

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS

MARIA AURORA MEDEIROS DE LUCENA COSTA

**DIREITO À SAÚDE E ONGS'S: PESQUISA RELATIVA AOS
MECANISMOS ESTRATÉGICOS DO MSF EM AUXÍLIO NO
TRATAMENTO DE SURTOS E EPIDEMIAS**

JOÃO PESSOA-PB
2021

MARIA AURORA MEDEIROS DE LUCENA COSTA

**DIREITO À SAÚDE E ONGS'S: PESQUISA RELATIVA AOS
MECANISMOS ESTRATÉGICOS DO MSF EM AUXÍLIO NO
TRATAMENTO DE SURTOS E EPIDEMIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, como peça de defesa e requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Jurídicas.

Área de Concentração: Direitos Humanos.
Orientador: Prof. Dr. Fredys Orlando Sorto

**JOÃO PESSOA-PB
2021**

Catálogo na publicação Seção de

C838d Costa, Maria Aurora Medeiros de Lucena.

Direito à saúde e ONGs's: pesquisa relativa aos mecanismos estratégicos do MSF em auxílio no tratamento de surtos e epidemias / Maria Aurora Medeiros de Lucena Costa. - João Pessoa, 2021.
99 f.

Orientação: Fredys Orlando Sorto. Dissertação
(Mestrado) - UFPB/CCJ.

1. Atuação solidária. 2. ONG. 3. Médicos Sem Fronteiras. 4. Prática médico-humanitária. I. Sorto, Fredys Orlando. II. Título.

UFPB/BC

CDU 34:614(043)

Catálogo e Classificação

MARIA AURORA MEDEIROS DE LUCENA COSTA

**DIREITO À SAÚDE E ONGS'S: PESQUISA RELATIVA AOS
MECANISMOS ESTRATÉGICOS DO MSF EM AUXÍLIO NO
TRATAMENTO DE SURTOS E EPIDEMIAS**

Banca Examinadora



Orientador: Prof. Dr. Fredys Orlando Sorto



Prof. Dr. Jailton Macena de Araújo

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

Prof. Dr. Valfredo de Andrade Aguiar Filho

**JOÃO PESSOA-PB
2020**

*À minha Geraldina, por sempre me
curar, mesmo já tendo ido embora. Por
ter me ensinado o verdadeiro
significado de doação e caridade. Por
ter me ensinado o amor pela docência e
transformado meu coração.*

*À minha avó, razão da minha
existência.*

AGRADECIMENTOS

A Cristo Jesus nosso intercessor perante Deus, pelo zelo e amor fraternal em nunca ter me deixado desistir e ter me dado forças para continuar sempre tentando, mesmo quando eu perdi o grande amor da minha vida, a minha vó-mãe, a fortaleza de toda nossa família. Mesmo quando em fevereiro de 2019 eu tentei desistir de muita coisa e entrei em um lugar escuro e triste, Ele falou ao meu coração e me lembrou que eu sempre devia confiar Nele, pois ele um amigo mui fiel e que seus bons conselhos são para mim divina luz.

Aos meus pais, por terem me criado na graça do filho de Deus como uma menina de muita fé, pois só assim eu pude enfrentar todos os percalços durante a escrita dessa Dissertação. Por serem os pais mais compreensivos, amigos, amorosos, conselheiros e cuidadosos que eu poderia ter.

A Lucas e Davi, meus irmãos, por terem cuidado dos meus pais nesse tempo de pandemia quando eu não pude cuidar deles e por sempre orarem comigo e por mim.

A Edhyla, minha cunhada, por ter sido um presente e me dado o maior presente que recebi nessa vida adulta, que foi o amor da minha vida e uma família linda, que agora compartilho com ela.

A Édipo, o grande amor da minha vida, por ter sido calmaria, amor e cuidado quando eu precisei. O amor cura e eu soube o que era isso quando eu o conheci. Por ter sido meu companheiro em cada lágrima, cada ataque de ansiedade e cada página escrita. Pelo filho que ele é e pelo cuidado que ele tem com os que ama, eu nunca vou cessar de agradecer a Deus por ter o coração dele.

Aos amigos conquistados e benquistos nessa jornada: Jaqueline, Matheus, Álvaro, Bruna Agra, Renan, Anna Marcela, Cecília, Hector, Nicolas, Ronaldo e Ivana.

A Jaqueline e Matheus, em especial, por nunca terem soltado a minha mão e terem sido verdadeiros gurus na minha jornada acadêmica.

A Thalia, amiga muito querida que nunca mediu esforços em me ajudar.

A meu orientador, Fredys Orlando Sorto, por todos os ensinamentos.

Aos professores Eduardo Sérgio Soares Sousa e Valfredo de Andrade Aguiar Filho, pela gentileza e disponibilidade em ajudar no meu trabalho de pesquisa.

Ao professor Jailton Macena de Araújo, por ter me dado o exemplo de docência pedagógica e de empatia. Pelos conselhos e abraços, os quais eu levarei para sempre marcados no meu coração como sinal de amor e cuidado.

Ao professor Fernando Joaquim Ferreira Maia, por todo carinho e preocupação com o crescimento científico dos seus alunos. Sou muito privilegiada por ter conhecido um professor como ele .

Ao Grupo de Pesquisa em Direito Sanitário da Universidade de São Paulo e ao professor Fernando Aith por todo o carinho e ajuda na delimitação do meu objeto de pesquisa e da disponibilidade em ajudar uma jovem pesquisadora.

A Geraldina Maria Medeiros, *in memoriam*, por ter me criado uma menina de força e sensível ao próximo. Por ter me ensinado que o sentido da verdadeira felicidade é quando ajudamos ao outro. E por ter me deixado o maior exemplo na frase que ela sempre repetia para mim: “Maria Aurora, é preciso coordenar a vida presente com a vida futura. Ver tudo em Deus e Deus em tudo”.

*“Acreditem: se não houvesse gente
inteligente que apontasse os vários mal-
estares humanos, a humanidade não
dava por eles.”*

Fernando Pessoa

RESUMO

Em todo o mundo, todos os dias, pacientes não têm acesso aos cuidados de saúde. As pessoas são estigmatizadas, marginalizadas, negligenciadas, têm seus direitos negados pela sociedade, pelo Estado ou pela comunidade internacional, devido à fragilidade gerencial em oferecer ajuda. Assim, faz-se importante observar que a crescente complexidade da vida social acarretou a reivindicação por direitos complexos que exigem a integração de esforços e estratégias, destacando-se, entre eles, o direito à saúde. Neste cenário, a garantia da dignidade humana e do seu rol de direitos de subsistência exigem mecanismos complexos de atuação. Dessa maneira, esta pesquisa apresenta a seguinte questão: As estratégias e ferramentas de assistência e documentação de questões médico-humanitárias da ONG Médicos Sem Fronteiras (MSF) em surtos e epidemias configuram como parte de um modelo de atuação solidária junto ao Estado em busca da efetivação do direito à saúde? Na busca por respostas, delineou-se um objetivo geral, no qual busca-se perscrutar se a assistência e as ferramentas descritas nos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019 são mecanismos estratégicos em auxílio aos países no tratamento de surtos e epidemias. Metodologicamente, pretende-se enfrentar a problemática a partir da análise geral, teórica e normativa solidificadas na literatura especializada sobre a essencialidade da prática médica-humanitária e do fortalecimento da Saúde em Estados que apresentam uma fragilidade no gerenciamento institucional no combate a surtos e epidemias. Em relação ao escopo particular da pesquisa, busca-se a investigação das abordagens práticas e estratégias do MSF, através da análise de conteúdo em relação à compreensão, recorte e categorização dos indicadores delimitados nos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019 sobre surtos e epidemias, através da integração dos métodos descritivo e comparativo. Nesta senda, a pesquisa se desdobra a tentar entender o fenômeno contido na pergunta de pesquisa apresentada. Conclui-se que, pela compreensão dos dados, exploração do material e interpretação dos elementos objetivos na compreensão dedutiva da pesquisa, que a articulação das ferramentas analisadas — com base em delimitação metodológica dos dados perscrutados — devem ser consideradas ferramentas importantes de prática médico-humanitária, visto que a análise estratégica, investigação epidemiológica e documentação de respostas de surtos e epidemias em cenários fragilizados por crises estabelecem novas formas de assistência em atenção básica. Essas formas categorizam e interligam ações de promoção e prevenção solidárias no processo saúde-doença e contribui para a continuidade do atendimento de populações negligenciadas e enfraquecidas em surtos e epidemias, fortalecendo a produção de conhecimentos e a busca pela efetivação do direito à saúde nos níveis de atenção primária.

Palavras-chave: Atuação solidária. Mecanismos estratégicos. Prática médico-humanitária.

ABSTRACT

Around the world, every day, patients do not have access to healthcare. People are stigmatized, marginalized, neglected, their rights are denied by society, the State or the international community, due to the managerial weakness in offering help. Thus, it is important to note that the increasing complexity of social life has led to the claim for complex rights that require the integration of efforts and strategies, with emphasis on the right to health. In this scenario, the guarantee of human dignity and its list of subsistence rights requires complex mechanisms of action. Thus, this research presents the following question: The strategies and tools of assistance and documentation of medical-humanitarian issues of the NGO Médecins Sans Frontières (MSF) in outbreaks and epidemics are part of a model of solidarity action with the State in search of effectiveness of the right to health? In the search for answers, a general objective was outlined, in which it seeks to prescribe whether the assistance and tools described in the Medical Activity Reports of 2018 and 2019 are strategic mechanisms to assist countries in the treatment of outbreaks and epidemics. Methodologically, it is intended to face the problem from the general, theoretical and normative analysis solidified in the specialized literature on the essentiality of medical-humanitarian practice and the strengthening of Health in States that present a weakness in institutional management in combating outbreaks and epidemics. In relation to the particular scope of the research, research on the practical approaches and strategies of the MSF is sought, through content analysis in relation to the understanding, clipping and categorization of the indicators delimited in the Medical Activity Reports of 2018 and 2019 on outbreaks and epidemics, through the integration of the descriptive and comparative methods. Along this path, the research unfolds in an attempt to understand the phenomenon contained in the research question presented. It is concluded that, for the understanding of the data, exploration of the material and interpretation of the objective elements in the deductive understanding of the research, that the articulation of the analyzed tools — based on methodological delimitation of the searched data — must be considered important tools of medical-humanitarian practice, since the strategic analysis, epidemiological investigation and documentation of responses to outbreaks and epidemics in scenarios weakened by crises establish new forms of assistance in primary care. These forms categorize and interconnect solidarity-based promotion and prevention actions in the health-disease process and contribute to the continuity of care for neglected and weakened populations in outbreaks and epidemics, strengthening the production of knowledge and the search for the realization of the right to health at the levels of primary care.

Keywords: Solidary performance. Strategic mechanisms. Medical-humanitarian practice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
2 PRÁTICAS MÉDICO-HUMANITÁRIAS NA MODULAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E DO SEU FORTALECIMENTO ENQUANTO DIREITO SOCIAL.....	16
2.1 A influência da perspectiva científica de práticas médicas na modulação do conceito de saúde.....	17
2.2 As relações entre Estado de Bem-Estar Social, Cidadania Solidária e saúde: direito à saúde como uma expressão dos direitos sociais	26
2.3 Produção de conhecimentos no processo saúde-doença visando a persecução do direito à saúde: a utilização de dados epidemiológicos das ONG's	32
3 FRAGILIDADE ESTATAL E A NECESSÁRIA ATUAÇÃO MÉDICO-HUMANITÁRIA PELAS ONG's.....	40
3.1 Multiplicidade de crises e ingerência social: a fragilidade estatal na aplicação de políticas de saúde e atuação das ONG's.....	40
3.2 A influência da Cruz Vermelha e seus princípios no surgimento das práticas médico-humanitárias	44
3.3 Papel suplementar das ONG's de caráter médico-humanitário às populações: ajuda estratégica a países em crise	52
4 AÇÕES ESTRATÉGICAS EM ABORDAGEM E VIGILÂNCIA DO MÉDICOS SEM FRONTEIRAS: ARTICULAÇÃO SOLIDÁRIA EM SURTOS E EPIDEMIAS	58
4.1 Atuação da ONG Médicos Sem Fronteiras em auxílio estratégico aos Estados	58
4.2 Análise estratégica, investigação epidemiológica e documentação de respostas: a experiência em surtos e epidemias através dos <i>Medical Activity Reports</i> de 2018 e 2019.....	67
4.3 A importância das ações estratégicas do MSF e produção de dados epidemiológicos como parte de modelo de atuação solidária junto ao Estado em busca da efetivação da do direito à saúde.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS.....	94

INTRODUÇÃO

As fronteiras entre a medicina humanitária e a saúde global são muitas vezes aproximadas por meio de profissionais de saúde e praticantes humanitários. O arquétipo clássico da assistência à saúde humanitária envolve profissionais de saúde locais e agentes de Organizações Não Governamentais e/ou Internacionais na busca pela superação de desafios que vão dos mais básicos, como mapeamento epidemiológico de doenças em determinada população à distribuição de água potável e mudança nas condições de saneamento básico.

A concepção adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947, que descreve saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, é vista como utópica e inalcançável. Isso porque a ideia de bem-estar reflete mera idealização do termo, pois esse ideal do que é saúde, de elaboração geral e abstrata de indicadores operacionais, não considera a situação de muitas populações sem acesso a serviços básicos para produzir o estado descrito na concepção da OMS.

Dessa forma, entende-se que para que a concretização de saúde – nos moldes de sua definição – ganhe universalidade e aplicação especializada, é preciso operacionalizar o amálgama entre a existência de serviços destinados à prevenção, promoção, proteção e recuperação sanitária que atendam necessidades de infraestrutura e comportem hipóteses de agravo à saúde pública.

Apresentadas estas premissas, faz-se importante observar que a crescente complexidade da vida social acarretou a reivindicação por direitos complexos, destacando-se, entre eles, o direito à saúde. Sendo assim, com os problemas advindos do mundo moderno, a garantia da dignidade humana e do seu rol de direitos de subsistência exigem mecanismos complexos de atuação. Atrelado a isto e à necessidade histórica de afirmação do direito à saúde como direito humano, observa-se a evolução das formas de cuidados sanitários ao longo de séculos e como esta progressão acabou gerando a conscientização da necessidade de responsabilização dos Estados e da sociedade civil em procurar a integração de instrumentos e consolidação da vigilância em saúde — pedra angular de um sistema ágil em identificação/resposta a riscos à saúde da comunidade.

O mundo reorganizado após a Grande Guerra de 1914-1918 consagrou o sistema de relações internacionais que passou a instituir organizações intergovernamentais e não governamentais com personalidade jurídica clara e distinta dos Estados, que passaram a trabalhar efetivamente através de cuidados preventivos em medicina social. Visto que, por muito tempo, muitos países negligenciaram o sistema de saúde pública, base para prevenção

de doenças de todos os tipos, surgindo assim, a necessidade de um esforço para articular conceitos do campo da saúde e do campo jurídico a níveis local e internacional.

Ademais, surge neste contexto, com as políticas de enfrentamento de crises, uma concepção multicultural, de abrangência global e legitimidade local, que revela um afastamento do discurso hegemônico e cosmopolita sobre direitos humanos. Nesta feita, passam a vigorar, dentro do cenário jurídico internacional, esforços para integrar o princípio comunitário trazido pelas Organizações Não Governamentais (ONGs) e suplantar as assimetrias do tratamento e assistência às populações em países que não conseguem fornecer o aparato de cuidados necessários.

Assim, emergem novas formas de fortalecimento ao atendimento cidadão a cidadão, visto que os entes estatais não detêm mais o papel central de auxiliador, o que levanta a discussão de como os atores emergentes passam a se agregar e interagir nas questões humanitárias internacionais, e, no escopo deste estudo, em relação a problemáticas sanitárias.

Com efeito, a ligação entre o direito à saúde e outros direitos é particularmente complexa, um fato que evidencia forte interdependência dos direitos humanos. A percepção social sobre saúde tem tamanha amplitude que é recomendável analisar suas possíveis representações no ambiente social e interação com outros direitos do que formalizar um conceito pronto. A complexidade dos fatores que exercem uma influência na saúde impede que os aspectos desse direito estejam claros e precisos nas normativas que o preconizam e, por conseguinte, que as exigências na aplicabilidade de políticas públicas sejam plenamente satisfeitas.

Em verdade, a cobertura de todas as necessidades de saúde dos indivíduos passa a ser um debate sobre o quepaísesese organizações têm capacidade de oferecer, sem excluir, entretanto, a busca pelo desenvolvimento de políticas públicas como responsabilidade do povo e de cada Estado.

