentos e literatura dos organismos internacionais, como a OMS, que a pauta do direito à saúde é uma prioridade das políticas globais em saúde, mas, neste sentido, direito é sinônimo de acesso, no qual o papel dos estados-nacionais é regular e assegurar o acesso público ou privado às ações, serviços e insumos em saúde.

Temas paradigmáticos das reformas sanitárias dos anos 1970, que visavam à redução das desigualdades sociais em saúde, deixam o território das políticas de proteção social dos Estados-nacionais e surgem desterritorializadas no século XXI, através de políticas que devem promover a equidade em saúde, por meio de ações de monitoramento e controle de doenças no mundo.

O conhecimento abissal, descrito por Boaventura Santos⁶, assume, na Saúde Global, matizes fortemente marcados pelo conhecimento biomédico ocidental e pelas estratégias de governo global esquadrihadas por indicadores transculturais de saúde. Tanto na forma de construção desses indicadores quanto na sua apropriação retórica – pelas políticas de saúde global – há mecanismos que visam homogeneizar dados, metodologias e alcances que descaracterizam suas origens locais e especificidades territoriais.

A análise dos indicadores de saúde global parte de duas dimensões que, apesar de constituírem dispositivos associados politicamente, conformam comunidades epistêmicas e sociais distintas. Uma dirigida à comunidade de especialistas que compartilham valores, regras e tecnologias para a construção e legitimidade dos indicadores, e outra que parte do uso retórico/argumentativo que os organismos internacionais, governos e outras instituições e atores políticos utilizam para influir na adoção de políticas, programas e ações de saúde.

Não queremos, portanto, dizer que os indicadores são mera construção retórica, mas que seu uso tem também o objetivo de persuadir, mediar e intervir numa arena onde a disputa sobre a direcionalidade, o foco e o financiamento das políticas é muito intensa. Neste sentido, consideramos a construção e uso dos indicadores de saúde na política uma prática social onde sua suposta neutralidade é mais uma estratégia de persuadir as comunidades que trazem, em sua trajetória, os valores do imaginário técnico-científico da modernidade.

Estes processos trazem à tona a necessidade de responder aos imperativos globais, buscando identificar, nas singularidades das lutas nacionais, formas, modos e estratégias de tradução que possibilitem uma ecologia dos saberes, redescrivendo e atualizando as lutas populares pelo direito à saúde.

A produção compartilhada de conhecimento, o estabelecimento de redes de trabalhadores e usuários de sistemas de saúde, o compartilhamento de experiências fundadas na biomedicina e em outras tradições e formas de cuidado socialmente reconhecidas são iniciativas vigorosas para a construção de projetos de globalização contra-hegemônicos.

Para finalizar, a citação abaixo representa, de maneira clara, os desafios e a possibilidade de caminhos epistemológicos e políticos da saúde global:

Na perspectiva das epistemologias abissais do Norte global, o policiamento das fronteiras do conhecimento relevante é de longe mais decisivo do que as discussões sobre diferenças internas. Como consequência, um epistemicídio maciço tem vindo a decorrer nos últimos cinco séculos, e uma riqueza imensa de experiências cognitivas tem vindo a ser desperdiçadas. Para recuperar algumas destas experiências, a ecologia de saberes recorre ao seu atributo pós-abissal mais característico, a tradução intercultural. Embebidas em diferentes culturas ocidentais e não-ocidentais, estas experiências não só usam linguagens diferentes, mas também distintas categorias, diferentes universos simbólicos e aspirações a uma vida melhor.⁶

