

Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Outubro-Dezembro, 2018  
ISSN 2175-3709

## **Camilo Darsie de Souza**

Doutor em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS). Professor do Departamento de História e Geografia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGEDU/UNISC). [camilodarsie@unisc.br](mailto:camilodarsie@unisc.br)

## **Douglas Luís Weber**

Mestre em Educação Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (PPGEDU/UNISC). Professor do Colégio Marista São Luís, em Santa Cruz do Sul, RS. [douglasluis94@hotmail.com](mailto:douglasluis94@hotmail.com)

## **Mateus Aparecido de Faria**

Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Técnico-Administrativo em Educação na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). [mateusfaria18@gmail.com](mailto:mateusfaria18@gmail.com)

## **Cristianne Maria Famer Rocha**

Doutora em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGEDU/UFRGS). Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). [cristianne.rocha@ufrgs.br](mailto:cristianne.rocha@ufrgs.br)

Artigo recebido em:

28/09/2018

Artigo publicado em:

28/11/2018

Camilo Darsie de Souza  
Douglas Luís Weber  
Mateus Aparecido de Faria  
Cristianne Maria Famer Rocha

## COOPERAÇÃO E CONTRAPARTIDAS NAS AÇÕES DA OMS: NOTAS SOBRE A GEOPOLÍTICA DA SAÚDE GLOBAL

Cooperation and counterparts in WHO actions: notes on global health geopolitics

Cooperación y contrapartida en las acciones de la OMS: notas sobre geopolítica de la salud global

### RESUMO

Este ensaio visa, a partir de documentos oficiais e literatura especializada, analisar o desempenho da OMS desde sua origem e seu papel em questões relacionadas à saúde global, destacando a dinâmica da cooperação-contrapartida. Essa dinâmica é resultado da complexificação das relações internacionais, envolvendo Estados membros, atores não estatais e agências de desenvolvimento, a fim de não apenas seguir as diretrizes da OMS, mas também incentivá-los a priorizar certos projetos globais de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Global, Cooperação Internacional, Saúde Pública, OMS.

### RESUMEN

Este ensayo pretende, a partir de documentos oficiales y de la literatura especializada, analizar la actuación de la OMS desde su origen y su papel en los asuntos relacionados con la salud global, destacando la dinámica de cooperación-contrapartida. Tal dinámica es el resultado de la complejidad de las relaciones internacionales, involucrando a los Estados miembros, a los actores no estatales y agencias de fomento, en el sentido de no sólo seguir determinaciones de la OMS, sino también de instigarla a priorizar ciertos proyectos de salud global.

**Palabras-clave:** Salud Global, Cooperación Internacional, Salud Pública, OMS.

### ABSTRACT

This essay aims, from official documents and specialized literature, to analyze the performance of WHO since its origin and its role in matters related to global health, highlighting the dynamics of cooperation-counterpart. This dynamic is a result of the complexification of international relations, involving member States, non-state actors and development agencies, in order not

only to follow WHO guidelines but also to encourage them to prioritize certain global health projects.

**Keywords:** Global Health, International Cooperation, Public Health, WHO.

## INTRODUÇÃO

Este ensaio visa, a partir de documentos oficiais e da literatura especializada, analisar a atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e seu papel nos assuntos ligados à saúde global, destacando a dinâmica que aqui denominamos de cooperação-contrapartida. Assim, nas seções que se seguem, abordamos questões sobre suas diretrizes e as relações com a saúde global.

A OMS tem sido peça fundamental no que se refere às discussões que envolvem a saúde global, pois as informações e práticas produzidas por seus especialistas são consideradas relevantes e respeitáveis, já que é bastante comum serem apresentadas em trabalhos científicos, em campanhas de saúde e em outras diversas situações. Ademais, seus preceitos ajudam a constituir modos de vida que se articulam às demandas de um mundo cada vez mais interconectado pelo processo de globalização.

No entanto, antes de partirmos para tais questões, mais atuais, recorreremos aos acontecimentos do passado, que oportunizaram a criação da lógica de controle da saúde em escala internacional e a fundação da OMS, com o objetivo de demonstrar que as transformações relativas à saúde não devem estar associadas a acontecimentos

unilaterais, ou seja, a fatos estritamente relacionados às ações promovidas pela organização. Certamente ela desempenha um papel importantíssimo nesse sentido, especialmente, nas últimas seis décadas, porém, isso só é possível em decorrência de necessidades que garantiram e garantem as condições políticas, culturais e sociais para a sua emergência e para o estabelecimento e manutenção de seu prestígio.