É imprescindível, pois, analisar como as abordagens do MSF— especificamente nas estratégias e ferramentas de combate a surtos e epidemias —podem ajudar na promoção da saúde de populações fragilizadas e negligenciadas. Visto que a ação humanitária médica vai além da mera análise e reparo de desordens físicas, ela oferece opções onde não haviam, fornece ao ser humano a opção de sobrevivência em ambientes considerados desumanos, em última análise, pode auxiliar no estabelecimento de elementos estruturais no estabelecimento da dignidade humana para essas populações.

A elevação do número de doenças em determinado local pode ser caracterizada como endêmica, epidêmica, esporádica e inexistente, o que demanda por níveis de atenção à saúde

que possam abranger estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde; categorização dos determinantes sociais da doença; envolvimento da comunidade; monitoramento da situação da saúde no seu território de abrangência; uso de tecnologias apropriadas e uso eficiente de recursos para uma educação continuada em saúde pública de qualidade. Esses níveis revelam a necessidade de um sistema de vigilância e notificação para que haja controle e apoio às comunidades.

Assim, a realização desta pesquisa se justifica em função de ter se tornado instigadora a importância da análise de contextos e ações de organizações de caráter humanitário que promovem assistência às populações muitas das vezes esquecidas e negligenciadas, pois as demandas por suas ações têm sido frequentes pela ocorrência de doenças, multiplicação dos fatores de risco, causalidade das doenças, etc. na busca por boas condutas em prática clínica para a defesa e a promoção da saúde. Tal justificativa é fortalecida pelo fato de que essas ações são circunscritas por princípios solidários, na perspectiva da integração de esforços e preencher lacunas da prestação de serviço emergencial e sanitário por parte dos Estados, buscando compreender a dinâmica de aspectos de ordem socioeconômica, político-jurídica e sanitária das comunidades atendidas.

O papel desempenhado por essas organizações na atenção básica de prevenção e promoção à saúde fortalece uma agenda dos Direitos Humanos que se propõe a reduzir desigualdades e arma-se de dupla referência: sua credibilidade, em razão da proximidade de grupos — de base — onde se originavam demandas sociais, e sua competência técnica para propor soluções efetivas ao enfrentamento de problemáticas hostis que ferem direitos e garantias fundamentais dos indivíduos.

Este trabalho reveste-se de um caráter interdisciplinar quando convoca a pesquisa a observar questões práticas, isto é, instiga a percepção de que as ciências sociais e humanas se dediquem a investigar as práticas de uma organização, pois, as realidades em saúde pública são múltiplas, heterogêneas e articulam sem cessar atores humanos e não humanos.

A justificativa pela escolha da ONG se dá pelo fato de que o Médicos Sem Fronteiras (MSF) comprometem-se a testemunhar a injustiça e, assim, contribuem para a luta representativa contra condições desumanas. Sempre o fazem por meio do quadro de uma decisão prática em campo, em vez de estratégia conceitual de desenvolvimento superior firmada em ideologia política, favorecendo assim questões práticas essenciais preventivas e corretivas.

A escolha desta entidade se dá por opção metodológica de delimitação do universo a ser investigado e é justificada pelas estratégias e amplo conhecimento em logística de

assistência e atendimento. Como organização que atua partindo dos pressupostos de independência, neutralidade e imparcialidade, advindos do Comitê Internacional da Cruz Vermelha e do seu trabalho de campo que contribui para a formação de um Sistema Humanitário voltado às práticas médicas, o MSF determina, de acordo com sua própria avaliação, onde, quando e como atuar.

Um projeto pode ser desencadeado pela existência de uma situação de crise que requer uma resposta humanitária emergencial, pelo pedido de organizações internacionais, de governos ou mesmo de outras organizações não governamentais ou, ainda, pela identificação de uma demanda de saúde específica, com a qual a organização considera que possa contribuir de forma relevante. No local, profissionais de MSF analisam, de acordo com o contexto, o número de pessoas afetadas, as necessidades de saúde, as condições de vida, água e saneamento, o ambiente político e a capacidade local de responder ao problema. Assim, a organização toma a decisão de atuar ou não naquele país, determinando as prioridades e compondo a equipe que entrará em ação e os recursos necessários para iniciar o projeto.

Nesse caso, a questão de pesquisa que se apresenta é: As estratégias e ferramentas de assistência e documentação de questões médico-humanitárias da ONG Médicos Sem Fronteiras (MSF) em surtos e epidemias configuram como parte de um modelo de atuação solidária junto ao Estado em busca da efetivação do direito à saúde?

Buscando por respostas, tem-se como objetivo geral perscrutar-se a assistência e as ferramentas descritas nos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019 são mecanismos estratégicos sem auxílio a países no tratamento de surtos e epidemias. Os objetivos específicos, por sua vez, estão delimitados em: I) Sistematizar os fundamentos conceituais com base teórica-doutrinária e normativa essenciais das práticas médico-humanitárias na modulação e persecução do direito à saúde; II) Analisar o papel complementar e atuação das ONG's de caráter médico-humanitário como ajuda estratégica à países; III) Identificar a abordagem da atuação do MSF em surtos e epidemias delimitadas nos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019, se entendidos como parte de um modelo de atuação solidária na efetivação do direito à saúde.

Metodologicamente, pretende-se enfrentar a problemática a partir da análise geral, teórica e normativa solidificadas na literatura especializada sobre a essencialidade da prática médica-humanitária e do fortalecimento da Saúde em Estados que apresentam uma fragilidade no gerenciamento institucional no combate a surtos e epidemias. Em relação ao escopo particular da pesquisa, busca-se a investigação das abordagens práticas e estratégias do MSF, através da análise de conteúdo em relação à compreensão, recorte e categorização dos

indicadores delimitados nos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019 sobre surtos e epidemias, através da integração dos métodos descritivo e comparativo. Nesta senda, a pesquisa se desdobra a tentar entender o fenômeno contido na pergunta de pesquisa apresentada.

Foram utilizadas as técnicas de coleta, interpretação/análise e registro de dados dos casos presentes nos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019, no *MSF-Analysis* (*MSF-Analysis* é uma plataforma da Organização para o compartilhamento de análises e dados sobre políticas de saúde e humanitarismo) e nas fontes apresentadas pelo Médicos Sem Fronteiras nos Relatórios de 2018 e 2019, Diários de Bordo e demais fontes documentais da Organização. A escolha pela análise de conteúdo como técnica de análise de dados se dá pela necessidade da escolha de um *corpus* de pesquisa que fosse capaz de apontar os indicadores e as características trazidas no problema de pesquisa e objetivos, através do recorte e categorização dos dados levantados nos Relatórios, buscando por fim, a interpretação e análise crítica dos dados como teste de validação da problemática do tema.

A revisão bibliográfica de literatura que guia esta pesquisa se delineia por meio de elementos teóricos integrativos e seus expoentes, tendo como referências primárias T. S. Marshall ao tratar Cidadania, Suelli Dallari e Fernando Aith nas suas pesquisas sobre Direito Sanitário, Célia Lessa Kerstenetzky sobre Estado de Bem-Estar Social, Michael Barnett com seus estudos voltados à Ordem Humanitária e Peter Redfield nas suas análises sobre Humanitarismo e atuação do Médicos Sem Fronteiras.

Tendo-se caracterizado o problema, a justificativa, os objetivos e a abordagem metodológica, este trabalho, em atendimento aos objetivos estabelecidos, encontra-se organizado em mais três seções de pesquisa, além desta introdução e das considerações finais. Primeiro, a seção 2, na qual cuida do apontamento de aspectos teórico-conceituais, principiológicos e normativos da saúde, da prática médica, das bases da solidariedade e assistência humanitária, de modo a atestar a importância de assistência na produção de conhecimentos no processo saúde-doença. A seção 3 contém discussão sobre como a ingerência social dos países em cenários de crise e sua fragilidade na aplicação de políticas em saúde aduz a ação complementar de ONG's. A seção 4, por sua vez, examina ações estratégicas em abordagem e vigilância do Médicos Sem Fronteiras em surtos e epidemias, descrevendo a origem e linha de atuação da ONG e como se dá sua análise estratégica, investigação epidemiológica e documentação de respostas se entendidas como parte de um modelo de atuação solidária junto aos Estados em busca da efetivação do direito à saúde.

2 PRÁTICAS MÉDICO-HUMANITÁRIAS NA MODULAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE E DO SEU FORTALECIMENTO ENQUANTO DIREITO SOCIAL

Ações médico-humanitárias vão além da mera análise e reparo de desordens físicas, elas fornecem toque humano em ambientes desumanos e ajudam no restabelecimento da dignidade humana (MSF, 2003). Importa nesta seção, portanto, centralizar aspectos essenciais da prática médica-humanitária no combate a surtos e epidemias — como ato imediato de curto prazo — e do Direito à Saúde, com o intuito de pontuar a importância de soluções emergenciais e especializadas ao enfrentamento de problemáticas sanitárias e hostis que ferem direitos e garantias fundamentais.

A urgência no atendimento humanitário levanta importantes questões de cunho ético, jurídico, solidário e qualitativo no tratamento de indivíduos e na busca pela justiça social, visto que muitas populações não conseguem desfrutar de políticas públicas estatais, o que demonstra o quanto este atendimento é essencial. Dentre estas questões, destacadamente também está a ideia de solidariedade que foi aglutinada como parte do ordenamento jurídico na busca pela redefinição do Estado e do Direito¹. Enquanto fundamento da assistência humanitária, a solidariedade passou a substituir o termo secular de virtude teologal no sentido etimológico da tradição cristã, constituindo um elemento a ser institucionalizado em sociedade, o que a revestiu de um caráter discursivo de justiça dentro de espaços sociais imanentes.

Sendo assim, a interligação entre a ética humanitária — a qual aduz que do sofrimento humano brota a obrigação de ajudar —, o próprio princípio da humanidade e a logística humanitária representam uma abordagem efetiva na operacionalidade do Direito à Saúde, que comporta uma acomodação teórica, dogmática, funcional e pragmática enquanto resposta.

Dentro da perspectiva desta seção, é importante perscrutar perspectivas teóricas da essencialidade da saúde, da prática médica em surtos e epidemias e ações que buscam justiça social e dignidade humana em cenários que carecem esforços especializados. Busca-se, sobretudo, reunir características conceituais, normativas e principiológicas, de modo a introduzir fundamentos que possam pontuar, posteriormente, a importância sobre a

¹Segundo Farias (1998, p. 196-220) o discurso sobre solidariedade está profundamente relacionado com a crise do Estado Liberal, a partir da segunda metade do século XIX. O autor identifica cinco tipo de solidarismo que se desenvolveram: o solidarismo federativo de Proudhon, o solidarismo revolucionário, o solidarismo social-democrata, o solidarismo reformista e o solidarismo sociológico de Durkheim.

abordagem humanitária em assistência emergencial e vigilância epidemiológica— especificamente no conjunto de esforços realizados pelo MSF em surtos e epidemias.

2.1 A influência da perspectiva científica de práticas médicas na modulação do conceito de saúde

As concepções de saúde modificam-se ao longo dos séculos em alguns discursos de referência científica — como a sociologia funcionalista, a antropologia médica e a epistemologia — e focalizam sua definição, sobretudo, com a noção de doença e com a prática clínica. Nessa perspectiva, tais concepções são estabelecidas por um nível de complexidade que envolve a integração de processos multiníveis, ensejando planos de emergência coletivos e individuais.

Assim, é imperioso se debruçar sobre a complexidade da saúde enquanto definição que foi, historicamente, moldada por práticas médicas, assim como a essencialidade dessas práticas na construção do conceito de saúde. Para isto, se utiliza bases de fundamentação histórica, filosófica e sociológica para exemplificar a amplitude e complexidade do conceito.

No esteio da legitimação desse conceito, a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) representou o reconhecimento da saúde como obrigação estatal na institucionalização de políticas públicas que não havia sido alcançado na Primeira Grande Guerra e com a Liga das Nações. A saúde entendida como “o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas de ausência de enfermidade” (OMS, 2006) refletiu o quadro sócio-histórico da pós-segunda guerra e incluiu a saúde como direito humano.

A distinção entre conceito e definição, em meio a um volume de informação contextualizada, direcionada, redutiva ou por demais particular, como certos expoentes da filosofia francesa, remonta à influência do pensamento grego e seus desenrolares medievais, que são posteriormente assimilados com o peso que o fundamento moderno da classificação tem para a organização do mundo, especificando, mecanizando, ampliando, permitindo se chegar a falar em contexto pós-moderno do ciberespaço no qual essa distinção pode ganhar outros sentidos, como se pode perceber em Monteiro e Giraldes (2008, p. 20).

Porém, não se adentrando na discussão de ciberespaço, filosofia francesa ou pós-modernidade, é possível dizer, pela base teórico-filosófica derivada do aristotelismo à modernidade, que conceito é como uma ideia, uma abrangência possível da coisa, enquanto definição é como uma especificação da coisa para determinados fins, uma subcategoria objetiva do conceito, por assim se dizer, e que contempla em si um ou mais conceitos. Dessa

maneira, quando se fala em definir *o conceito*, se está falando de fato em *uma definição do conceito* para um fim específico, como em Fula, Amaral e Abraão (2012, p. 293), ao buscarem uma definição para o conceito de trabalhador mais velho, por exemplo.

Trata-se de uma noção genérica que permite orientar o pensamento na produção e construção do conhecimento e que pode ir de um nível de abstração mais amplo, usando conceito como ideia geral e definição como elemento particularizado da ideia com determinados fins. Portanto, tal distinção por vezes carece de contextualização e posicionamento a partir de compreensões amplas de sistemas filosóficos e epistemológicos.

Desse modo, a saúde, como direito social, passa a ser definida tardiamente dentro dos Estados nos sistemas de práticas organizadas no sentido de prevenção a fim de responder às necessidades e demandas da população em determinada sociedade, em determinado tempo, tendo como compromisso primordial promover, manter e restaurar condições mínimas existenciais.

Coloca-se em foco um ponto importante quando se trata de aspectos históricos e conceituais da saúde e das práticas médicas: os processos de transformações que as sociedades sofreram na busca pela definição sempre vieram interligados ao conjunto de obrigações que podem propiciar condições mínimas sanitárias e de vida. A efetivação do direito à saúde se configura como direito que está submerso no sistema complexo da sociedade, que exige um modelo de organização que comporte a diversidade de subjetividades que obstam sua concretização.

A ideia de complexidade ganhou referência teórica a partir do século XX, quando, na tentativa de colocar em dúvida o estatuto epistemológico e ontológico da física newtoniana, buscaram-se proposições que superassem a crise do paradigma da ordem, da simetria, da regularidade (BOAVENTURA, 2000, p. 61)². Tratava-se de uma nova busca por arcabouços epistemológicos que justificassem um equilíbrio entre a perspectiva de ciência que promovesse transformações dinâmicas e novos modos de pensar a realidade e sua complexidade inerente, perscrutando novas formas de dialogar estrategicamente com o que é imposto pelas relações humanas³.

²Boaventura Santos (2000, p. 61-62) refere-se a essa crise como originária nas primeiras formulações da Física do início do século XX, em especial ressaltada na Teoria Geral da Relatividade de Einstein – “não havendo simultaneidade universal, o tempo e o espaço absoluto de Newton deixam de existir”.

³Morin (2000, p. 180-181), sobre o paradigma da complexidade observa que “(...) a necessidade de pensar em conjunto na sua complementaridade, na sua coerência e no seu antagonismo as noções de ordem, de desordem e de organização obriga-nos a respeitar a complexidade física, biológica, humana. Pensar não é servir às ideias de ordem ou de desordem, é servir-se delas de forma organizadora, e por vezes desorganizadora, para conceber nossa realidade (...) A palavra complexidade é palavra que nos empurra para que exploremos tudo e o

Sendo assim, tornou-se substancial a busca pela resolução da instabilidade, pela evolução de processos fundamentais na arena social e pela qualidade de conhecimento científico que estava sendo formado. As estratégias passaram a ser revestidas da tentativa de análise do conhecimento humano que observasse a importância objetiva nas atividades experimentais. Nessa busca pela resolução de instabilidades e por estruturas que passassem a garantir prevenção, controle e definição de regras, surge a necessidade da redefinição do papel do Estado em relação a/aos aspectos essenciais da vida em sociedade.

À medida que as civilizações foram se desenvolvendo, as condições de vida das populações humanas passaram por processos de mudanças que buscavam articulações entre o macro e o microsocial, juntamente com as identidades que eram modificadas ao longo desses processos (BODSTEIN, 1993.). No âmbito da saúde, com a ampliação de maiores intercâmbios entre os continentes e a proliferação das interações humanas, foram sendo criadas condições favoráveis à disseminação de doenças infecciosas e, a partir do momento que houve uma manutenção regular dos modos de transmissão, os homens se tornaram— junto com animais infectados, alimentos contaminados e a água — fontes de infecção, garantindo uma ampla disseminação de doenças e a necessidade da agenda em saúde pública (SATCHER, 1995, p. 2-6).