Colaboradores

Os autores Gustavo Corrêa Matta e Arlinda Barbosa Moreno participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Matta GC. Processos de globalização e saúde: uma leitura a partir da obra de Boaventura de Sousa Santos. In: Reis JRF, Gomes CR, organizadores. *Temas do Ensino Médio: política, ciência e cultura*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2010. p. 181-97.
2. Santos BS. Os processos da globalização. In: Santos BS, organizador. *Globalização: fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamento; 2001. p. 31-106.
3. Fiori JL. *Em busca do dissenso perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: Insight; 1995.
4. Castells M. *A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
5. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
6. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez; 2010. p. 31-83.
7. Matta GC. *A medida política da vida: a invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
8. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 2003.
9. Spink MJ, organizadora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo: Cortez; 2004.
10. Bourdieu, P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática; 1994. p.122-55.
11. Szlezák NA, Bloom BR, Jamison DT, Keusch GT, Michaud CM, Moon S, et al. The global health system: actors, norms, and expectations in transition. *PLoS Med*. 2010; 7(1):e1000183. doi:10.1371/journal.pmed.1000183.
12. Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med*. 2010; (1):e1000089. doi:10.1371/journal.pmed.1000089.
13. Koplan JP, Bond C, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2008; 373(9679):1993-5.
14. Institute of Medicine. *America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests [Internet]*. Washington, D.C: National Academy Press; 1997 [acesso 2005 Jan 24]. Disponível em: <http://www.nap.edu/readingroom/books/avi/>
15. People's Health Movement [internet]. *Asamblea de la salud delos pueblos (ASP) – Salud en la era de la globalización: de víctimas a protagonistas – un documento de discusión preparado por el grupo de trabajo de la Asamblea de la Salud de los Pueblos*. [acesso 2005 Jan 30]. Disponível em: <http://www.phmovement.org>
16. Global Health Workforce Alliance [Internet]. *Global Health Concil. Member profile* [acesso 2013 Nov 11]. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/ghc/en/index.html
17. Perelman C, Olbrechts-Tyteca L. *Teoria da argumentação: a nova retórica*. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
18. Mattos, RA. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):377-89.
19. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, DF: Opas; 2002.

20. Fleming DM, Schellevis FG, Paget WJ. Health monitoring in sentinel practice networks. The contribution of primary care. *Eur J Public Health*. 2003; 13(3):80-4.
21. Deckers JGM, Paget WJ, Schellevis FG, Fleming DM. European primary care surveillance networks: their structure and operation. *Fam Pract*. 2006; 23(2):151-8.
22. Murnaghan JH. Health indicators and information systems for the year 2000. *Annu Rev Public Health*. 1981; (2):299-361.
23. Larson C, Mercer A. Global health indicators: an overview. *CMAJ*. 2004; 171(10):1199-200.
24. World Health Organization [Internet]. World Health Statistics 2011. Indicator compendium [acesso 2013 Jul 11]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2011_IndicatorCompendium.pdf
25. World Health Organization [Internet]. Statistical Information System (WHOSIS) 2011. [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/indicators/en/>
26. World Health Organization [Internet]. World Health Statistics 2011. [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf
27. Almeida ARM, Vieira M, Moreno AB, Candeias M. Inequalities in the Brazilian technical health workforce. In: World Health Organization. Human resources for health observer. Geneva: WHO Press; 2010.
28. World Health Organization. World Health Report 2006. Working together for health. Geneve; 2006.
29. World Health Organization [Internet]. Global health observatory 2011. [acesso 2011 Jul 11]. Disponível em: <http://www.who.int/gho/en/>

Matta GC, Moreno AB. Salud global: un análisis sobre las relaciones entre los procesos de globalización y el uso de los indicadores de salud. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):9-22.

El objetivo del trabajo es discutir la construcción de la denominada salud global, identificando sus usos políticos y epistemológicos. El uso retórico de los indicadores de salud globales y sus relaciones con los procesos de globalización se tratan como analizadores. Se realizó un estudio bibliográfico y documental, cuyo análisis partió de una perspectiva crítica y constructora de la producción de conocimiento y de los procesos de globalización en salud, teniendo como referencia la obra del sociólogo Boaventura Santos. A pesar del uso del adjetivo global, el trabajo subrayó la disputa política y epistemológica en curso en las relaciones entre globalización y salud y el uso retórico de indicadores de salud globales para la construcción de políticas para países pobres y en desarrollo. Se consideró que esta estrategia tiene el objetivo de influenciar los sistemas nacionales de salud bajo una perspectiva transcultural y colonizadora, apagando los saberes, las tradiciones y los modos de subjetivación locales.

Palabras-clave: Salud mundial. Política de salud. Globalización. Indicadores de salud.

Recebido em 10/06/13. Aprovado em 24/10/13.