### Contingências históricas acerca da regulação da saúde em nível internacional e a fundação da OMS

De acordo com a OMS (WHO, 2007a), acordos de cooperação internacional relacionados à saúde começaram a ser feitos a partir da Primeira Conferência Sanitária Internacional, ocorrida em Paris, em 23 de julho de 1851. Os objetivos dessa Conferência foram direcionados, especificamente, à redução dos prejuízos financeiros causados pelos períodos de quarentena aos quais eram submetidos os navios que aportavam com mercadorias e passageiros em diferentes cidades europeias (JACKSON, 2011).

Anos depois, em 1892, essas discussões originaram as primeiras normas internacionais ligadas à saúde por meio



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Outubro-Dezembro, 2018  
ISSN 2175-3709

da Sétima Conferência Sanitária Internacional. Outras duas reuniões, voltadas à resolução dos problemas que envolviam doenças, cidades portuárias e economias nacionais foram organizadas nos dois anos que se seguiram. Em 1897, em Veneza, mais uma convenção ligada ao tema foi realizada e, partindo dos documentos elaborados até então, em 1903, foi oficializada a Primeira Convenção Sanitária Internacional. Nesta ocasião, foi apontada a necessidade de ser criada uma agência de saúde internacional, permanente, ligada aos países europeus, pois se pretendia seguir o exemplo das repúblicas americanas que já haviam estabelecido, um ano antes, tratados e agências sanitárias de abrangência internacional (WHO, 2007a).

Assim, no ano de 1907, foi inaugurado o Instituto Internacional de Higiene Pública, localizado em Paris, França. O Instituto contava com uma Comissão Permanente, formada por funcionários dos setores de saúde pública de diversos países. Essa comissão passou a se reunir, desde 1908, duas vezes por ano, com o intuito de encontrar soluções alternativas – e mais abrangentes – ao bloqueio de navios nos portos. Porém, antes dessas questões serem resolvidas, a Primeira Guerra Mundial interrompeu os trabalhos (WHO, 2007a).

Jackson (2011) aponta que a necessidade de estabelecimento de estratégias sanitárias mais complexas e o surgimento do Instituto Internacional de Higiene Pública estavam ligados a dois fatores princi-

pais. O primeiro era relacionado aos processos econômicos e ao provimento de produtos para diferentes cidades, pois os períodos de quarentena ocasionavam grandes prejuízos. Essa situação, de acordo com Ujvari (2003), ocasionava ou potencializava, entre outras questões, desentendimentos e, até mesmo, conflitos armados entre diferentes cidades e países.

O segundo motivo, destacado por Jackson (2011), refere-se à tensão que envolvia as populações em relação aos casos de adoecimento propriamente ditos, pois emergia uma espécie de pressão popular acerca das necessidades ligadas à criação e à operacionalização de medidas mais eficazes que assegurassem a vida e a saúde das populações urbanas. As espacialidades urbanas europeias eram marcadas, nesta época, por infraestrutura e condições de higiene precárias. Assim, apesar dos controles fronteiriços que eram direcionados aos portos, os casos de infecção relacionados a diferentes doenças continuavam a se multiplicar em função dos microorganismos causadores delas já estarem, muitas vezes, presentes nos ambientes urbanos.

Passaram, portanto, a serem consideradas relevantes as intervenções relacionadas aos comportamentos individuais dos sujeitos que habitavam as cidades. Neste sentido, por meio de orientações de especialistas, hábitos ligados a questões básicas de higiene e de precaução de doenças começaram a ser estimulados. Entre eles estavam, principalmente,

aqueles direcionados à higiene do corpo e à limpeza e manutenção dos ambientes, tanto públicos, quanto privados.

Neste contexto, após a Primeira Guerra Mundial, foi criada uma nova agência internacional responsável pela saúde, a Liga das Nações. As diretrizes e responsabilidades da Liga envolviam a prevenção e o controle das doenças que continuavam a se espalhar, rapidamente, por diferentes regiões. Ujvari (2003) retrata este período como um dos principais momentos em que as populações foram acometidas por variadas doenças e, por isso, surgiu a necessidade de se criar um novo órgão regulador mais eficiente do que os outros. O autor argumenta que, devido aos deslocamentos dos soldados, por diferentes cidades, o número de infecções por vírus e bactérias aumentou consideravelmente.

É importante dizer que quase todas as organizações internacionais existentes à época aderiram à Liga das Nações, menos o Instituto Internacional de Higiene Pública, pois os Estados Unidos da América (EUA), que haviam se vinculado ao Instituto como forma de ampliar os acordos de saúde entre continentes, não se filiou a ela e, portanto, vetou a fusão. Assim, nos anos entre as duas Guerras Mundiais, marcados por tensões políticas que não haviam sido completamente resolvidas e pelo aumento dos problemas ligados à saúde, duas organizações internacionais de saúde coexistiram na Europa: o Instituto Internacional de Higiene Pública e a Organização

de Saúde da Liga das Nações (WHO, 2007a).