É necessário apontar que o conhecimento e a institucionalização das práticas em saúde pública sempre se configuraram articuladas à medicina⁴. Esse desenvolvimento de doenças encontrou na fenomenologia ontológica de Heidegger — exemplificando o escopo filosófico na compreensão do fenômeno saúde/doença — uma justificativa da doença como sendo uma forma privativa do existir, pois impõe privações quanto às potencialidades do *poder-ser* (HEIDEGGER, 2009), visto que, segundo Scliar (2007, p. 30), surgiu desde muito cedo a necessidade de enfrentar as ameaças impostas pela doença, pois “real ou imaginária, a doença é um antigo acompanhante da espécie humana”.

Nessa medida, passou a ciência médica a ocupar uma posição de privilégio na persecução de alternativas clínicas que ocorresse de forma concomitante a uma organização da sociedade para efetivar políticas de saúde, tornando a concepção de doença/enfermidade como sendo óbice político e econômico ao bem-estar da coletividade, buscando assim abordagens conjuntas no enfrentamento da problemática.

pensamento complexo é o pensamento que, armado dos princípios de ordem, leis, algoritmos, certezas, ideias claras, patrulha no nevoeiro o incerto, o confuso, o indizível.”

⁴Segundo Cezeresnia (2003, p. 39), “Apesar de efetivamente superarem a mera aplicação de conhecimentos científicos, as práticas em saúde representaram-se como técnica fundamentalmente científica. Essa representação não pode ser entendida como simples engano, mas aspecto essencial da conformação dessas práticas, as quais encontram suas raízes na efetiva utilização do conhecimento científico.”

A carência de estruturas sanitárias adequadas para o funcionamento de uma medicina preventiva e de intervenções pontuais para o tratamento dos agentes infecciosos também ensejou novas formas de controle social para prover necessidades higiênicas sobre quaisquer locais que promovessem a proliferação em massa. O ambiente urbano começava a ser desenhado e planejado de forma a atender às necessidades primárias da população e a promover uma educação em saúde primordial para conter doenças. Surge, na história, um poder médico⁵ que provocaria transformações sociais.

Quanto à institucionalização de práticas médicas, ainda no século XIX, o imperador Luís Bonaparte convocou o que foi tida como a primeira Conferência Internacional Sanitária, que discutia a adoção, em 3 de fevereiro de 1852, de uma Convenção Internacional para combater a febre amarela, a cólera e a peste, evitando, assim, medidas unilaterais dos Estados e medidas atentatórias à liberdade marítima. Apesar de não conseguir legitimidade para adoção de profilaxias, esta convenção reconheceu princípios que posteriormente seriam consagrados pelas legislações dos Estados, tais como: a obrigação da declaração da existência de uma doença epidêmica, patentes de saúde, indicação de agentes sanitários, duração de quarentena etc.

Passava a surgir, assim, outras conferências sanitárias no final do século, a tentativa da instituição de um código sanitário de força internacional que a comunidade médica indicaria como sendo um conjunto de regras sobre moléstias quarentenárias e patologias, assim como a indicação de formas práticas de evitar a sua propagação (VITTA, 1933, p. 634).

Com a intensa proliferação de doenças e a acentuação de problemáticas sociais, a ideia de controle de enfermidades e a busca por profilaxias passavam a constituir preocupação do Estado, trazendo o propósito de encontrar instrumentos, técnicas e estratégias entre as tecnologias médicas e métodos de vigilância e fiscalização sanitárias.

Assim, o surgimento de novos instrumentos de controle social e de reorganização urbana ocorrem *pari passu* à consolidação da atividade médica e do início da composição de um conceito de saúde que se firmava em genuína preocupação com tudo o que estaria diretamente relacionado com as doenças infecciosas. Foucault (1984) apresenta essa ideia de

⁵Sobre tal poder e capacidade histórica de modificação social que a medicina tem, Michel Foucault (1984, p. 207) explana que : “A medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e artes das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder. A administração serve de ponto de apoio e, por vezes, de ponto de partida de grandes inquéritos médicos sobre a saúde das populações; por outro lado, os médicos consagram uma parte cada vez maior de suas atividades a tarefas tanto gerais quanto administrativas, que lhes foram fixadas pelo poder. Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico- administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX”.

medicina que se volta à cientificidade política, social e histórica e não apenas biológica, demonstrando, assim, a necessidade de uma ressignificação dos sistemas sociais onde há uma ideologia de poder voltada ao indivíduo e nas formas como ele comunica suas subjetividades e as necessidades advindas dela.

A prática médica e as esferas da saúde integram uma organização complexa na qual se articulam socialmente⁶ para a sistematização de políticas voltadas para um modelo médico ligado ao Estado. Dessa forma, a construção histórica e conceitual resulta de longo e inacabado processo de mudança social⁷ para a consolidação de princípios que garantam o significado de vida digna e guiem a compreensão do que é saúde. Etimologicamente, saúde deriva do latim *salus, utis* significando salvo, são, inteiro, salvação e, em grego, tem o sentido de real, intacto (ALMEIDA, 2000), o que aponta que a formação etimológica do sentido comporta a necessidade de integridade que afaste qualquer tipo de fragmentação, quer seja ela mental, física ou social, sendo atributo da condição humana.

A condição humana, por sua vez, — dentro dos sistemas sociais complexos — sempre foi suscetível à fragilidade. Hanna Arendt (2008, p.19) discorria sobre o sentido de humanidade para Lessing quando apontou que “[...] a história conhece muitos períodos de tempos sombrios em que as pessoas deixaram de pedir qualquer coisa além de que se mostre a devida consideração pelos seus interesses vitais”; tal conjectura traz à tona um aspecto sociológico importante a ser considerado: os seres humanos, como fim último, anelam por condições fundamentais de desenvolvimento que são interdependentes historicamente da política, da linguagem, de processos econômicos etc. para a concretização desses interesses vitais.

O conceito requerido de saúde, nesta discussão, revela fundamentos e ideais de natureza biológica e social que derivam organicamente do indivíduo. Tal sujeito — que sempre estará dependente de necessidades fisiológicas e processos vitais, — o meio social e a saúde nunca poderão ser analisados de forma independente, pois a compreensão das influências entre eles determina a responsabilidade científica na persecução das estratégias para o bem comum.

⁶Segundo Martins (2003, p. 85), “(...) uma das representações da medicina como um conjunto de crenças, normas, regras e valores estabelecidos socialmente; a outra, é da medicina como um conjunto de ações ambivalentes, livres e obrigadas, interessadas e desinteressadas, que estão sendo recriadas a cada momento seguindo diferentes especificidades sociológicas.”

⁷Segundo Dallari (1988, p. 329), “Inúmeros trabalhos relatam a evolução das formas de cuidados sanitários ao longo das épocas históricas. Todos são concordes ao afirmar que até o período industrial a única preocupação era afastar o doente, tanto para impedir a possível visão desagradável como, mais tarde, para impedir o contágio.”

Quanto às contribuições teóricas revestidas de cientificidade, destacam-se algumas. Terris (1992, p. 185-186) conceitua saúde pública como sendo “[...] a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade”, enfatizando objetivos básicos para a construção teórico-prática desse conceito, quais sejam, profilaxia das enfermidades não infecciosas; promoção da saúde; reabilitação; prevenção das moléstias infecciosas e melhoria da atenção médica.

Esta conceituação enfrentou as ideias neoliberais de Estado mínimo, as quais acabaram por fragilizar o enfrentamento de problemas da saúde em países com economia capitalista que optaram por conter crises fiscais e reduzir gastos públicos, provocando desequilíbrio na conjuntura que vinha sendo formada em práticas de saúde pública. Fazia-se necessária a configuração de novos paradigmas que ensejasse práticas sanitárias articuladas entre sociedade e Estado⁸. O conceito de saúde foi formulado através do conceito objetivo de doença, no qual o discurso científico, as especialidades e a organização institucional das práticas circunscreveram-se no processo histórico das intervenções em crises sanitárias.

Segundo Scliar (2007, p. 36-37), em 1974, Marc Lalonde, o ministro da saúde e bem-estar do Canadá, formulou um conceito de saúde que foi utilizado pela OMS posteriormente, em 1978, que considerou o conceito de saúde inicial da OMS e fomentou a necessidade de ações em cooperação e a instituição de tarefas de caráter normativo-sanitário, como classificação internacional de doenças, elaboração de regulamentos internacionais de saúde, normas para a qualidade da água etc. Ao tentar estabelecer um panorama normativo das políticas públicas a nível global, a Declaração de 1978 pretendeu alcançar uma resposta funcional e normativa no que se diz respeito à universalidade — saúde para todos — e integralidade, olhando todas as necessidades da população.

Com o intuito de fortalecer e potencializar o conceito com a Cobertura Universal da Saúde⁹, a Declaração propôs a ampliação de acesso aos serviços de saúde, demonstrando, dentro do Estado de Bem-Estar Social, a necessidade de compreensão desse direito humano, considerando todos os determinantes sociais e políticos. As estratégias contavam com a

⁸Segundo Dallari (1988, p. 329), “O evoluir desse processo acabou conscientizando todo o povo, especialmente a partir da Segunda Guerra Mundial, para a necessidade de responsabilização do Estado pela saúde da população. [...]Ninguém tem condições de alcançar somente com seus próprios meios tal estado de bem-estar na sociedade moderna.”

⁹Segundo a Organização Mundial da Saúde, a Cobertura Universal da Saúde significa que todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, sem ficarem expostos a dificuldades financeiras. Isso inclui toda a gama de serviços de saúde essenciais e de qualidade, desde a promoção da saúde até à prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world->

praticidade das ações de saúde — sendo elas exequíveis e socialmente aceitáveis —, a disponibilidade em locais acessíveis à comunidade e a compatibilidade dos custos de serviços com situação econômica.

Sob esse prisma, a Declaração de Alma-Ata veio propor uma articulação do sistema de saúde como forma de reduzir riscos e inseguranças a partir do comprometimento de vários setores com esse ideal. Ao tratar de articulações intersetoriais¹⁰ que possuam ligação direta com o planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, o documento fortalece o fomento de políticas públicas através da relação Estado-indivíduo-sociedade.

Anos mais tarde, em 2018, a Declaração de Astana veio relembrar a potencialidade da Declaração de Alma-Ata reafirmando os princípios de justiça, solidariedade e busca pela saúde como formas de assegurar a paz e o desenvolvimento sustentável. O processo de transição e mutação cultural e social advindos da complexidade trazida pelos novos fatores da globalização econômica passava a propor, no plano das concreções, uma visão mais pragmática com vistas aos condicionamentos e dificuldades objetivos dos efeitos e riscos oferecidos por uma atualização da economia internacional.

Tornam-se perceptíveis os esforços da OMS, enquanto organismo especializado da Organização das Nações Unidas (ONU), para institucionalizar a voz de uma Comunidade Internacional que buscava o aperfeiçoamento do conceito de saúde alinhado a práticas médicas, considerando as limitações representadas pelos níveis de desenvolvimento socioeconômico e cultural de cada Estado. Mencionado conceito, controvertido e alvo de críticas e revisões, ainda se encontra em construção, não sendo capaz de substituir algo que é mais complexo que sua significação.

Neste sentido, a perspectiva de Morin sobre o que é complexidade, visto que a resolução de complexidades estaria na comunicação, nos vetores que formariam essa comunicação. Tanto que Morin (1996, p. 14), vincula a complexidade ao problema da

¹⁰CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978: “X- [...] A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração”.

“dificuldade de pensar, porque o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra o conceito” e destaca, ainda, “a dificuldade da palavra que quer agarrar o inconcebível”, demonstrando — em relação à discussão principal deste tópico sobre conceito enquanto instrumento para modificar/melhorar sistemas — que a palavra, mesmo que seja uma forma clara de comunicação, não apreende a totalidade da realidade.

Ademais, um sistema que realize as características e as funções circunscritas ao conceito de saúde é um conjunto aberto que se interrelaciona com outros sistemas econômicos, sociais e políticos de uma sociedade, em determinado local e tempo. É, portanto, um sistema complexo e em constante mudança, dada a hipercomplexidade das relações sociais e dos indivíduos.

A ideia da complexidade apresentou-se para a cientificidade como um postulado que pudesse explicar os sistemas vivos e a própria realidade através das relações que se estabelecem. O ato de adoecer corresponde à relação entre a ocorrência do fenômeno, a palavra do paciente e a do profissional em saúde, onde a objetividade dos conceitos que circundam as intervenções e a subjetividade da própria doença adquire um significado na relação estabelecida. Assim, a saúde não se configura um ato simplificado que se traduz em conceito propriamente científico.

Segundo Czeresnia (2003, p. 41), o hiato entre a vivência do significado de saúde e doença, assim como das possibilidades de seu conhecimento não foi devidamente reconhecido, o que produziu um problema na forma com que se configurou historicamente a utilização dos conceitos científicos na instrumentalização das práticas de saúde. Atribuiu-se predominância quase exclusiva à verdade científica nas representações construídas acerca da realidade e, principalmente, das práticas de saúde.

Dentro dessas novas formas de diferenciar saúde e doença¹¹, o conceito passou a ser analisado sob a perspectiva das representações do que era saúde — — na prevenção e promoção —, o que significou a formação de estudos sociológicos que analisavam tais termos e os possíveis cenários no ambiente social.

A sociologia funcionalista, a antropologia e a epistemologia, a partir de autores representativos desses discursos, iniciavam, assim, uma busca por explicações que focalizassem a formação de um conceito único revestido de uma complexidade que levava em

¹¹Segundo Aith (2006, p. 49), “[...] as noções de saúde guardam uma relação conflituosa entre o indivíduo e a sociedade. Esse conflito é traduzido pela condição corporal do indivíduo. A situação do indivíduo em relação à sociedade será em parte regulada pela noção coletiva que essa mesma sociedade possui sobre o que é doença e o que é saúde.”

conta as relações entre a noção de doença e a prática clínica. Sobre a ideia de complexidade dos conceitos, Carvalho (2009, p. 55) pondera que:

[...] Entende-se por conceito a ideia do termo, sua significação, que permite a identificação de uma forma de uso da palavra dentro de um contexto comunicacional [...] todo conceito tem função seletiva. A realidade intuída, percebida, experimentada, é infinitamente mais complexa do que o conceito que a constitui como objeto intelectualmente articulável e este, sempre mais pobre que os dados-físicos [...] é certo que, só possuímos o conceito de uma palavra por vivenciarmos uma língua, ou seja, por habitar um dado contexto cultural. É isto que aproxima e distancia os conceitos e torna possível a comunicação. Não há um mínimo de significado comum preso às palavras, as associações são livres.

Epistemologicamente, a dificuldade em conceituar saúde parece indicar uma fragilidade no paradigma científico dominante ao abordar a saúde, visto que o tratamento teórico e empírico da questão tem sido dado com base em modelos assistencialistas individuais com ênfase na cura da doença e na busca pela diminuição de custos de tratamento com efetividade.

Nesta perspectiva, sinaliza-se a notoriedade da longa trajetória na construção de uma definição, ou seja, de enunciar de maneira muito precisa o uso corrente do significado — dito em poucas palavras — de saúde e seus limites; quando na verdade, a complexidade da rotulação exigia construir uma conceituação de saúde que avançasse para campos em que a definição era silente, que permitisse maiores usos, maiores significações dentro da semântica da palavra. Esta busca ensejou a formação de uma epistemologia médica que rompesse com a visão ultrapassada de que a saúde era apenas adequação à norma, a modelos predefinidos. A complexificação do seu significado estaria alinhada a uma reformulação de prática clínica, passando a saúde a expressar diferentes padrões.

Assim, a perspectiva teórico-científica da importância de prática médica e sua influência nas noções, definições e conceitos do que é saúde tornam-se pontos primordiais e de partida na análise de qualquer perspectiva jurídico-social de ações em saúde, visto que, para que haja planejamento de políticas, programas e serviços que gerem bem-estar, controlem e evitem riscos, devem-se compreender contextos sociais e o que eles demandam dos processos.

A exemplo de ações em prática médica que demonstrem operacionalização dos aspectos essenciais ao conceito de saúde destaca-se o trabalho da Organização Não Governamental Médicos Sem Fronteiras, a qual é uma organização médico-humanitária internacional criada por um pequeno grupo de franceses médicos e jornalistas em 1971, pela influência do trabalho da Cruz Vermelha. Com projeção no mundo todo e representando

dezenas de nacionalidades, oferece assistência médica e ajuda pessoas em mais de sessenta países que enfrentam violência, negligência ou catástrofe, principalmente devido a conflitos armados, epidemias, desnutrição, excluídos da assistência médica ou vítimas de desastre natural.

Nos próximos tópicos serão apontados aspectos basilares que dão substrato à importância do atendimento complementar médico-humanitário das ONG's, que fundamentam a atuação de uma Organização como o MSF na persecução de um modelo que contribua ao fortalecimento da saúde como direito humano.

2.2 As relações entre Estado de Bem-Estar Social, Cidadania Solidária e saúde: direito à saúde como uma expressão dos direitos sociais

A saúde é tema de interesse do Direito e se apresenta como direito humano essencial. Entretanto, com todo o processo de desgaste sociohistórico no cuidado em saúde pública e com o surgimento da necessidade da abordagem/racionalidade solidária dos Direitos Humanos, as normativas internacionais passaram a buscar o fortalecimento da operatividade deste conceito, principalmente no chamado Estado de Bem-Estar Social. Este tópico trata da imprescindibilidade do tratamento do direito à saúde sob a ótica do princípio da solidariedade em assistência humanitária na perquirição da proteção humana e justiça social.

Com a necessidade de avanço dos chamados “serviços sociais” na Alemanha do século XIX, durante o período intenso de industrialização, nasce a concepção de Estado de Bem-Estar, o qual surge como política de estratégia para orientar a economia, gerir eficientemente os impostos, praticar o mercantilismo e oferecer instrumentos técnico-administrativos, como resultado da procura por modernização das estruturas capitalistas na Alemanha de Bismark (BRAGA, 1999, p. 195).

Já, no pós Segunda Guerra, as novas tentativas de constituir um sistema de seguridade social¹², faz surgir o Estado de Bem-Estar Social. Nos Estados Unidos, nos países escandinavos e na própria Alemanha, surge a procura pela garantia do fornecimento de benefícios mínimos, direcionado quase que exclusivamente aos trabalhadores, indivíduos ou famílias com rendimentos muito baixos. A construção de um modelo preocupado com

¹²Após aparecer pela primeira vez no documento de lançamento do *Social Security Act*, que instituiu a Previdência Social americana, em 1935, e sofrer modificação ao longo dos anos, entende-se a seguridade social como um conceito estruturante das políticas sociais que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social, cujo princípio fundamental é a solidariedade.

questões de segurança e estabilidade do indivíduo era o objetivo; e, que pudesse fornecer serviços universais e gerais baseados na “noção de solidariedade e cidadania sociais” (MISHRA, 1996, p. 366). Pode-se afirmar que a intrínseca relação entre crescimento econômico e ofertas de serviços sociais básicos surgiu no final do século XIX e consolidou-se no século XX.

O Estado de bem-estar social é desta feita, um tipo de intervenção do Estado¹³ que trata a desigualdade e as vulnerabilidades econômicas e sociais dos cidadãos como problemas da sociedade e não do indivíduo. Ou seja, a pobreza, o desemprego, a incapacidade para o trabalho em decorrência de doença ou velhice e outras questões similares não são mazelas de responsabilidade dos indivíduos (e de suas famílias), mas questões que devem ser tratadas na esfera do Estado.

Esse Estado Assistencial que garante padrões mínimos aos seus cidadãos tem sua origem na Inglaterra do século XX, ao invocar a ideia de solidariedade que se destinava a “[...] proteger uma classe na sociedade contra os perigos que ameaçam aquela classe apenas, os quais são inerentes a ordem social e não podem, aparentemente, ser eliminados dela”, com direitos relativos às relações de produção e seus reflexos (MARSHALL, 1967, p. 197). Assim, o contexto de surgimento desse assistencialismo estatal estava voltado ao impacto da busca pela manutenção e controle do *status* da classe social menos favorecida, e do pretense incentivo ao exercício de cidadania, visto que, já se partia de uma ideia de não mobilidade e de não mudança do *statu quo*. Discurso este que se pautava na popularização de garantias essenciais, que eram privilégios da classe mais abastada.

Assim sendo, cidadania seria segundo Marshall (1967, p. 76), “[...] um status concedido àqueles que são membros integrantes de uma comunidade”, que passava a ocupar o centro da discussão sobre políticas de seguridade social para estender o *status* aos que não tinham esse privilégio, por meio de governanças que, ainda como esclarece Marshall (1967, p. 79-80) sobre a permanência da rotulação dos mais abastados e os mais pobres, “[...] *status* não foi eliminado do sistema social. O *status* diferencial, associado com classe, função e família,

¹³ Segundo Kerstenetzky (2012, p. 29), “Sabe-se que esse modelo de intervenção se replicou em vários países da Europa e nos Estados Unidos. No entanto, a intervenção era em geral coercitiva, manifestando-se por meio de repressão à mendicância e compulsão ao trabalho dos fisicamente capazes, e de seletividade e condicionalidades na provisão de assistência pública aos incapacitados, então denominados “pobres meritórios”. Em todo caso, o modelo adotado era a consequência lógica do diagnóstico de ser a pobreza (não meritória) o resultado de decisões equivocadas quando não de mau comportamento dos próprios pobres. Nesse contexto, a promoção ou mesmo a simples proteção do bem-estar dos pobres não era nem o objetivo nem a razão de ser da intervenção. A compreensão era de que ações com esses propósitos acabariam por se somar às causas da própria pobreza ao aprofundar a dependência dos pobres à assistência.”

foi substituído pelo único *status* uniforme de cidadania que ofereceu o fundamento da igualdade sobre a qual a estrutura da desigualdade foi edificada.”

Nesse esteio, surge com a Declaração Universal de Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948, o reconhecimento de direitos sociais como direitos humanos, os direitos civis e políticos¹⁴, numa dimensão garantista com função promocional, resultado da passagem de um Estado Mínimo que acompanhava o desenvolvimento do projeto liberal — que apenas assegurava o livre desenvolvimento das relações sociais no âmbito mercadológico —, para um Estado Social de caráter intervencionista que assume tarefas próprias por meio do indivíduo e da coletividade.

A finalidade dos direitos sociais surge da tentativa de assegurar que diferenças econômicas e de classes sociais não interferissem no pleno exercício de outros direitos. Assim, ao asseverar certas prerrogativas relacionadas às condições mínimas e à igualdade de provimentos¹⁵, não haveria óbice ao exercício de direitos civis e políticos e surgiria assim uma cidadania social pautada na ideia de um Estado garantidor da paz social que adjudica a ideia de uma comunidade solidária, cabendo ao poder público a tarefa de produzir benefícios da sociedade a todos os grupos sociais. Segundo Moraes (2012, p. 31),

Nesta função de patrocínio da igualdade, transfere-se ao Estado um novo atributo que contrasta com este poder ordenador, qual seja a solidariedade. O caráter solidário do poder estatal, para muitos, substitui a sua característica soberana para incorporá-lo na batalha cotidiana de superação das desigualdades e de promoção do bem-estar social, percebido como um benefício compartilhado pela humanidade toda.

Assim, a solidariedade surge como resposta às realidades decorrentes da sociedade industrial pautada em uma ética social que teria como alvos a liberdade individual e a integração social, decorrente da influência da condição da classe trabalhadora e de um ideário

¹⁴ Segundo Sorto (2018, p.221), “A Declaração é o primeiro documento internacional dos direitos humanos que busca integrar, de modo simples e inteligível, todos os direitos humanos em um bloco indivisível. O seu caráter holístico é traço fundamental, posteriormente corroborado por outros documentos jurídicos”.

¹⁵ Moraes (2012, 35-36) esclarece que “De um lado, deve-se reconhecer que o processo de crescimento/ aprofundamento/ transformação do papel, do conteúdo e das formas de atuação do Estado não beneficiou unicamente às classes trabalhadoras com o asseguramento de determinados direitos, com o estabelecimento de certos paradigmas ou com a promoção de políticas de caráter assistencial ou promocional. A atuação estatal em muitos setores significou também a possibilidade de investimentos em estruturas básicas alavancadoras do processo produtivo industrial (...) Pode-se dizer que esta dupla face faz parte da trajetória peculiar ao Estado Social, onde, ao mesmo tempo em que a intervenção pública fazia eco aos reclames dos movimentos sociais, em particular aos movimentos de trabalhadores, a atividade interventiva do Estado permitia uma flexibilização do sistema, garantindo a sua manutenção e continuidade, assim como dava e constituía condições infraestruturais para o seu próprio desenvolvimento.”

da doutrina social cristã¹⁶, que é resultado em profundo processo de alteração de estruturas econômicas que passaram a adotar a solidariedade como princípio de Estado. Neste sentido, Westphal (2008, p. 50) esclarece que,

É possível afirmar que concepções acerca da solidariedade se ocupam com aspectos descritivos e normativos, incorporando análises pautadas em sentimentos de pertencimento e vivência comunitários, e até análises vinculadas a princípios éticos no campo dos direitos legais. A questão acerca da integração da sociedade por meio da solidariedade, enquanto sentimento ou princípio de Estado continuará a ser tema teórico e empírico das ciências sociais, sendo sua compreensão relacionada aos crescentes processos de individualização, modernização e diferenciação da sociedade moderna.

Desse modo, a solidariedade surge como “deber ético político de asistencia y de interdependencia entre los miembros de una determinada sociedad” (SORTO, 2011, p. 101) e interliga-se à ideia de realização da cidadania, sendo os indivíduos corresponsáveis pelo seu exercício nas relações sociais.

Araújo (2016, p. 54), ao discutir a compreensão de cidadania social, assevera que a compreensão de cidadania deve ser, como parte das projeções globais de comprometimento mútuo, assentada na concretização do desenvolvimento, para quem a “cidadania solidária revela-se como a expressão de um pluralismo social, com a participação comum nas decisões políticas, que vai muito além de uma devoção aos símbolos normativos configurados no texto da lei”. Mais adiante aduz que a compreensão de cidadania solidária, ao abranger a esfera global de realização dos direitos sociais,

[...] implica um senso de coletividade, que respalda o sentimento de pertencimento direto a uma comunidade que é comum a todos. Ao mesmo tempo confere um dever, que se firma no compromisso de respeito ao grupo social, no qual o sujeito social se insere. Essa dupla acepção de direito e dever firma-se tanto nos interesses do sujeito individualmente considerado (agregando-se valores material, político e cultural), como também em interesses coletivos, permitindo a uma quantidade cada vez maior de pessoas sem poder social a adquirir uma maior capacidade de agir politicamente e possibilitando-se os meios de defender os seus interesses e efetivar direitos (em especial o direito à emancipação social) com a maior eficácia possível (ARAÚJO, 2016, p. 54).

É necessário reconhecer que os direitos sociais passam a ser analisados como resgate da mutualidade entre aspectos estritamente sociais e valores econômicos, como reconhece

¹⁶Como explicita Westphal (2008, p. 56), sobre as diferentes matizes da ideia de solidariedade, “As ideias da doutrina social católica tiveram uma grande influência no desenvolvimento da solidariedade como princípio de Estado. O centro da doutrina no início do século 20 foi o solidarismo e este sugere um sistema social-filosófico, não teleológico. Todavia, a ideia da figura humana solidária espelha-se na doutrina social católica.”

Marshall (1967, p.103), quando aponta que tais aspectos “[...] implicam uma invasão do contrato pelo status, na subordinação do preço de mercado à justiça social, na substituição da barganha livre por uma declaração de direitos.” Ou seja, os direitos sociais passam a exigir do Estado uma prestação positiva e eficaz, gerando uma garantia jurídica e econômica e, oferecendo mecanismos para concretização de serviços de seguridade social.

Dentre esses serviços, a saúde — foco do presente trabalho — constitui um dos mais importantes direitos fundamentais sociais, visto que, é um elemento intimamente ligado à dignidade humana e requer uma atuação positiva e prestacional do Estado. Marshall (1967, 198) sobreleva a saúde quando aponta que o verdadeiro símbolo do Estado de Bem-Estar Social — ao analisar o sistema britânico — foi o *National Health Service*, pois o exercício da medicina caracterizava a humanidade em luta contra os males naturais, no qual se “[...] suprime o mercado econômico e o substitui por um cálculo de necessidades”.

Nessa linha, o direito à saúde apresenta uma roupagem de direito múltiplo, não somente de direito coletivo, mas ao mesmo tempo de caráter coletivo e difuso, com feições subjetivas e objetivas, merecendo, no que tange às formas de amparo jurisdicional, ser tratado de forma especial, visto ser um direito social fundamental intimamente ligado ao direito à vida. São direitos processualmente garantidos ao ser humano e instrumentalizados pela ação de políticas públicas eficazes, oferecidas pelas instituições. (CARDOSO; FEITOSA, 2014, p. 5)

A vinculação da saúde ao direito à vida se consolidou com o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, 1966)¹⁷, que surgiu com o objetivo de tornar relevantes os dispositivos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, determinando a responsabilização internacional dos Estados signatários por eventual violação dos direitos estipulados.

Do vínculo estabelecido, origina-se a obrigatoriedade, inclusive de natureza normativa, de garantia, a todos os indivíduos, de reconhecimento de seus direitos. Acrescente-se que este Pacto, ao prever a adoção de medidas, tanto decorrentes de esforço próprio como oriundas da cooperação e da assistência internacional, objetiva assegurar, progressivamente, por todos os

¹⁷Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Resolução nº 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966. Artigo 12: “1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental. 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: a) A diminuição da natalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento e das crianças; b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças; d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.”

meios apropriados, o pleno exercício de tais direitos. Com isso, vê-se que o Pacto estaria direcionando visões teórico-políticas do direito à saúde.

Com efeito, a ligação entre solidariedade, direito à saúde e outros direitos sociais é particularmente complexa, um fato que evidencia forte interdependência dos direitos humanos. A percepção social do que é saúde tem tamanha amplitude que é preferível analisar suas possíveis representações no ambiente social e interação com outros direitos do que formalizar um conceito pronto (AITH, 2007, p.44). A complexidade dos fatores que exercem uma influência na saúde impede que os aspectos desse direito estejam claros e precisos nas normativas que o preconizam e, por conseguinte, que as exigências na aplicabilidade de políticas públicas sejam plenamente satisfeitas.

Assim, levando em consideração essas exigências e que as obrigações concretas dos Estados com vistas à obtenção do mais alto padrão possível de saúde variam, em termos das diferentes categorias, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas lançou luz adicional sobre os conteúdos das normativas que tratam da temática, quando considerou que direito à saúde está intimamente relacionado e depende da realização de outros direitos humanos (CESCR *General Comment* No. 14, art. 12)¹⁸. Dessa forma, a acessibilidade não discriminatória para todos e a sua interdependência com outras categorias aponta o direito à saúde como um direito de cidadania social na esfera pública democrática, devendo, nesse contexto, ser enfatizada a figura do indivíduo sob o princípio da solidariedade.

Faz-se, pois, necessário pontuar que o sistema de seguridade criado como conceito estruturante de políticas sociais enfatiza a essencialidade da solidariedade e a fortalece, posteriormente, como conceito estruturante para as normativas de um Sistema Humanitário que ainda estava em formação. O intuito, assim, seria assegurar valores relativos à proteção humana e às finalidades do Estado de Bem-Estar Social, pois, ainda que passível de crises, reveste-se da instrumentalidade do princípio da solidariedade para criar ferramentas de cooperação intergovernamental e não governamental.

Desta feita, sinalizam-se os ideais do Estado de Bem-Estar Social e como a transformação do Estado Desenvolvimentista em um Estado de desenvolvimento com vistas à

¹⁸CESCR General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Document E/C.12/2000/4: “3. The right to health is closely related to and dependent upon the realization of other human rights, as contained in the International Bill of Rights, including the rights to food, housing, work, education, human dignity, life, non-discrimination, equality, the prohibition against torture, privacy, access to information, and the freedoms of association, assembly and movement. These and other rights and freedoms address integral components of the right to health.”

transformação social, é necessária à ideia de um Sistema Humanitário pautado na solidariedade.

Sumariamente, pensar o direito à saúde como uma expressão dos direitos sociais fortalece a cidadania ao mesmo tempo em que sedimenta a afirmação de que: a efetivação desse conceito impõe a necessidade de cumprimento do patamar mínimo de bem-estar social, elevando-o a condições cada vez mais consistentes. Nesta senda, a saúde de todos os povos é uma condição fundamental para alcançar a paz e a segurança, sendo dependente de certa cooperação solidária para sua realização, conforme se demonstra adiante, na discussão sobre os fundamentos e importância do humanitarismo médico e de instrumentos utilizados na promoção da saúde pública.

2.3 Produção de conhecimentos no processo saúde-doença visando a persecução do direito à saúde: a utilização de dados epidemiológicos das ONG's

Desde o século XIX, quando a ajuda humanitária emergiu como uma importante força moral na era moderna (ABRAMOVITCH; PANTER-BRICK, 2015), as intervenções médico-humanitárias estiveram presentes nos campos de batalha para fornecer atendimento, triagem, e conforto para os moribundos entregar bens materiais, como bandagens e próteses, para os sobreviventes da guerra e do desastre. Ao longo do século XX, e especialmente após o fim da Guerra Fria, o humanitarismo médico cresceu em escala e complexidade, indo muito além de seu objetivo inicial, buscando práticas de logística humanitária que se dedicassem à criação de clínicas, hospitais e acampamentos onde pessoas pudessem buscar serviços que iam desde cirurgias a aconselhamento em saúde mental, processos de imunizações e tratamentos ambulatorial e antirretroviral, na promoção da saúde.