Em decorrência disso, emergiram problemas relacionados à existência de duas regulações internacionais distintas, pois, apesar de suas normas e objetivos serem bastante parecidos, as singularidades que envolviam seus estatutos, bem como as disputas de poder que marcavam as relações entre os Estados, deram origem a choques entre práticas ligadas ao comércio e à saúde das populações. Porém, com o início da Segunda Guerra Mundial, mais uma vez, o trabalho direcionado à saúde, em nível internacional, foi quase paralisado (WHO, 2007a).

Essa situação começou a ser revertida em abril de 1945, após o término da Segunda Guerra Mundial, durante a Conferência que deu origem à oficialização da Organização das Nações Unidas. De acordo com a OMS (WHO, 2007a; OMS, 2006a), foram os representantes do Brasil e da China que propuseram, nessa ocasião, a criação de uma agência internacional, relacionada à saúde, que fosse vinculada à nova Organização. Assim, em fevereiro de 1946, o Conselho Econômico e Social da ONU encarregou o então Secretário-Geral de convocar uma conferência para a criação de uma ramificação ligada à saúde. Uma comissão técnica trabalhou na elaboração de propostas para a constituição da Organização Mundial da Saúde, as quais foram aprovadas na Conferência Internacional de Saúde, ocorrida entre 19 e 22 de julho de 1946, em Nova Ior-



Revista do Programa de Pós-Graduação  
em Geografia e do Departamento de  
Geografia da UFES

Outubro-Dezembro, 2018  
ISSN 2175-3709

que, Estados Unidos da América. Com base nestas propostas, a Conferência redigiu e aprovou a formação da OMS, com apenas 55 Estados membros à época (WHO, 2007a).

Visentini (2013) e Vizenini (2006) destacam que, no contexto mundial estabelecido após a Segunda Guerra, foi de extrema importância a criação de agências que fossem responsáveis por administrar as mais diversas problemáticas em nível internacional de forma imparcial. É importante lembrar que novas tensões internacionais se estabeleciam – aquelas ligadas à Guerra Fria, por exemplo – e, assim, essas agências foram de extrema importância no que se refere ao desenvolvimento de metas e regulações diversas que oportunizaram, especialmente, a paz em nível mundial. Assim, as solicitações acerca de uma agência internacional de saúde, bem como os princípios de imparcialidade e de abrangência global que viriam a envolver suas normas, garantiram à OMS as condições necessárias para que ela viesse a se transformar na principal agência responsável pela saúde até os dias de hoje.

Certamente o mundo vem passando por grandes transformações desde a fundação da OMS. Essas transformações modificaram – e ainda modificam – o funcionamento da agência da mesma forma que são influenciadas por ela. Autores como Saraiva (2008) e Martins (2017) apontam um possível enfraquecimento relacionado ao poder de persuasão internacional da Organização

das Nações Unidas (ONU), da qual a OMS faz parte. Contudo, no caso da saúde, essa agência ainda desempenha grande influência sobre diversas decisões que são tomadas visando atingir escalas global, nacional e local. Portanto, ela possui grande relevância no que diz respeito às transformações que ocorrem até hoje e que podem ser relacionadas aos discursos da saúde.

## **A OMS e a regulação da Saúde Global na contemporaneidade**

Atualmente, a OMS tem como principais funções o controle e a assessoria no que se refere a questões ligadas à saúde em escala global. Suas atividades, em especial as ligadas ao controle e à prevenção de doenças, são praticadas em parceria com outras instituições de abrangência nacional, como é o caso do Centro de Controle e de Prevenção de Doenças (CDC), localizado nos Estados Unidos da América, e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Brasil, ou regionais, como por exemplo, o Centro Europeu para Controle e Prevenção de Doenças (ECDC).

Contudo, são as suas recomendações e diretrizes que conduzem grande parte das atividades das agências parceiras e, ainda, que são utilizadas como embasamento para a estruturação das políticas sanitárias mundiais, regionais e nacionais (WHO, 2007a). Diante disto, diversos autores argumentam na direção de indicar a OMS como a principal reguladora de



indicadores, conhecimentos e práticas direcionadas à saúde, pois, diferentemente das outras, ela possui grande influência sobre os governos dos Estados membros e, ainda, estabelece as diretrizes que devem ser seguidas pelas suas parceiras (BIEHL; PETRYNA, 2013; GUETO; 2013; AMON, 2013).