Assim, o humanitarismo médico passou a assumir um papel proeminente no desenvolvimento internacional, na saúde global, direitos humanos, manutenção da paz internacional e diplomacia. Isto porque a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Escritório da ONU para a Coordenação de Assuntos Humanitários (UNOCHA), passaram a legitimar o trabalho dessas ONGs através do incentivo ao financiamento das atuações médico-humanitárias.

O discurso das emergências médicas demarca o espaço, prazos, paradigmas de governança e sistemas de responsabilização de ajuda humanitária. Embora algumas exceções estejam presentes em quase todos os exemplos da prática médica-humanitária, são os detalhes contextualmente específicos que dão forma e variação a instâncias da vida real de

atendimento médico em crises humanitárias.

As preocupações com a segurança regional, tendências de percepção de gerenciamento epidemiológico em crises sanitárias ou capacidade institucional de negociar acesso a cuidados de saúde e medicamentos que salvam vidas a preços acessíveis, demonstram a necessidade de intervenções para projeção de políticas em saúde. Nesta feita, o objetivo principal deste tópico é entender a importância de tais ações no manejo de epidemias locais, por meio da ferramenta de vigilância epidemiológica na promoção da saúde.

Antes de adentrar nas justificativas das intervenções médico-humanitárias no próximo capítulo e dos motivos pelos quais elas são necessárias, há que se vislumbrar, em primeiro lugar, a importância de ações que proporcionem detecção e promoção de fatores determinantes da saúde individual e coletiva, pois a orientação técnica e especializada é essencial na busca por resposta às necessidades de saúde da população.

Se a ação médica-humanitária possui elementos de elevação da saúde pública, deve levar em conta uma função preventiva, bem como corretiva e, para isso, deve aliar ferramentas de análise do processo saúde-doença. As avaliações de desempenho são parte de esforços nas intervenções médico-humanitárias, e podem contribuir para o gerenciamento de crises sanitárias a longo prazo.

Esclarecer tal fato é primordial, dada à complexidade intrínseca ao conceito de saúde — já explanado no primeiro tópico desta seção — e, pela multiplicidade de fatores a serem considerados. Esses fatores refletem acerca do que ensejam as ações que facilitam o tratamento de dados entre os indicadores de saúde e podem ser vistas como ferramentas fidedignas na promoção da saúde, já que há uma importância na conciliação de características técnico-administrativas e técnico-científicas (exames laboratoriais, registros médico-hospitalares, inquéritos populacionais, sistema de registro de dados, pesquisa de casos e surtos, vigilância sentinela, registro de dados administrativos etc.) (PEREIRA, 1995, p. 50-51).

Vislumbra-se essa importância no combate às doenças infecciosas pelos seus muitos aspectos – todos eles caracterizados por sua natureza dinâmica. Primeiro, as infecções viajam. A praga já o fez extensivamente na Idade Média e até o final do século XIX. A gripe espanhola, no final da Primeira Guerra Mundial, custou a vida de milhões de pessoas. Atualmente, a alta mobilidade de pessoas por meio de viagens e migração e a troca cada vez maior de mercadorias estão levando à rápida disseminação de infecções em todo o mundo.

Sobre a trajetória das doenças endêmicas e epidêmicas, Scliar (2002 p. 6 e ss) descreve algumas épocas históricas e seus espectros em termos de doença, mostrando o olhar

empírico desde o suporte religioso dado à medicina no mundo grego da era clássica à ressurreição do ocultismo no século XV no tratamento de doenças, que pode ser observada no seguinte trecho:

Cada época histórica das que estamos descrevendo teve seus espectros em termos de doença. Nos tempos bíblicos era a lepra, a peste, o cólera: na Índia e na China antigas, a varíola: na antiguidade Grecoromana, a malária, descrita por Hipócrates, tornou-se endêmica com desastrosas consequências socioeconômicas. Ocorrendo em regiões úmidas que são também as que prestam para a agricultura, a malária acomete os trabalhadores rurais, que abandonam o campo e se dirigem para a cidade. Esta, privada de seu suporte agrícola, entra em crise, agravada pela massa de camponeses doentes que “incha” a população. (SCLIAR, 2002, p. 09)

Dessas mudanças históricas, surgem condições para o nascimento da saúde pública moderna, que buscava uma operatividade de conceitos e trajetórias significativas no tratamento de doenças. Assim, além da análise de fatores pré-patogênicos¹⁹, o processo saúde-enfermidade necessita de diferentes tipos de intervenção, que vão desde medidas de promoção em saúde, como saneamento básico ou adequada nutrição, até a proteção específica contra doenças, como a distribuição de vacinas.

Deve-se considerar, pois, que até o século XIX, as informações e teorias acerca das doenças e de como tratá-las tinham escassa fundamentação científica (SCLIAR, 2002, p. 31). Entretanto, surge entre as décadas de 1950 e 1970 uma nova perspectiva em Saúde coletiva voltada a uma noção positiva de saúde que buscava a prevenção, unindo diferentes esferas para a determinação de políticas de saúde nacionais apoiadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Essas esferas — jurídica, política e administrativa — passam a trazer de forma propositiva uma nova agenda para a saúde no século XXI, que engloba a visão de cidadania social na conformação do direito à saúde (NOGUEIRA; PIRES, 2004, p. 753). Parte dessa nova agenda começou a ser vislumbrada pela ideia dos serviços básicos de saúde em 1977, na Assembleia Mundial de Saúde, pela persecução de saúde para todos até os anos 2000 (*Health for All – HFA*), a Resolução não exigia a eliminação de todas as doenças, como parte de um esforço conjunto, mas que pudesse ser oferecido um estado de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva²⁰.

¹⁹ Sobre fatores pré-patogênicos, ao discorrer sobre a história natural das doenças, Leavell & Clark (1976,s.p.), assevera que “esses fatores derivam das interrelações entre o agente, a pessoa suscetível e o meio ambiente que afetam processo global de desenvolvimento da doença, desde as primeiras forças que criam o estímulo para o processo patológico”.

²⁰ Segundo Vuori (1992, p. 46), “The critics have voiced three questions: 1) Why health: Why not food, housing, work or peace? What makes health so special that it needs a worldwide programme? 2) Why health for all: Isn't

Para Vuori (1992, p. 46 e ss), embora seja um ponto de encontro dessas esferas de atuação para que mobilizem recursos na saúde, os conceitos trazidos com o slogan do *Health for All* suscitam posturas práticas. O autor sugere, então, a epidemiologia como ferramenta que serve para apoiar ações da OMS, de países e organizações na melhoria dos quadros de saúde e nivelamento das iniquidades. Desta feita, ao se aliar com pesquisadores e cientistas e ao cumprir seu objetivo de avaliar a situação, localizar os focos do problema e estabelecer metas realistas de melhoria através de monitoramento, a OMS cumpriria mais facilmente sua responsabilidade pela vigilância epidemiológica global das doenças. É neste sentido que Vuori (1992, p. 45) explicita a importância que a Comunidade Científica e as Organizações Internacionais e Não Governamentais passam a ter na produção e controle de dados sobre determinadas doenças, surtos e epidemias para a OMS, a saber:

Além de produzir informações epidemiológicas para uso por terceiros, a OMS precisa de inteligência epidemiológica produzida por outros. O tipo de informação que a Organização utilizou reflete o desenvolvimento do trabalho da OMS. Os Estados Membros fundaram a OMS para reconstruir seus sistemas de saúde arruinados pela Segunda Guerra Mundial. Depois que os países industrializados se recuperaram rapidamente, a Organização voltou sua atenção para os países em desenvolvimento. Começou com a saúde pública, culminando em campanhas contra os grandes flagelos da humanidade, passando para o desenvolvimento da infraestrutura de saúde e agora inicia a política de saúde. (VUORI, 1992, p. 45, tradução nossa)²¹

Assim, pela necessidade de utilização, pela OMS, de dados epidemiológicos produzidos por outras instituições e atores, e ao fazer o uso de ferramentas que trazem para a sua lógica de cuidados globais em saúde, a Organização demonstra que, para a implementação de direitos em promoção da saúde, devem-se utilizar as aplicações do progresso científico. Desta feita, em 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, uma série de princípios éticos e políticos estabelecem e passam a definir os campos de ação, trazendo, como ponto principal, a promoção da saúde como sendo o “[...] processo de

the goal ridiculous? Will there not always be biological aberrations? Will there not always be people who, through their behaviour, risk life and limb, who smoke, overeat or indulge in car racing or hang gliding? 3) Why health for all by the year 2000: Even if the goal were biologically possible, is it technologically possible? Will the political will, the resources and the know-how be there? Even if they were, is there enough time before the year 2000 to do what is needed?”.

²¹ Texto original: Besides producing epidemiological information for the use by others, WHO needs epidemiological intelligence produced by others. The type of information the Organization has used reflects the development of WHO's work. The Member States founded WHO to rebuild their health care systems ruined by the Second World War. After the industrialized countries quickly got back to their feet, the Organization turned its attention to the developing countries. It started from public health, capping in campaigns against the great scourges of the humanity, moved to the development of health care infrastructure and is now initiating health policy. (VUORI, 1992, p. 45)

capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986).

Ao analisar a interligação do conjunto de ações e estratégias para organizar os sistemas de saúde e fortalecer o processo saúde-doença, juntamente com um aparato científico, a OMS focalizava a importância da tarefa individual e coletiva para melhorar tal processo em relação tanto aos determinantes sociais da doença, quanto à participação comunitária, intersetorialidade e ao uso de tecnologia apropriada. Como constata Buss (2000, p. 165), “[...] partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários.” Na Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), surge a proposta de uma atenção à saúde baseada em tecnologia, e métodos práticos cientificamente comprovados.

Com o intuito de cumprir componentes fundamentais de promoção à saúde nos processos de imunizações, educação em saúde, prevenção de doenças endêmicas locais, surtos e epidemias, a epidemiologia surge como ferramenta essencial alertando a OMS sobre os problemas de saúde emergentes, mostrando maneiras de enfrentá-los, monitorando os desenvolvimentos, avaliando as conquistas e propondo modificações para a política de saúde escolhida.

Essa compreensão complementar pontua a análise da vigilância epidemiológica sobre as doenças, visto que tal prática é focada no estudo de estimativas sobre ocorrência de doenças na população, bem como no entendimento acerca dos fatores de risco, da causalidade das doenças e da busca por boas condutas em prática clínica (MIKOLAJCZYK, 2010, p. 197). Tal finalidade demonstra importante relevância na investigação por melhorias da saúde para determinada coletividade em caráter de prevenção e promoção, visto que todo o aparato jurídico e de políticas públicas é construído pela observação de práticas de intervenção e estratégia.

A epidemiologia tem como principal objetivo melhorar a saúde das populações através de mecanismos que facilitem o entendimento sobre doenças e como tratá-las. Assim, certo processo sistemático e contínuo com a finalidade de delinear possíveis e prováveis cenários de disseminação e risco à saúde das populações se fez necessário ao longo das décadas. Surge, assim, a necessidade de aglutinação do conceito de vigilância nas práticas sanitárias de investigação com o intuito de identificar os elementos básicos nos quais passariam a se basear o processo constitutivo de normas jurídicas para a segurança sanitária, sinalizando a interdependência entre áreas e atores na promoção de políticas públicas e prevalência de

direitos e garantias essenciais.

O primeiro aspecto da luta contra essas infecções é, portanto, o que é comumente chamado de “controle de epidemia”, que significa a circulação rápida sobre novos casos, em incidências e mortalidade, em cepas e vias de transmissão de doenças infecciosas e dos seus agentes patogênicos²², se possível centralizada em uma instituição intergovernamental como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Também significa tomar decisões rápidas sobre a intervenção e estratégias de tratamento, como isolamento e profilaxia ou tratamento com antivirais, estocagem de medicamentos etc.

A vigilância epidemiológica deixa de ser vinculada exclusivamente aos conceitos de quarentena e isolamento e passa a ser inserida no contexto de saúde pública com o surgimento da microbiologia no final do século XIX, sendo fortalecido a partir da década de 1950 quando passa a ser aplicada ao controle de doenças transmissíveis, como a malária (WALDMAN, 1998).

Como prática de saúde pública, a vigilância epidemiológica fornece orientação técnica ao operacionalizar funções específicas, tais como: análise e coleta de dados, recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas, promoção das ações de controle e prevenção indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes (BRASIL, 2009, p. 18).

Nesse sentido, o Brasil é exemplo no que condiz à imbricação entre procedimentos clínicos, administrativos e normativos em vigilância sanitária desde 1931, perpassando pela criação e constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e de serviços correspondentes dados através da Lei 8.080/1990, assim como também o é quanto à vigilância epidemiológica, através da Resolução nº 588 de 2018, a qual institui diretrizes para uma Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)²³.

²²Qualquer organismo que pode produzir doença. Um patógeno também pode ser referido como um também chamado de agente infeccioso ou etiológico animado.

²³Os artigos 2º e 3º da Resolução Nº 588 de 2018 esclarecem: “Art. 2º A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público. §1 Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. §2 A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde. Art. 3º A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.”

Entender práticas que busquem a operacionalização dos serviços de saúde para adotar medidas de controle eficazes à saúde das populações se faz essencial tanto em sistemas organizados de saúde, como o sistema de seguridade social brasileiro e a utilização de práticas em vigilância de outros atores, quanto nas organizações não governamentais de caráter médico-humanitário, como o Médico Sem Fronteiras.

Nesta senda, a análise do sistema de dados e informação pela investigação epidemiológica de casos, emergências em saúde pública, surtos e epidemias é característica essencial de um sistema de vigilância epidemiológica que tem o propósito de avaliar as implicações da ocorrência para a saúde coletiva, através da confirmação de diagnóstico, determinação das características epidemiológicas da doença ou evento, identificação das causas do fenômeno e orientação das medidas de prevenção e controle, o que é comumente denominado de vigilância epidemiológica de campo (BRASIL, 2009, p. 25).

O sucesso da implementação do controle de doenças infecciosas depende criticamente, senão predominantemente, de conhecimento aprofundado dos fatos epidemiológicos (KRÄMER; KRETZSCHMAR, 2012, p. 10 e ss). O controle da epidemia é baseado na vigilância e no conhecimento detalhado das vias de transmissão em uma população, razão pela qual o planejamento e o monitoramento das medidas de imunização requerem uma compreensão profunda de seus mecanismos e efeitos na transmissão dinâmica em uma determinada comunidade. Os resultados de estudos e catalogação das doenças ajudam na interpretação de dados epidemiológicos e no apoio às decisões baseadas em evidências para direcionar intervenções que possam controlar, com eficácia, a doença.

Esse controle eficaz da doença, em que condições de vida de determinada população estão em observação, além de ser objeto de estudo para possíveis respostas objetivas de cuidado, exige um nível elevado de competência profissional, com a integração de esforços para impedir a ocorrência de novos casos de doenças. Tal integração exige competência técnica no mapeamento da gravidade do evento, orientação do tratamento de pacientes e adequação das medidas de controle em tempo hábil.

O significado da necessidade de esforços especializados para a prática em saúde pública — especificamente no caso de manifestações epidêmicas — é observável dentro das atividades de vigilância epidemiológica pela multiplicidade de fatores estratégicos que são exigidos. Nesta perspectiva, a produção de conhecimentos do processo saúde-doença é essencial para a persecução da saúde enquanto direito. Esse conjunto de esforços vai desde a identificação de agentes causadores a fatores concomitantes que possam influenciar diretamente as estruturas centrais de saúde coletiva, com a finalidade de catalogar

informações importantes que servirão de base para a constituição de normas sanitárias e jurídicas em níveis local, nacional e internacional. Entretanto, globalmente, há crises de natureza gerencial e institucional no âmbito sanitário que acabam por enfraquecer os sistemas de saúde e, conseqüentemente, suas ferramentas de controle.

Na próxima seção da pesquisa, serão discutidos o papel e a necessidade de intervenções médico-humanitárias como forma de suprir e atender parte da população em Estados onde as multiplicidades de crises sobrelevam a necessidade de uma ingerência médico-humanitária.

3 FRAGILIDADE ESTATAL E A NECESSÁRIA ATUAÇÃO MÉDICA-HUMANITÁRIA DAS ONG's

Estados, organizações e relações de cooperação no plano internacional estão ligadas e se revelam como vetores na promoção de valores humanitários e de proteção. Os interesses individuais, nesse sentido, cedem espaço para a persecução de estratégias na promoção do bem comum, havendo assim, uma contrapartida empírica, na qual a sujeição do indivíduo é entregue a um poder constitutivo e institucional. As Organizações Não Governamentais compõem essas estratégias em cenários onde há um colapso das funções estatais, o que constata a dispersão do poder e evoca o protagonismo de atores que se fazem fundamentais na efetivação de direitos.

As Organizações Não Governamentais como agentes de transformação na participação estatal para elaboração e execução de políticas sociais, destacadamente as de caráter médico-humanitário, atuam não apenas no sentido do fortalecimento dos serviços que o Estado não pode assegurar, mas também fornecem soluções inovadoras com suas estratégias (considerando-se o bom funcionamento das políticas públicas) e estrutura (que garantem a logística das ações), as quais o auxiliam na organização e na promoção social, especificamente dos direitos sociais (cujo dever jurídico obrigacional recai no Estado). Fortalecem, assim, estruturas enfraquecidas. Dessa forma, esta segunda seção a necessidade de análise das Organizações Não Governamentais na sinergia entre garantir assistência humanitária médico-humanitária no enfrentamento de surtos e epidemias e ajudar no fortalecimento dos serviços que o Estado não pode assegurar. É nesta relação cooperativa entre Estados e ONG's que se pode ilustrar a complementaridade entre a crise no poder atuante do Estado e a indispensabilidade de uma condução e reorientação de políticas públicas e sanitárias.

3.1 Multiplicidade de crises e ingerência social: a fragilidade estatal na aplicação de políticas de saúde e atuação das ONG's

A modificação de estruturas, territórios e agentes pelas crises advindas com a modernidade — e com a mudança das relações humanas — realinharam funções e jurisdições, assim como redefiniram o sentido atual e atuante do Estado de Direito (NOVAIS, 2006). Nesse cenário, observa-se o surgimento a transferência das estruturas assistenciais que passam a adequar a ideia de que apenas o poder soberano assiste e beneficia a sociedade. Nisto, em sede de cooperação multilateral, destacam-se as organizações não governamentais como instrumento de promoção social envolvendo ações imprescindíveis para que certos Estados

tenham acesso a elementos essenciais de promoção da saúde pública.

A ideia de um Estado que precisa estar aberto à emergência e consolidação de novas relações sociais, que cede o protagonismo a sujeitos que não são indivíduos isolados e que passam a assumir funções públicas, onde o caráter solidário do Estado passaria a substituir a sua característica soberana com vistas à superação das desigualdades e promoção do bem-estar social, nem sempre foi ideal.

Surge assim, a necessidade da análise de situações paradoxais em que se tem o Estado como um poder que assumia características indelegáveis na proteção da coletividade e a necessidade da transformação da ordem de compromissos do Estado – com a delegação do direito de proteger e assistir a outros entes. Essa construção da ordem de compromissos que modificaria um dos elementos centrais do poder estatal, levou o surgimento de interrogações sobre a capacidade da ordem jurídica e institucional de alguns Estados.

Para Robert Rotberg (2007), em perspectiva internacionalista, os Estados são projetados para fornecer uma série de benefícios políticos aos seus cidadãos, dentre os quais apontam um sistema financeiro e fiscal fortes; segurança; um sistema jurídico e judicial que conceda liberdades políticas; direitos econômicos, sociais e culturais. Assim, quando um Estado deixa de prover requisitos básicos e bens adquiridos em um texto normativo hierarquicamente escrito, que reúne as disposições essenciais relativas a essa natureza do Estado, à soberania, à formação da vontade política, à cidadania, ao direito ao voto de forma democrática, às organizações e estrutura do governo e dos poderes atuantes dentro dele, tem-se, enfim, Estado falido, colapsado.

Dessa forma, em que se diz respeito à manutenção da segurança interna, da qual os Direitos Humanos, a boa governança, o acesso à educação e à previdência, garantem que cada indivíduo tenha oportunidades e escolhas para atingir seu potencial dentro da circunscrição do Estado, surge a necessidade de rearranjo das funções jurídicas e institucionais. Isto posto, observa-se a necessidade de transformação dos contextos, nos quais os índices de pobreza devem ser reduzidos, bem como alcançados satisfatórios patamares de crescimento e desenvolvimento econômico, além da prevenção de conflitos; e transformação do conceito de liberdade das futuras gerações para receberem um ambiente natural saudável — sendo estas as alicerces fundamentais inter-relacionados à segurança humana (KING; MURRAY, 2002).

Nesse esteio, concebe-se que quando ocorre a perda desses caracteres há a configuração de um Estado incapaz de prover a ordem pública básica sobre o seu território. Em outros termos, a ordem pública em partes substanciais do território estatal colapsou de tal forma que se verifica o comprometimento de parte expressiva — ou, até mesmo, total — das

atividades construtivas, comunitárias ou corporativas que são obstadas por violência, insegurança e fatalidades.

Em síntese, a ingerência social abre três lacunas nesse Estado: uma lacuna de legitimidade, uma de capacidade e outra de soberania; ou seja, há uma carência de institucionalidade e por esse motivo, o Estado fica incapaz de responder às demandas dos cidadãos (TOKATLIAN, 2008).

É seguro dizer que as mudanças que ocorrem na sociedade contemporânea — mudanças de produção normativa, postura internacional e aplicação de políticas públicas —, cada vez mais em contextos disruptivos, demonstram a necessidade de uma conversão de agendas multilaterais para que a ajuda chegue a países colapsados. Surge, nesse contexto, a urgência de discutir a relevância de políticas desenvolvimentistas de origem não apenas estatal, mas que enfatizem o *self-reliance*²⁴ e o bem-estar humano em qualquer território.

Assim ao vincular os Estados com a obrigatoriedade, inclusive de natureza normativa, para garantir que todos os indivíduos tenham os seus direitos reconhecidos, e, ao prever a adoção de medidas, tanto por esforço próprio como pela cooperação e assistência, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos, instrumentos normativos com autonomia para aplicação de regras internacionais como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 estaria direcionando as visões teórico-políticas do dever de assistência.

Adverte-se, nesse contexto, a emergência de um discurso de *empowerment* e cooperação, advinda dos setores sociais vulneráveis pelas demandas da sociedade *hipercomplexa* na modernidade, o que ensejou a formulação de alternativas que envolvem proposição de políticas públicas e sociais de caráter humanitário (KORTEN, 1987). Dentre essas alternativas, surgem organizações de caráter médico-humanitário que possuem como papel primordial na promoção social por meio da assistência médica-sanitária e de ações que promovam a garantia dos Direitos Humanos através de cuidados em Saúde Pública.

Ademais, com as políticas de enfrentamentos de crises, uma concepção multicultural, de abrangência global e legitimidade local (SANTOS, 1997), que revela um afastamento ao discurso hegemônico e cosmopolita sobre direitos humanos. Nesta feita, passa a vigorar dentro do cenário jurídico internacional esforços para integrar o princípio comunitário²⁵

²⁴*Self-reliance* é o termo utilizado para designar um perfil de regulação democrática dos aspectos sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais do processo de desenvolvimento. A capacidade de identificar seus próprios problemas e de propor soluções de forma soberana, é vista, portanto, como via para assegurar uma elevação nos padrões de assistência.

²⁵Segundo Santos (1999, p. 243 e ss), “Muito em geral poderá dizer-se que a emergência do terceiro sector

trazido pelas ONGs e ultrapassar o principal desafio do direito ao desenvolvimento: assimetrias do poder mundial, e a hegemonia que delas decorre, gerando obstáculos à cooperação em prol do desenvolvimento econômico, mas principalmente humano e sustentável.

Com efeito, a ligação entre o direito à saúde e outros direitos é particularmente complexa, um fato que evidencia forte interdependência dos direitos humanos. A percepção social do que é saúde — principalmente no contexto de epidemias amplamente disseminadas que enfraquecem ainda mais a sociedade — tem tamanha amplitude que é preferível analisar suas possíveis representações no ambiente social e interação com outros direitos do que formalizar um conceito pronto. A complexidade dos fatores que exercem uma influência na saúde impede que os aspectos desse direito estejam claros e precisos nas normativas que o preconizam e, por conseguinte, que as exigências na aplicabilidade de políticas públicas sejam plenamente satisfeitas.

Nesta senda, em que crises sanitárias enfraquecem ainda mais esses Estados, os cuidados primários à saúde devem constituir meta do desenvolvimento e, baseados num espírito de justiça social, eles acabam por confirmar a intrínseca ligação entre atendimento especializado e fortalecimento da saúde como direito humano e direito de cidadania. Em verdade, a cobertura de todas as necessidades de saúde dos indivíduos passa a ser um debate sobre o que cada país e cada organização têm capacidade de oferecer, sem excluir, entretanto, a interligação entre cooperação internacional e busca interna pelo desenvolvimento de políticas públicas como responsabilidade de cada povo e de cada Estado (COMPARATO, 2001).

Assim, emergem novas formas de fortalecimento ao atendimento cidadão a cidadão, visto que os entes estatais não detêm mais o papel central de auxiliador, o que levanta a questão de como os atores emergentes passam a se agregarem e interagirem nas questões humanitárias internacionais e, no escopo da problemática deste estudo, em relação a questões sanitárias.

significa que finalmente o terceiro pilar da regulação social na modernidade ocidental, o princípio da comunidade, consegue destronar a hegemonia que os outros dois pilares, o princípio do Estado e o princípio do mercado, partilharam até agora com diferentes pesos relativos em diferentes períodos. O grande teorizador do princípio da comunidade foi Rousseau que o concebeu como contraponto indispensável do princípio do Estado. Enquanto este último estabelecia a obrigação política vertical entre cidadãos e o Estado, o princípio da comunidade afirmava a obrigação política horizontal e solidária de cidadão a cidadão. Segundo ele, é esta a obrigação política originária, a que estabelece a inalienabilidade da soberania do povo de que deriva a obrigação política com o Estado. A comunidade é assim concebida como um todo e é isso que explica as reservas de Rousseau às associações e corporações, podendo, aliás, por isso, parecer estranho que o invoque como patrono do princípio da comunidade. A verdade é que para Rousseau a comunidade é um todo e é como todo que deve ser salvaguardada.”

As organizações de caráter médico-humanitário possuem destacado protagonismo no que diz respeito à assistência humanitária necessária em situações críticas que exigem resposta imediata, como no caso dos Estados falidos/colapsados. Estas desempenham papel de grande importância no contexto das necessidades advindas da sociedade e do papel desempenhado diante de crises sanitárias e institucionais, e sua lógica mostra-se condizente com o Direito Internacional e os Direitos Humanos, ao qual são imprescindíveis esforços de cooperação dos seus diferentes componentes, bem como integração de instrumentos, processos, estruturas e agentes para a sua efetividade.

A essa logística humanitária, pontua-se a dupla referência: sua credibilidade, em relação da aproximação aos grupos onde se originam as demandas sociais, e sua competência técnica para propor soluções efetivas e eficazes no enfrentamento de problemas que são originados por conflitos ou desastres – ambientais ou antrópicos. Desta feita, a falibilidade de um Estado e sua incapacidade de assegurar proteção de direitos e provisão de assistência, levou à admissibilidade de ações em cooperação para viabilizar o que estes governos não conseguiam fazer institucionalmente em meio às crises (LYRA, 2005).

Diante do cenário delineado, a assistência humanitária com foco em ações sanitárias constitui importante ferramenta na busca por respostas efetivas para a diminuição do sofrimento humano, levando a refletir sobre as possibilidades de entender a assistência sanitária de caráter humanitário como protótipo de um modelo que auxilie na preservação humana e no fortalecimento da saúde enquanto direito de subsistência, dentre outros possíveis desdobramentos.

Sendo assim, as abordagens construídas no campo dos Direitos Humanos e da Saúde devem ter como base uma perspectiva sociopolítica em que a saúde da população é pensada como direito social e humano, difuso e coletivo, cuja garantia e aprimoramento repousa no aprofundamento de bases epistemológicas diversas e nas interpelações estáticas e dinâmicas na pesquisa. A perspectiva dos direitos humanos oferece não só uma nova maneira de pensar sobre os desafios globais de saúde, como também a confluência entre saúde pública e direitos humanos, ampliando, por sua vez, o escopo de reflexão e prática.

3.2 A influência da Cruz Vermelha e seus princípios no surgimento das práticas médico-humanitárias

O significado da necessidade de esforços humanitários especializados no apoio a países que entram em crises de natureza sanitária é observável dentro das ações de

organizações não governamentais de caráter médico-humanitário, como já explanado anteriormente. A importância da Cruz Vermelha no processo de criação do Direito Internacional Humanitário revela o conceito de assistência humanitária a vítimas de conflitos.

Entretanto, a influência dos princípios e regras dessa Organização foi fundamental para o surgimento da atividade médica, no desenvolvimento de projetos que focam a saúde pública, condições sanitárias, atividades cirúrgicas e medidas preventivas contra surtos e epidemias (KRIEGER, 2002, p. 93). Ao analisar contexto e princípios essenciais da Organização, podem-se fixar balizas na compreensão do surgimento da ONG Médicos Sem Fronteiras e seu papel na assistência médico-humanitária.

Embora a palavra *humanitário* seja usada em um número crescente de contextos, o termo *direito humanitário* descreve a lei aplicável a situações de conflito armado, crimes contra a humanidade, genocídio, além dos crimes de guerra. Outros ramos do direito internacional, como aqueles relacionados aos direitos humanos, os direitos dos refugiados, manutenção da paz e cooperação internacional permanecem simultaneamente aplicáveis na maioria das situações de distúrbios, tensões ou conflitos. Na verdade, uma série de situações contemporâneas mal se conformam à definição legal padrão de conflito. Elas se enquadram na estrutura de manutenção da paz ou gestão da segurança ou solução pacífica de controvérsias entre Estados, conforme definido pela Carta das Nações Unidas. Todas essas normas devem ser levadas em consideração quanto da definição da estrutura e do conteúdo de uma ação humanitária legítima e responsável.

A codificação do Direito Internacional Humanitário ocorre depois da Segunda Grande Guerra, impulsionada pelas iniciativas humanitárias não governamentais e pelas conferências diplomáticas que levaram à adoção de convenções pelos Estados. No entanto, ainda no século XIX surge uma organização privada suíça, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, criado por Henri Dunant em Genebra após testemunhar a falta de atendimento médico às vítimas da batalha de Solferino em 1859, e desempenhou um papel fundamental nesta codificação e na implementação de cuidados.

Em Solferino, Henri Dunant descobriu a face oculta dos confrontos militares entre as grandes potências da época: 40.000 (quarenta mil) mortos e feridos de ambos os exércitos foram deixados onde estavam para se tornarem presas dos saqueadores no campo de batalha. Em 1864, Dunant esteve envolvido na elaboração da primeira Convenção de Genebra para melhorar o destino de soldados feridos e convidou os Estados a assiná-la em uma conferência diplomática especialmente convocada para esse fim. Esta convenção propôs, entre outras coisas, que os Estados aceitassem o trabalho de um comitê de assistência médica

neutro e independente, autorizado a buscar e cuidar de soldados feridos e doentes, independentemente de sua nacionalidade. Durante a guerra de 1870, o Comitê estendeu suas ações de socorro aos prisioneiros de guerra não cobertos pela primeira Convenção. Assim, a oferta de ajuda humanitária neutra precedeu ao Direito Internacional Humanitário e serviu de base para sua posterior codificação pelos Estados. (DUNANT, 1862)²⁶

Décadas depois, a Segunda Guerra Mundial mostrou-se teatro de horrores no qual métodos de guerra total se misturaram com técnicas de extermínio em massa. Diante dos acontecimentos, tornou-se impensável ignorar as lacunas do direito humanitário em relação à proteção de civis. Consequentemente, ao final da guerra, e apesar da criação das Nações Unidas com a missão de garantir a paz e a segurança internacional, iniciou-se uma fase mais ambiciosa de codificação do Direito Humanitário. As quatro Convenções adotadas em Genebra em 12 de agosto de 1949 foram fruto dessa codificação. Os três primeiros unificaram e melhoraram o direito humanitário existente, até então espalhado pelas várias Convenções de Genebra e Haia e relacionados apenas à proteção de combatentes feridos ou doentes ou prisioneiros de guerra.

A quarta Convenção, dedicada à proteção das populações civis em tempos de guerra, foi uma revolução política e jurídica, tendo instituído várias categorias de civis protegidos pelo direito internacional de acordo com o tipo de risco a que estão expostos: pobreza, ocupação, deportação, ataques, doenças e lesões, detenção, internamento e outros. No entanto, não cobriu as obrigações dos Estados partes em um conflito em relação aos seus próprios civis. Essa lacuna foi preenchida em 1977 por dois Protocolos Adicionais, que unificaram a proteção com referência à noção de vítimas civis de conflito e sem menção à nacionalidade inimiga. Este desenvolvimento, escrito no Protocolo II, era, portanto, aplicável a conflitos armados não internacionais.