Por ser definido como um processo democrático, tendo em vista a sua lógica de votação, a dinâmica das decisões tomadas nas assembleias busca contemplar as necessidades da maioria dos países representados. No entanto, em alguns casos, os interesses internacionais ligados à saúde vão de encontro aos desejos e/ou às capacidades de diversos Estados membros (ou, em alguns casos, das empresas destes). Essas situações são mencionadas e tratadas pela agência como problemas que precisam ser resolvidos a partir do apoio da própria organização ou, ainda, de outros países, por meio de acordos internacionais (OMS, 2006).

O que se torna mais evidente, neste sentido, é que a necessidade de todos os governos aderirem aos princípios e às orientações da agência não diz respeito apenas aos indicadores e práticas de saúde ligados aos distintos territórios nacionais, mas à saúde enquanto elemento que é tratado em escala global, em função dos riscos que podem envolver um mundo cada vez mais conectado. Assim, em casos de não cumprimento de acordos, emergentes por motivos diversos, os conhecimentos produzidos pela OMS passam a ser reforçados e reorientados de

modo a ser promovida a aceitação destes e, ainda, passam a ser estipulados pactos de cooperação que visam a solucionar problemas ligados a eles. Essas questões corroboram com os argumentos de Rabinow e Dreyfus (1995), quando explicam a necessidade de serem contornadas e superadas as resistências que emergem diante das práticas direcionadas à segurança da vida, neste caso, associadas à saúde. De acordo com os autores, as políticas relacionadas à vida são tratadas e reorientadas de modo a superarem os enfrentamentos ou as impossibilidades de acompanhá-las que podem emergir frente às suas investidas.

Portanto, podemos observar que há certo interesse em uma padronização em prol da segurança global relacionada às ações em saúde que são aplicadas nos diversos territórios mundiais e, conseqüentemente, em diferentes centros urbanos. Essa padronização, muitas vezes, busca a priorização de determinadas metas relacionadas à saúde, em lugar de outras necessidades tão importantes quanto elas. Neste caso, é possível dizermos que, muitas vezes, as preocupações internacionais, em função da dinâmica pela qual são tratadas, passam a ser sobrepostas àquelas preocupações ou emergências locais relacionadas à própria vida de determinadas comunidades. Por exemplo, podemos citar as estratégias de imunização, uma das ações mais praticadas pela OMS na atualidade, que mobilizam milhões de dólares para atingirem populações em que a

falta de recursos básicos como água, alimentos e, até mesmo, contextos de vida pacíficos se destacam quando relacionados ao controle de epidemias.

No entanto, essa situação não configura, necessariamente, a emergência de imposições ou de planejamentos mal elaborados. Ela se enquadra, na maioria das vezes, naqueles conjuntos de práticas que são promovidas por números, estatísticas e outros elementos que representam a verdade, conforme destaca Foucault (2010). Neste caso, uma determinada verdade que é constituída acerca das necessidades e da segurança em saúde em escala global no lugar de outras prioridades locais. Deste modo, argumentamos que a lógica da saúde global, em muitos casos, “achata” necessidades locais com o objetivo de assegurar a vida daquilo que pode ser entendido como população em âmbito geral.

Contudo, sugerimos que, apesar dessas políticas interferirem nas dinâmicas que envolvem determinadas áreas do espaço mundial, em especial as grandes cidades, elas também são, em certa medida, modificadas pelos modos de vida locais e/ou pelas limitações locais no que se refere ao alcance de metas estipuladas internacionalmente. As particularidades culturais, econômicas e religiosas, por exemplo, dificultam o estabelecimento de um padrão em saúde, mesmo que as intenções, *a priori*, se destinem a esse fim. Desta maneira, reforçam-se as preocupações associadas aos riscos aos quais determinados países são expostos em função

de outros que apresentam estruturas e níveis de saúde considerados menos seguros.

Autoras como Gilles-Vernick, Craddock e Gunn (2010), ao apontarem alguns dos motivos para o estabelecimento dos contrastes em relação aos níveis nacionais de saúde, em um contexto global, relatam que muitas desigualdades sociais e econômicas existentes no passado não foram abrandadas de acordo com os preceitos que estamos acostumados a considerar como os melhores e, hoje, representam problemas ou riscos globais. Essas questões, segundo elas, na direção oposta ao que se espera, são potencializadas, atualmente, pela introdução de novos conhecimentos, de novas tecnologias e de novas políticas ligadas a estratégias de saúde que podem ser consideradas mais abrangentes, ao mesmo tempo em que ocorre um intenso processo de realce de desigualdades decorrentes das dinâmicas espaciais.

Isso ocasiona uma ideia de que o desenvolvimento, neste caso ligado à saúde, atinge algumas áreas do globo ao mesmo tempo em que promove o agravamento de problemas relacionados ao tema em outras áreas. Isto é potencializado especialmente pelo fato de que essas desigualdades acarretam, entre outras coisas, o aumento do distanciamento entre as necessidades mais básicas, que podem ser registradas em alguns territórios, e as tecnologias mais avançadas que são disponibilizadas em outros (REDFIELD, 2013).

Porém, tendo em vista tais

desigualdades e as impossibilidades de acesso a tecnologias diversas e, ainda, as condições de extrema precariedade espacial de algumas áreas do espaço mundial, a OMS propõe, entre outras estratégias, monitorar e alterar as materialidades espaciais em lugares que são considerados, de acordo com determinados modelos, mais precários que outros. Certamente essas ações são desenvolvidas por meio de acordos amigáveis e intervenções humanitárias, desempenhadas por suas equipes de campo e ocasionam grandes mudanças relacionadas aos modos de vida de algumas populações. No tópico seguinte discutiremos sobre esses acordos, inseridos no bojo das cooperações internacionais em saúde.

### Cooperação na Saúde Global e as dinâmicas espaciais atuais

As estratégias de saúde passaram a ser pensadas de modo a se adaptarem às novas dinâmicas que envolvem a escala global e não apenas as escalas nacionais ou locais. Neste contexto, é interessante ressaltarmos que concepções mais atuais sobre o espaço o consideram como um contínuo, ou seja, como um elemento que não pode ser fragmentado apenas pelas fronteiras e/ou limites políticos e naturais (Braun, 2008). Afinal, existe uma intensa (e crescente) circulação de pessoas, animais, produtos e microorganismos que não são contidos por antigas barreiras (DARSIE, 2014).

Nessa direção, as investidas da OMS foram, com o passar dos anos, significativamente alteradas. De acordo com a própria agência (WHO, 2007c, p. 8), a “sequência de eventos que envolveram a SARS e a Gripe Aviária fizeram emergir novas preocupações ligadas ao controle de doenças em um mundo em transformação ocasionada pelos constantes deslocamentos de pessoas e doenças”.

Acreditamos que é interessante destacar que este argumento foi retirado do *Relatório Sanitário Internacional* de 2007, ou seja, o primeiro Relatório a ser lançado pela Agência após a revisão e lançamento do novo *Regulamento Sanitário Internacional* (WHO, 2005). Isso foi motivado pelos problemas que envolveram as epidemias comentadas anteriormente. O regulamento foi atualizado para serem colocadas em funcionamento novas normas que se dirigem ao controle de doenças em um contexto espaço-temporal no qual a possibilidade de evitar o alastramento de doenças é cada vez mais difícil. Assim, tais documentos passaram a redimensionar as estratégias da OMS, bem como determinados argumentos contidos nos textos que formam as diretrizes elaboradas e lançadas posteriormente.

Partindo do Regulamento Sanitário Internacional (WHO, 2005), foram lançadas orientações e programas destinados a dar conta de um novo entendimento acerca do espaço, os quais: *O Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho*, em 2006, *o Relatório do Escri-*



Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia e do Departamento de Geografia da UFES

Outubro-Dezembro, 2018  
ISSN 2175-3709



tório de Lyon para a *Prevenção e Respostas a Epidemias e Pandemias*, em 2007; o *Guia para Comunicação em Casos de Epidemias*, em 2008; o *Caderno sobre as Cidades e as Crises de Saúde Pública*, em 2009, entre outros. Em conjunto, esses documentos representam as principais investidas da OMS e, conseqüentemente, das ações sanitárias internacionais, no que se refere ao controle de doenças em escala global.

Wagner (2009) nos convida a pensar que essas transformações são fruto de uma dinâmica que existe há muito tempo, que, em certa medida, é impulsionada por falta de condições adequadas ou de necessidades momentâneas que foram negligenciadas. Para ela, os riscos que hoje são considerados globais, relacionados à disseminação de doenças, sempre foram ocasionados pelos ambientes onde as pessoas vivem. Contudo, tais elementos, tradicionalmente, eram controlados por meio de normas que abrangiam escalas nacionais e hoje são entendidos, pela OMS, como questões relativas ao espaço global, articuladas aos níveis nacional, urbano e individual, mas que não se limita à existência de barreiras políticas e, cada vez mais, é pensado e operacionalizado em termos de superação de limites geográficos.

Neste sentido, destacamos que a OMS passou a levar em consideração um entendimento mais amplo acerca do espaço como forma de garantir a regulação da saúde em escala global. Para tanto, a organização investe fortemente na ideia

de cooperação internacional, a qual é estabelecida por meio do cumprimento das medidas de segurança lançadas no Regulamento Sanitário, bem como por auxílio financeiro e logístico entre países.