Ademais, a quarta Convenção reestruturou e estabeleceu, em um único texto, as regras relativas aos métodos de guerra e socorro. Impediu que Estados e exércitos evitassem a responsabilidade pelas populações sob seu controle, ao mesmo tempo em que previa os direitos de organizações humanitárias imparciais, atuando como intermediários neutros, para prestar socorro eficaz e salvaguardar os direitos dos mais vulneráveis.

Essas convenções reconheceram o duplo papel do Comitê Internacional da Cruz Vermelha, primeiramente o de guardião do direito humanitário encarregado de salvaguardar sua interpretação e propor novas codificações, e de organização de socorro que garante a

²⁶O livro *Un Souvenir de Solfério* (1862) foi publicado posteriormente pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha e disponível no site da Organização.

proteção das vítimas. Eles reconheceram a união especial entre os Estados e as iniciativas humanitárias privadas, anexando os estatutos do CICV às Convenções de Genebra. (SWINARSKI, 2001, p.35)

O reconhecimento em 2005 de um extenso corpus de regras do Direito Internacional Humanitário Consuetudinário compilado pelo CICV simplifica e facilita a aplicação e interpretação desta lei em novas e complexas situações de conflito.

Hoje, o Direito Internacional Humanitário, como ramo do Direito Internacional Público, é um dos códigos legais que regula as ações de socorro no contexto de um conflito. Suas regras como quaisquer leis, devem ser interpretadas de uma maneira que abarque a realidade dos conflitos, e não como uma forma de evitar responsabilidades. Como a guerra mantém um padrão de violência mais ou menos organizada e institucionalizada — embora o nível de organização varie—, é possível em todas as situações de conflito identificar as cadeias de responsabilidade de comando. Isso torna possível iniciar negociações que incluirão a aplicação e o respeito ao Direito Humanitário.

As organizações humanitárias, os cidadãos e as autoridades políticas precisam estar familiarizados com as disposições contidas nas Convenções de Genebra de 1949 e nos dois Protocolos Adicionais de 1977 porque são os atores, por lei e na prática, que organizam e coordenam as responsabilidades das autoridades civis e de organizações em tempos de conflito. Assim, é correto afirmar que o Direito Humanitário defende o direito de ação²⁷, visto que as vítimas de conflitos são protegidas pela qualidade das ações de socorro realizadas por organizações humanitárias. A qualidade de tais ações depende da sua rapidez e oportunidade (tipo e quantidade de ajuda prestada); sua conformidade com o direito à assistência estabelecido pelo Direito Humanitário para as diferentes categorias de pessoas protegidas; a capacidade das organizações de ajuda humanitária de responder por quaisquer falhas no tratamento desses direitos.

O Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho codificou os princípios humanitários nos quais baseia sua ação e, por conseguinte, estabeleceram parâmetros para que a Comunidade Internacional ajude os mais necessitados, independentemente da filiação política, raça ou religião (CICV, 2016, p. 4). Os sete princípios fundamentais do Movimento são: humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, serviço voluntário, unidade e universalidade. Como composição conceitual e significado, em

²⁷ Identificada com o CICV, a assistência humanitária poderia ser definida como “la asistencia general que el CICR debe garantizar, junto con la protección, a las víctimas de los conflictos armados; para que esta tarea se realice, las Partes en conflicto deben otorgar al CICR todas las facilidades a su alcance [...]” (VERRI, 1998, p.10)

1986 a Corte Internacional de Justiça escolheu não definir o que seria o humanitarismo, mas equipará-lo ao trabalho do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (WEISS, 1999, p. 2-3).

Em grande medida, entretanto, a ação humanitária evoluiu fora do Movimento da Cruz Vermelha, e os princípios humanitários têm sido o assunto de muitos debates críticos e diferentes interpretações destinadas a melhorar a eficácia da ação de ajuda humanitária. Isso é particularmente verdadeiro no caso do princípio da neutralidade. Certos atores humanitários consideraram que a interpretação estrita deste princípio, combinada com o respeito pela confidencialidade absoluta, era um obstáculo para a proteção efetiva das vítimas de conflitos.

O silêncio a qual a Cruz Vermelha Internacional se impôs durante a Segunda Guerra Mundial está no cerne da polêmica sobre este princípio. Uma organização como o Médicos sem Fronteiras, ao recusar a submeter suas ações de socorro ao sigilo absoluto, desenvolveu a noção de “testemunhar” (*témoignage*) da situação das vítimas como uma medida adicional de proteção.

A ação humanitária moderna é, portanto, baseada em um número mais limitado de conceitos — a saber, humanidade, independência, imparcialidade e neutralidade — que são interpretados em relação à sua eficácia operacional. A neutralidade não é mais um princípio absoluto da ação humanitária, mas sim um meio, cujo valor pode ser questionado em certas situações (WEISS, 1999, p. 2)²⁸.

O debate em torno da neutralidade da ação humanitária reflete uma questão fundamental sobre a existência ou não de princípio de responsabilidade perante o qual as organizações humanitárias devem prestar contas quando enfrentam situações de extrema violência contra as populações. E, sobre esse sentido de responsabilidade, o próprio Direito Humanitário se refere apenas a estes dois princípios, visto que as Convenções de Genebra exigem que as organizações de socorro sejam humanitárias e imparciais. As Convenções também estabelecem vários princípios operacionais relacionados às atividades de socorro ou proteção de concreto realizadas por tais organizações.

²⁸ Sobre tal controvérsia, também esclarece Barnett (2008, p.3), “(...) what are the defining principles of humanitarianism? In his famous desiderata, Jean Pictet of the International Committee of the Red Cross (ICRC) identified seven core principles: humanity, impartiality, neutrality, independence, voluntary service, unity, and universality. The first four principles, though, arguably constitute the core. Humanity commands attention to all people. Impartiality requires that assistance be based on need and not on the basis of nationality, race, religion, gender, or political opinion. Neutrality demands that humanitarian organizations refrain from taking part in hostilities or from any action that either benefits or disadvantages the parties to the conflict. Independence demands that assistance should not be connected to any of the parties directly involved in armed conflicts or who have a stake in the outcome; accordingly, there is a general rule that agencies should either refuse or limit their reliance on government funding, especially if the donors have a stake in the outcome.”

Os princípios gerais e operacionais da ação humanitária são enunciados, *inter alia*, no Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e na Carta Humanitária do *Sphere Project*²⁹. De acordo com a definição do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, o objetivo do princípio da humanidade é garantir que os indivíduos sejam tratados com humanidade em todas as circunstâncias (CICV, 2016, p. 24). É a justificativa para toda ação médica e social. Para garantir o caráter humanitário de uma organização de ajuda ou de uma atividade de socorro, deve ser possível provar que a humanidade é a única preocupação levada em consideração. Este princípio implica que cada organização de ajuda deve ser independente de quaisquer restrições que não sejam humanitárias.

O segundo princípio, o da Independência, prediz que a ação humanitária deve ser independente de quaisquer pressões políticas, financeiras ou militares. Seu único limite, sua única restrição e seu único objetivo devem ser reduzidos à defesa do ser humano. As organizações de socorro devem, portanto, ser capazes de provar que são independentes de quaisquer restrições externas, e as atividades de socorro também devem ser independentes de quaisquer pressões militares, políticas, ideológicas ou econômicas.

Este princípio reflete o conceito-chave que diferencia os atos humanitários realizados pelos Estados daqueles realizados por organizações privadas. No entanto, a natureza privada sem fins lucrativos de uma organização não é suficiente para provar sua independência. Fatores como o financiamento geral da organização, seus princípios básicos e a transparência de suas atividades também devem ser levados em consideração. Em um sentido mais amplo, independência significa que os membros do Movimento devem resistir à interferência – política, ideológica ou econômica – que poderia impedi-los de agir segundo os Princípios Fundamentais de humanidade, imparcialidade e neutralidade (CICV, 2016, p. 54).

Sobre o princípio da Imparcialidade, as Convenções de Genebra preveem um direito geral de iniciativa humanitária para organizações imparciais e de ajuda humanitária. Este direito de iniciativa é complementado por direitos específicos estabelecidos pelas Convenções de Genebra e seus Protocolos Adicionais para as operações de socorro concretas previstas. Eles definem os padrões operacionais usam o termo *imparcial* para definir a ação de ajuda humanitária. Este princípio crucial qualifica a ação humanitária realizada sem

²⁹A Carta Humanitária é o resultado de dois anos de colaboração interinstitucional de Organizações, para com o objectivo de definir uma Carta Humanitária e de identificar Normas Mínimas que permitam pôr em prática os direitos enunciados e melhorar a capacidade de prestação de contas das organizações humanitárias. Para mais informações sobre o *Sphere Standards*, consultar: <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2000-Portuguese-1.pdf>.

discriminação adversa. Isso lembra que todos os indivíduos são iguais em seu sofrimento. Ninguém pode ser privado da assistência de que necessita. A imparcialidade não deve ser confundida com a neutralidade matemática que consistiria em prestar igual ajuda a cada um dos presentes, a pretexto de não favorecer ninguém. A imparcialidade, na verdade, exige que o alívio seja dado prioritariamente àqueles que mais dele precisam, independentemente de sua filiação.

Este princípio, a chave para a assistência humanitária, tem dois aspectos complementares:

- a distribuição de ajuda e o tratamento humano de todas as vítimas devem ser realizados sem qualquer distinção adversa baseada em motivos como raça, religião, opinião política ou afiliação a uma ou outra das partes em um conflito armado;
- na prestação de assistência, inclusive médica, deve ser dada prioridade àqueles que mais dela necessitam. Este segundo princípio implica que a ação humanitária não é oferecida em bases iguais, mas equitativas, dependendo da vulnerabilidade e das necessidades específicas das pessoas e populações afetadas. Os atores humanitários estão autorizados a atuar de forma discriminatória, dependendo da importância e urgência das necessidades. Este princípio de imparcialidade e não discriminação entre as vítimas foi reconhecido como fundamental pela Corte Internacional de Justiça para distinguir entre uma ação humanitária legítima e uma intervenção ilegal de um Estado nos assuntos internos de outro Estado (*infra Jurisprudência*).

Quanto à Neutralidade, ser neutro significa não tomar partido em um conflito, seja diretamente ou aliando-se a uma ou outra parte no conflito. Essa noção está ligada à política internacional: certos Estados desenvolveram o conceito de neutralidade para poder ficar fora das alianças e conflitos militares em que seus vizinhos se engajaram. Ao estender este conceito às organizações humanitárias, ele deve ser abordado e interpretado de forma diferente. A neutralidade dos Estados obedece a um regime específico estabelecido pelas leis da guerra. Um Estado neutro concorda em não tomar partido nas hostilidades e em abster-se de cometer qualquer ato hostil ou que possa dar uma vantagem militar a uma das partes em conflito.

A neutralidade humanitária consiste em fazer com que as partes em conflito aceitem que, por natureza, as ações de socorro não são atos hostis, nem são contribuições de fato para os esforços de guerra de um dos beligerantes. Além das quatro Convenções de Genebra de 1949 e do Protocolo Adicional I de 1977, várias outras convenções internacionais tratam da questão da neutralidade: a Declaração de Paris de 1856 sobre o Direito Marítimo; a Convenção de Haia de 1907 (IV) sobre as Leis e Costumes de Guerra em Terra e seu Anexo:

Regulamentos Relativos às Leis e Costumes de Guerra em Terra; a Convenção de Haia de 1907 (VIII) Relativa à Colocação de Minas Automáticas de Contato em Submarinos; a Convenção de Haia de 1907 (X) para a Adaptação à Guerra Marítima dos Princípios da Convenção de Genebra; a Convenção de Haia de 1907 (XI) Relativa a Certas Restrições com Relação ao Exercício do Direito de Captura na Guerra Naval; a Convenção de Haia de 1907 (XIII) sobre os direitos e deveres dos poderes neutros na guerra naval; a Declaração de Londres de 1909 a respeito das Leis da Guerra Naval; o *Procès-Verbal* de Londres de 1936 relativo às regras da guerra de submarinos, definido na Parte IV do Tratado de Londres de 22 de abril de 1930.

O voluntariado é um princípio central do Movimento da Cruz Vermelha. O trabalho deve ser movido por devoção individual e compromisso com os objetivos humanitários mais do que um desejo de ganho financeiro, prestígio, posição social ou progresso pessoal. Isto se aplica tanto ao trabalho remunerado quanto àquele ao qual não se atribuiu contraprestação financeira: embora os funcionários do Movimento recebam salário, são motivados pelo mesmo desejo desinteressado de ajudar as pessoas necessitadas.

Já, o princípio da unidade possui importância que vai além do que se percebe à primeira vista. O Princípio é essencial para assegurar que os Princípios Fundamentais de neutralidade, imparcialidade, universalidade e independência possam ser respeitados. A exigência de que haja apenas uma Sociedade Nacional que cubra todo o território de um dado Estado significa que ela deve manter filiais em todas as partes do país. A exigência de que seja acessível a todos significa que a sua força de trabalho deve representar todos os grupos que formam a população. Esses fatores aumentam enormemente a probabilidade de que a Sociedade Nacional seja capaz de permanecer neutra em disputas e controvérsias nacionais, e que possa prestar assistência eficaz e imparcial a todas as partes do país quando for necessário. E, o princípio da Universalidade exige que todo o Movimento trabalhe em conjunto para ajudar as pessoas mais vulneráveis (CICV, 2016, p. 64-74).

Como se descortinará no próximo tópico, estes princípios-guias sobrealçam a importância das ações de organizações de caráter humanitário, dando destaque especial a desafios emergentes que ameaçam a saúde por meio de abordagens multissetoriais que integrem políticas de promoção e prevenção à saúde, com soluções que atendam comunidades com elementos necessários para garantir segurança sanitária. Através de uma prescrição racional e conjunto básico de funções essenciais de saúde pública – incluindo a vigilância –, organizações médico humanitárias viram no exemplo da instrumentalidade dos princípios da Cruz Vermelha premissas indispensáveis para a efetiva proteção de garantias fundamentais.

3.3 Papel suplementar das ONG's de caráter médico-humanitário às populações: ajuda estratégica a países em crise

De forma a entender o papel das organizações não governamentais (ONG's), inicialmente é necessário apontar que tal termo não define uma categoria jurídica precisa, seja no direito internacional, seja no direito interno. Em vez disso, é uma forma conveniente de designar pessoas jurídicas de direito internacional privado cujo único ponto comum é que não são estruturas governamentais e não têm fins lucrativos. Também serve para diferenciá-los de organizações intergovernamentais (às vezes chamadas de organizações internacionais) ou de empresas com fins lucrativos.

Embora às vezes também sejam conhecidas como organizações não governamentais internacionais³⁰ (ONGI's), o termo ONG geralmente se refere a organizações cujas atividades não são estritamente nacionais, mas voltadas à ajuda e assistência humanitária e ao desenvolvimento, enquanto o termo organização sem fins lucrativos é mais frequentemente usado para se referir a organizações nacionais com objetivos semelhantes (HERZ; HOFFMAN, 2004, p. 19).

O status dessas organizações é regulado pela legislação nacional aplicável. As ONGs podem ser associações baseadas em membros, fundações, organizações voluntárias privadas ou muitos outros tipos de ONGs reconhecidas pela legislação nacional do país em questão. As ONGs definem seu próprio mandato, estabelecendo estatutos, estatutos e declarações de missão, com a colaboração de uma diretoria. As associações baseadas em membros unem indivíduos em torno de objetivos comuns que são estabelecidos nos estatutos ou nos estatutos da organização. Assim, refletem a solidariedade internacional dos indivíduos e atuam como um complemento às instituições políticas internacionais e às leis econômicas e comerciais do mercado global.