Portanto, é importante salientar que houve um deslocamento no que se refere aos objetivos do Regulamento. Antes de sua reedição, o documento apontava na direção de estabelecer, primordialmente, controles fronteiriços de modo a garantir que a cólera, a peste e a febre amarela, por exemplo, não se espalhassem por países onde haviam sido solucionados os casos de contaminação e infecção por essas doenças ou, ainda, em que elas não houvessem chegado (OMS, 2005). Assim, eram apontadas práticas de contenção de pessoas e de produtos, especialmente aquelas e aqueles oriundos de países (considerados) mais problemáticos no que se refere a essas questões mais específicas.

Em sua versão atual, as regulações estão pautadas no que se refere, mais detidamente, à comunicação de crises e demais problemas emergentes em diferentes territórios. As fronteiras continuam sendo mencionadas, mas a ideia de controle não está mais associada especificamente aos bloqueios ou aos períodos de quarentena que estavam, até pouco tempo atrás, presentes nestes documentos. Agora elas estão associadas, principalmente, à apresentação de cartelas de vacinação, selos de inspeção que são exigidos de acordo com normas nacionais que passaram a ser enquadradas em padrões

internacionais, entre outras certificações ou garantias. Nessa direção, o espaço passou a ser controlado por meio de regulações que são inseridas no conjunto de políticas públicas nacionais, pautadas pelos números produzidos pela OMS, de modo a fazer com que se tornem equivalentes.

Assim, na lógica da cooperação-contrapartida que propomos aqui, as políticas voltadas à segurança da vida são disparadas em diferentes territórios e, portanto, as regulações devem ser seguidas tanto pelas pessoas e/ou produtos daqueles países dos quais estão saindo, quanto por aquelas pessoas e/ou os produtos que estão pretendendo ingressar em outros países. Os controles passam a ser múltiplos – e firmados por “parcerias” geopolíticas – na direção de se aparar arestas que possam acontecer em algum dos lugares envolvidos pelas frenéticas dinâmicas das “entradas e saídas” internacionais. Esse é um dos efeitos de cooperação promovidos pela OMS, que tem dado forma às dinâmicas espaciais, tendo em vista aquilo que Gandi (2009) considera ser a maior transformação, em termos de como a saúde pública passou a reorientar as dinâmicas espaciais nos últimos 40 anos.

Existem outros aspectos relevantes, por exemplo, aqueles ligados à circulação de informações e conhecimentos. No que diz respeito à saúde, há um conjunto de elementos articulados ao espaço e às espacialidades – governos, instituições sanitárias, universidades, entre

outros – que tem trabalhado em cooperação de modo a constituir novos entendimentos e monitoramentos sobre o espaço, com vistas à segurança da vida.

O espaço, no que se refere à saúde, tem uma dimensão dinâmica, ou seja, aberta, contínua e interligada. Desse modo, os preceitos da saúde passam a reforçar a noção de que é necessário que maiores atenções sejam direcionadas à complexidade de relações que envolvem os deslocamentos mais diversos pelo espaço. Os controles, no entanto, passam a ser reconfigurados a fim de poderem regular outras práticas que vão além do atravessamento das fronteiras. Diante disso, a própria lógica de riscos em saúde necessita ser redimensionada de maneira a contemplar as dinâmicas espaciais mais atuais. Essa mudança de estratégia diz respeito à necessidade de se colocar em circulação, também, informações diversas que sejam capazes de serem usadas como apoio no que se refere aos planejamentos e ações voltadas ao controle e prevenção de doenças.

Conforme relatam Hinchliffe e Bingham (2009), a partir de eventos ocorridos em 2003, relacionados ao surto de SARS e da reformulação de orientações ligadas às normas em saúde – entre elas aquelas lançadas pela OMS – passou-se a investir muito mais em pesquisas e ações, direcionadas ao entendimento e à produção de conhecimentos e controles ligados às questões biológicas que envolvem os animais, as pessoas e o espaço. De acordo com estes autores, isso só se tornou possí-

vel tendo em vista a possibilidade de serem firmados acordos que ligam áreas do espaço por meio das políticas de segurança da vida. Até então, o espaço era avaliado e monitorado por meio de porções específicas e isso dificultava o estabelecimento de padrões mais complexos acerca do surgimento de novas e velhas epidemias.

Porém, é importante salientar que essa cooperação geopolítica não se resume aos acordos internacionais, mas também à aproximação das preocupações ligadas ao campo da saúde no que se refere a setores envolvidos com a agropecuária, indústria, entre outros. Nessa direção, os discursos da saúde passaram a atravessar os modos de vida existentes em diversas áreas, com o propósito de regular o maior número possível de questões que envolvem o espaço, por meio das perspectivas econômicas, sociais e ambientais. Assim, novos conhecimentos têm propiciado a criação de normas internacionais que são aplicadas nos territórios nacionais e passam a ocasionar alterações relativas aos modos de plantar, de criar animais, de negociar produtos e ainda aos sistemas e serviços de saúde. Essas regulações passam a condicionar a possibilidade de países diversos ou produtores distintos a se inserirem em mercados internacionais, pois aqueles que não as seguem não se tornam aptos a vender produtos para outros países (PECK, 2011). Dessa forma, a cooperação passa a ser entendida como algo que modifica o espaço, em diferentes escalas, como uma

das formas possivelmente mais eficientes de se garantir a saúde em escala global. Assim, argumentamos, na seção a seguir, que esta maneira de entender a saúde global faz parte de uma lógica que chamamos de cooperação-contrapartida na saúde global.

### **Em busca da Saúde Global: da cooperação à contrapartida**

A cooperação em saúde, de acordo com as práticas da OMS, conta com ações educativas – por meio de informes midiáticos, ações de conscientização e campanhas de saúde – que convidam as populações a cooperarem com a segurança em nível mundial, por meio de práticas individuais. Acreditamos que isso ocorra a partir de práticas que são promovidas, tanto fora quanto dentro de escolas e universidades, por exemplo. Essa é uma das importantes e recorrentes orientações lançadas pela OMS, pois, de acordo com o que é explicitado em seus documentos, por exemplo, no *Relatório do Escritório de Lyon para Prevenção e Respostas a Epidemias e Pandemias* (WHO, 2007b), os sujeitos que formam as populações devem ser educados de acordo com os princípios da saúde para que possam auxiliar, por meio do consumo consciente, da adoção de medidas preventivas e de intervenções corporais de imunização o alcance da segurança em saúde em escala global.

Portanto, destacamos que o aumento do fluxo de informações acerca dos cuidados

e alertas que envolvem as doenças infectocontagiosas, por exemplo, passou a ser considerado, conforme argumenta Hooker (2009), uma ferramenta importante, pois as informações podem se espalhar mundialmente mais rápido que as epidemias propriamente ditas. De acordo com a organização (OMS, 2007c; 2008), o fluxo de informações a respeito dos perigos aos quais as populações mundiais estão vulneráveis tem sido articulado às estratégias de segurança em saúde. A agência aponta essas questões como possibilidades relacionadas ao suprimento de outras falhas que podem estar relacionadas, por exemplo, à falta de recursos ou condições econômicas e culturais que auxiliem na promoção das melhorias sanitárias.

Salientamos, ainda, que no espaço da cooperação surgiu aquilo que associamos à ideia de contrapartida. Conforme apontado por Jackson (2007), associados às preocupações relacionadas à segurança - que tomaram força em função dos atentados de 11 de setembro de 2001, em Nova Iorque/EUA, e dos surtos epidêmicos de 2003 e 2004, que atingiram países como o Canadá e os Estados Unidos - surgiram demandas oriundas dos Estados membros, considerados mais desenvolvidos, em relação à OMS. O autor destaca que, apoiados por suas agências de saúde nacionais ou regionais e pelos conhecimentos que têm sido desenvolvidos em universidades e agências relacionadas a outros setores, os governos nacionais passaram a solicitar mudanças em relação

às atividades direcionadas à segurança em saúde.

É possível dizer que a ideia de cooperação tomou forma a partir de solicitações de países influentes no cenário das relações internacionais. Dessa maneira, as políticas de controle em saúde passam a operar por meio de demandas governamentais que visam a inserir, nos territórios mais problemáticos, equipes de monitoramento e de intervenção relacionadas ao controle de microorganismos e de disseminação de epidemias. Conforme aponta Braun (2009), é possível afirmar que, em certa medida, em um espaço cada vez mais aberto e contínuo, as agências e instituições, em nome da preocupação com a saúde global, estão cada vez mais empenhadas, quase que única e exclusivamente, em controlar os focos de possíveis epidemias – em países onde elas são comuns – apenas para que as doenças não atinjam aqueles países considerados mais seguros.

### **À guisa de conclusões: da cooperação à contrapartida**

Tendo em vista o que foi apresentado até aqui, destacamos que a dinâmica das relações internacionais de cooperação-contrapartida entre Estados membros e a OMS constituiu-se como produto das mudanças nos fluxos de poder entre as nações. Se antes a Agência possuía legitimidade e certa independência organizacional e financeira para propor cooperações, agora se encontra como uma instituição que necessita



Revista do Programa de Pós-Graduação  
em Geografia e do Departamento de  
Geografia da UFES

Outubro-Dezembro, 2018  
ISSN 2175-3709

atender às demandas internacionais e às pressões, tanto de Estados como de atores não-estatais. Tal contrapartida exigida da OMS diminui seu escopo e espaço de manobra política para implementar suas políticas de saúde global.

A forma de influenciar as nações pela OMS foi reformatada

para um canal multidirecional, com múltiplos atores e com forte atuação do microespaço nas decisões globais. Assim, a cooperação-contrapartida permite auxiliar na compreensão das relações contemporâneas da OMS em um mundo cada vez menor e complexo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMON, Joseph J. The 'Right to Know' or 'Know your Rights'? In: BIEHL, João e PETRYNA, Adriana (ed.). *When people come first: critical studies in global health*. New Jersey: Princeton University Press, 2013, p. 91-108.

BIEHL, João e PETRYNA, Adriana. Critical global health. In: BIEHL, João e PETRYNA, Adriana (ed.). *When people come first: critical studies in global health*. New Jersey: Princeton University Press, 2013, p. 23-29.

BRAUN, Bruce. Thinking the City through SARS: Bodies, Topologies, Politics. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (ed.). *Networked Disease: Emerging infections in the global city*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008, p. 250-266.

DARSIE, Camilo. *Educação, Geografia e Saúde: Gebiopolíticas nos discursos da Organização Mundial da Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças*. 2014. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FOUCAULT, Michel. *Do governo dos vivos: Curso no College de France (1979-1980)*. Trad. Nildo Avelino. São Paulo/Rio de Janeiro: Achiamé, 2010.

GANDI, Mathew. Deadly Alliances: Death, disease and the global politics of Public Health. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (editors). *Networked Disease: Emerging infections in the global city*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008, p.172-185

GILLES-VERNICK, Tamara; CRADDOCK, Susan; GUNN, Jeniffer. Mobility restrictions, isolation and quarantine: historical perspectives on contemporary debates. In: GILLES-VERNICK, Tamara; CRADDOCK, Susan; GUNN, Jeniffer (ed). *Influenza and Public Health: Learning from the past pandemics*. Washington: Earthscan, 2010, p.201-220.

GUETTO, Marcos. The return to the Magic Bullet? In: BIEHL, João e PETRYNA, Adriana (ed). *When people come first: critical studies in global health*. New Jersey: Princeton University Press, 2013, p. 30-53.



HINCHLIFFE, Steve e BINGHAN, Nick. People, animals and biosecurity in through Cities. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (ed). *Networked Disease: Emerging infections in the global city*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008, p.214-228.

HOOKE, Claire. SARS as a 'health scare'. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (ed). *Networked Disease: Emerging infections in the global city*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2008, p.123-137.

JACKSON, Paul S. B. Planning Biodefense: security and the competitive city. *Progressive Planning*, n. 173, p. 20-23, 2007.

JACKSON, Paul S. B. *Cholera and Crisis: State Health and Geographies of Future Epidemics*. Toronto: University of Toronto/Department of Geography, 2011.

MARTINS, Mariana da Rosa. *Organização Mundial da Saúde e a Cooperação com Agentes Não Estatais: Considerações Acerca do Marco Regulatório*. 2017. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Declaração Mundial da Saúde*. Genebra: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Contribuir a la salud*. Undécimo Programa General de Trabajo, 2006-2015: Un programa de acción sanitaria mundial. Genebra: OMS, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos*. Genebra: OMS, 2008.

PECK, Jamie. Creative Moments: Working culture. In: MCCANN, Eugene. WARD, Kevin (Ed). *Mobile Urbanism: cities and policymaking in the global age*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 2011, p.41-70.

RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Trad. Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

REDFIELD, Peter. *Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors Without Borders*. Califórnia: University of California Press, 2013.

UJVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos*. Rio de Janeiro: Senac Rio/Senac São Paulo, 2003.

VISENTINI, José W. *Novas Geopolíticas: as representações do século XXI*. São Paulo: Contexto, 2013.

VIZENTINI, Paulo G. F. *Da Guerra Fria à Crise*. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

WAGNER, Ester Van. Toward a dialectical understanding of networked disease in the Global City: vulnerability, connectivity, topologies. In: ALI, Harris; KEIL, Roger. (ed.). *Networked Disease: Emerging infections in the global city*.

Oxford: Wiley-Blackwell, 2008, p.13-26.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Health Regulations*. Geneve: OMS, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Working for health: an introduction to the World Health Organization*. Geneve: OMS, 2007a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Informe sobre la salud en el mundo: un porvenir más seguro*. Geneve: OMS, 2007b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response*. Geneve: OMS, 2007c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Framework for immunization monitoring and surveillance*. Geneve: OMS, 2007d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cities and Public Health Crises*. Geneve: OMS, 2009.