A presença de ONGs na arena internacional não é simplesmente um produto de seu status legal. Participam na vida da comunidade internacional através das atividades sem fins lucrativos que desenvolvem em vários Estados estrangeiros. A natureza dessas atividades pode variar muito, dependendo da organização. Eles podem ser humanitários, culturais,

³⁰Esse trabalho se coaduna com a nomenclatura “organizações não governamentais internacionais” utilizada por Herz e Hoffman (2004) e adotada pela União das Associações Internacionais (UIA), por ser a maior referência para documentação das ONGs, principalmente através de sua publicação anual referida acima. Para detalhes, veja o site <http://www.uia.org/>. Para uma análise crítica da metodologia usada pela UIA, veja o trabalho de Sikking (2009, pp.26-30).

educacionais, religiosos, econômicos e assim por diante. Segundo Bell e Coicaud (2006, p. 2, tradução nossa),

Os direitos humanos e as organizações não governamentais humanitárias (ONGs) são os principais atores no cenário mundial. Eles financiam projetos de direitos humanos, participam ativamente dos direitos humanos e do trabalho humanitário e criticam as suas violações em terras estrangeiras. Eles trabalham em redes cooperativas entre si, com ONGs locais e com organizações internacionais. Eles consultam e fazem lobby junto a governos e organizações internacionais, às vezes participando de negociações de alto nível e diplomacia para o desenvolvimento de políticas globais. Cooperam e negociam com as organizações econômicas e políticas no campo da implementação de seus projetos, seja de acompanhamento ou de assistência. Em suma, estão gerando um novo tipo de poder político, cujo objetivo é zelar pelos interesses vitais do ser humano em uma escala internacional, independentemente das fronteiras estaduais.³¹

Para proteger a liberdade de associação, as leis relevantes dos diferentes países geralmente não incluem mecanismos de restrição que monitoram os diferentes tipos de ONGs. As únicas obrigações estritas que enfrentam é que não devem realizar atividades que beneficiem qualquer indivíduo, e não devem conduzir atividades políticas. Estas organizações respondem principalmente perante o seu conselho de administração ou o órgão que desempenha essa função (e que tem obrigações ao abrigo da legislação nacional) e, quando aplicável, perante assembleia geral dos seus membros.

Essa flexibilidade também pode ser um ponto fraco. As ONGs costumam estar sujeitas a várias pressões, como financeiras ou políticas. Por exemplo, algumas ONGs dependem quase inteiramente de financiamento governamental para operar, o que pode colocar em risco sua independência e natureza não governamental.

Os freios e contrapesos, bem como a visão, fornecidos pelos membros de uma associação ou pelo conselho de administração de uma organização são os principais guardiões e fiadores da independência e responsabilidade das operações das ONGs.

As ONGs podem obter status consultivo junto a certas organizações intergovernamentais, cuja área de interesse esteja próxima ao campo de ação das ONGs. Este

³¹ Texto original: International human rights and humanitarian nongovernmental organizations (INGOs) are major players on the world stage. They fund human rights projects, actively participate in human rights and humanitarian work, and criticize human rights violations in foreign lands. They work in cooperative networks with each other, with local NGOs, and with international organizations. They consult and lobby governments and international organizations, sometimes participating in high-level negotiations and diplomacy for global policy development. They cooperate and negotiate with economic and political organizations in the field for the implementation of their projects, whether this be monitoring or assistance. In short, they are generating a new type of political power, the purpose of which is to secure the vital interests of human beings on an international scale, regardless of state boundaries. (BELL; COICAUD, 2006, p. 2)

status permite que elas sejam informadas sobre o trabalho da organização internacional relevante e apresentem documentos ou participem de debates com Estados sobre questões de sua competência.

Ao implementar programas internacionais para benefício público, as ONGs podem assinar contratos de parceria operacional com organizações internacionais e contratos financeiros ao aceitar fundos de doadores nacionais ou internacionais. Eles também podem assinar acordos de programa com os ministérios relevantes dos países em que operam.

Em situações de conflito, as Convenções de Genebra conferem às organizações humanitárias imparciais o dever de fornecer socorro e proteção às vítimas. Portanto, não basta que as organizações humanitárias mostrem independência financeira; não devem selecionar vítimas com as quais mostrarão solidariedade. De acordo com o Direito Humanitário, as organizações que se consideram “humanitárias” devem respeitar algumas obrigações quanto ao modo como conduzem suas operações. Todas as vítimas devem ser consideradas como beneficiárias, sem discriminação de raça, religião, crença, gênero, opinião política ou outras categorias (princípio da imparcialidade). Em situação de conflito armado, é importante que as ONGs estejam cientes de suas responsabilidades no que diz respeito à missão de proteção e assistência de civis que o Direito Humanitário confere a organizações humanitárias imparciais. Caso contrário, as ações de organizações humanitárias privadas podem enfraquecer a proteção a que as vítimas têm direito.

As organizações não governamentais desempenham papel de grande importância no contexto das necessidades advindas da sociedade e do papel desempenhado diante de crises humanitárias e institucionais, e sua lógica mostra-se condizente com o Direito Internacional Humanitário, ao qual são imprescindíveis esforços de cooperação dos seus diferentes componentes, bem como integração de instrumentos, processos, estruturas e agentes para a sua efetividade.

O sistema internacional de ajuda humanitária, por conseguinte, tem na Resolução 46/182 — “*Strengthening of the coordination of humanitarian assistance of the United Nations*”, da Assembleia Geral das Nações Unidas (AG/RES 46/182) de 19 de dezembro de 1991³², sua base fundamental e dela extrai as 31 diretrizes para a aplicação da resposta humanitária. A resolução foi adotada pelos estados-membros como continuidade do “*International framework of action for International Decade for Natural Disaster*

³²UNITED NATIONS. **Reference Guide:** Normative developments on the coordination of humanitarian assistance in the General Assembly and the Economic and Social Council since the adoption of General Assembly resolution 46/182. United Nations: 2011. Disponível em <https://www.refworld.org/docid/4a8e660d2.html> Acesso em 15 jan. 2020.

Reduction”, adotada pela Resolução 44/236 de 1989, com o objetivo de implantar o guia geral das ações humanitárias, unificando princípios e direcionando recomendações para fortalecer a coordenação das organizações em situação de operação conjunta.

Nessa linha, a assistência humanitária contribui com um pressuposto importante na responsabilidade de proteção advindas das proposições contemporâneas do Estado de Bem-Estar Social³³, que consiste no propósito expresso de proteger a população que é vítima de massivas e sistemáticas violações de direitos humanos fundamentais, como já abordado no tópico 2.2.

As fronteiras entre a medicina humanitária e a saúde global são muitas vezes aproximadas por meio de profissionais de saúde e praticantes humanitários. O arquétipo clássico da assistência à saúde humanitária envolve profissionais de saúde locais e agentes de Organizações Não Governamentais e/ou Internacionais na busca pela superação de desafios que vão dos mais básicos, como mapeamento epidemiológico de doenças em determinada população à distribuição de água potável e mudança nas condições de saneamento básico.

Como visto no tópico anterior, a Cruz Vermelha é uma Organização que exemplifica a atuação complementar de ajuda estratégica, baseada em princípios norteadores e códigos de conduta médica para auxílio estratégico a países que perderam ou não detêm a capacidade de gerir operações estratégicas efetivas de combate às crises, principalmente as que denotam o déficit institucional no tratamento de pacientes pelos seus respectivos sistemas de saúde.

Para estas organizações que se colocam em campo para fornecer apoio, conforme a equipe médico-humanitária se move de um local para outro, eles carregam consigo a soma de seu conhecimento, experiências e treinamento. Por meio de rumores e histórias, eles compartilham suas experiências, bem como suas crenças, seus preconceitos e suas prioridades. Isso resulta no surgimento denotáveis subculturas médico-humanitárias regionais com histórias e memórias transmitidas oralmente que geram uma cultura humanitária e rede de apoio.

O legado apresentado por Henry Dunant com a criação da Cruz Vermelha é especialmente importante, pelo olhar direcionado à assistência humanitária como sendo um sistema jurídico e de coordenação em logística que fosse eficaz, em primeiro lugar, ao socorro em tempos de guerra quando os Estados não pudessem mais prestar assistência. Surge nesse

³³ Sobre o Estado de Bem-Estar Social, Delgado e Porto (2007, p. 20) apontam que “O Estado de Bem-Estar Social (EBES) traduz uma das mais importantes conquistas da civilização ocidental. Agregando ideais de liberdade, democracia, valorização da pessoa humana e do trabalho, justiça social e bem-estar das populações envolvidas, o EBES é certamente a mais completa, abrangente e profunda síntese dos grandes avanços experimentados pela história social, política e econômica nos últimos trezentos anos”.

contexto, a ética humanitária de um regime de humanitarismo tradicional — berço do Direito Internacional Humanitário — que daria espaço a um pós-humanitarismo em que as respostas humanitárias não dão soluções às crises e não desenvolvem sociedades estáveis, mas apenas são inseridos dentro dos Estados como esforços de respostas que devem ser integradas (MORIKAWA, 2010, p. 45-48).

Assim, com as novas demandas surgindo na sociedade contemporânea — fruto de um enfraquecimento de porte constitucional e institucional — houve mudanças no sentido da assistência humanitária à nível internacional para compor estratégias de assistência voltadas a uma maior formulação e fiscalização de políticas públicas junto aos Estados. Onde os repasses de recursos para o campo social são escassos e as medidas de seguridade social não são efetivadas, nelas, as organizações de autossustentabilidade econômica e política passariam a exercer o dever de assistência em cooperação com os Estados.

No caso de apoio aos sistemas de saúde, os quais refletem toda e qualquer situação de crise estatal, seja ela econômica, política ou sanitária, as ONG's representam papel fundamental na assistência e planejamento da atenção primária à saúde. Através do conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, trazem práticas gerenciais e sanitárias no apoio à países em crise.

Este aspecto específico em relação ao apoio das ONG's aos sistemas de saúde de países que passam por algum tipo de recessão ou instabilidade se faz explícito quando são analisados contextos que ou por não possuírem bases concretas de vigilância em saúde pública, ou por estarem enfraquecidas, estão impossibilitadas de realizar ações que detectem ou previnam qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva. Essas características estão imbuídas no próprio significado do conceito de vigilância em saúde pública, que busca os objetivos práticos de reorganizar a lógica do processo de produção dos serviços de saúde e regulamentar a oferta e demanda em relação às necessidades de saúde das populações (CATUTA, 2015, p. 63-64).

A Organização Mundial de Saúde pode estabelecer “relações oficiais” com as ONGs, com base em um procedimento que lhes confere status consultivo. O papel da OMS não se restringe à elaboração da legislação sanitária internacional. A organização também implementa atividades que favoreçam a melhoria das condições de saúde de um país (por exemplo, por meio de campanhas de vacinação). Essas atividades são financiadas por contribuições extra-orçamentárias especiais. (OMS, 2019)

Em situações de emergência, colabora também com os órgãos competentes do sistema ONU, participando no Inter-Agency Standing Committee (IASC), por exemplo, através da

sua Divisão de Emergência e Ação Humanitária. A OMS oferece monitoramento epidemiológico e treinamento em emergências de saúde, administrado pelo Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA). A OMS supervisiona a implementação do Regulamento Sanitário Internacional, e publica uma série de classificações médicas, incluindo a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID), a Classificação Internacional de Funcionalidade, a Incapacidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Intervenções em Saúde (ICHI), além de publicar regularmente o Relatório Mundial da Saúde, incluindo uma avaliação de especialistas sobre a saúde global.

Sobre situações de emergência em saúde pública dentro do escopo de atuações das ONG's, há um efetivo apoio ao Conselho Executivo da OMS, no qual se nutre relação de reciprocidade e articulação a respeito de políticas públicas de saúde, sendo um dos principais escopos a abordagem da vigilância em surtos e epidemias. Isto porque seguindo os princípios gerais que regem as Organizações Não Governamentais — a integração de instrumentos, processos, estruturas e agentes — é fundamental em cenários endêmicos e epidêmicos para barrar a gravidade e letalidade de determinados eventos epidemiológicos.

Esse papel de complementariedade aos serviços de vigilância em saúde, sistemas de informação em saúde e documentação para controle é essencial em cenários que o ente estatal não consegue garantir atenção básica e os organismos internacionais — como a própria OMS — ficam impossibilitados de fornecer ajuda e monitoramento da situação de saúde em territórios de abrangência. Nesse sentido, as estratégias de campo das ONG's em ampliação de acesso, qualificação/reorientação das práticas e promoção da saúde são pautadas na realidade local para estudar e combater o processo de adoecimento, e pontuam, assim, o papel suplementar de reforço e ampliação das atividades realizadas a nível local e internacional.

Para o mundo contemporâneo da ajuda humanitária, a categoria de "humanitarismo" comumente designa o trabalho de socorro de curto prazo — ações destinadas a resgatar as pessoas do perigo imediato e promover sua sobrevivência. Talvez nenhuma organização exemplifique essa orientação de emergência de forma mais completa do que o MSF, que se apresenta como um ator central em cuidados médicos na linha de frente em cenários de crise em todo o mundo. A organização surge tendo como parâmetro a Cruz Vermelha e torna-se um exemplo para outras Organizações Não Governamentais que adotam cuidados especializados na ótica de um humanitarismo sem fronteiras, assim como exemplo da utilização de práticas médicas que instrumentalizam o conceito de saúde.³⁴

³⁴ Sobre o trabalho humanitário especializado do MSF, Peter Redfield (2005, p. 333) discorre: “On the one hand, MSF embodies the moral insistence of a human right to health and the dignity of life that goes with it. On the

4 AÇÕES ESTRATÉGICAS EM ABORDAGEM E VIGILÂNCIA DO MÉDICOS SEM FRONTEIRAS: ARTICULAÇÃO SOLIDÁRIA EM SURTOS E EPIDEMIAS

Investigar contextos e ações de organizações que promovem assistência médico-humanitária é insitigador, pois as demandas têm-se tornado cada vez mais frequentes em cenários onde a ação estatal é insuficiente. Tais ações são requisitadas para viabilizar soluções de curto e longo prazo, através da articulação de uma logística voltada à promoção de políticas de saúde.

No tocante às crises sanitárias, em especial, muitos entes estatais perderam o papel central de auxiliador, pelo avultamento de mazelas trazidas pelo enfraquecimento do Estado, causando falhas suspensivas nas suas funções institucionais. Dessa forma, observa-se a necessidade da coordenação de esforços para ajudar comunidades afetadas em situações que não podem ser negligenciadas sobre cuidados essenciais em saúde.

A ONG Médicos Sem Fronteiras traz elementos que explicitam tais cuidados, dando destaque especial à atenção primária, traduzida nas estratégias emergenciais em surtos e epidemias. Nesse cerne, vem sugerir uma abordagem multisetorial que integre políticas de promoção à saúde com soluções que atendam às comunidades. As estratégias em atenção primária incluem elementos necessários para melhorar a segurança sanitária e prevenir ameaças à saúde pública, como os surtos e as epidemias, através de medidas como educação e engajamento comunitário, prescrição racional e um conjunto básico de funções essenciais de saúde pública, incluindo a vigilância epidemiológica.

Esta última seção de pesquisa se debruça na abordagem descritiva das ações em estratégias emergenciais em surtos e epidemias com a finalidade de identificar se a assistência médico-humanitária da ONG Médicos Sem Fronteiras configura modelo de atuação solidária junto ao Estado em busca da efetivação da direito à saúde.

4.1 Atuação da ONG Médicos Sem Fronteiras em auxílio estratégico aos Estados

Em todo o mundo, todos os dias, os pacientes não têm acesso aos cuidados de saúde. As pessoas são estigmatizadas, marginalizadas e negligenciadas, tendo seus direitos negados pela sociedade, pelo Estado ou pela comunidade internacional, por uma fragilidade gerencial

other hand, MSF represents a technical apparatus designed to implement basic health care quickly over great distances and under extreme conditions. The most valued, sometimes contradictory, actions are thus both *temoignage* ' (witnessing or advocacy) and effective treatment."

de oferecer ajuda. Para que a ambição declarada de cobertura universal de saúde de 'não deixar ninguém para trás' se torne realidade, as pessoas — incluindo os mais vulneráveis — devem estar no centro dela.

O progresso potencial para alcançar a cobertura universal de saúde é frequentemente medido apenas pela intenção de um país de fornecer mais recursos domésticos para a saúde, sem muita atenção se esses compromissos são suficientes ou se concentram nas intervenções corretas. No entanto, muitos governos não têm recursos ou capacidade para fornecer serviços médicos na escala ou ritmo que está sendo proposto.

As Organizações Não Governamentais, como já visto no capítulo imediatamente anterior, surgem com a finalidade de inclusão e assistência a parcelas vulneráveis da população. A Cruz Vermelha é vista como uma das principais referências em assistência médico-humanitária e foi através dela que surgiu a ONG Médicos Sem Fronteiras.

Em 21 de dezembro de 1971, um grupo de médicos e jornalistas franceses criou a associação Médicos Sem Fronteiras, pela experiência em Biafra, vivida dois anos antes com a Cruz Vermelha francesa, a qual ao adotar uma política de neutralidade e reserva, afastou-se da efetiva ajuda humanitária³⁵ ao não documentar e sensibilizar a mídia e instituições políticas sobre o que de fato estava acontecendo (MSF, 1971).

Esses médicos culparam a situação de fome dos habitantes que eram de origem tribal Igbo³⁶, pois eles tinham visto em primeira mão as intenções "genocidas" do governo nigeriano em bloquear a distribuição de alimentos para eles. Eles, então, queriam denunciar o governo publicamente, mas foram impedidos de fazê-lo pelo contrato que eles haviam assinado com a Cruz Vermelha, o que os comprometia a observar uma política de discrição

³⁵No discurso de aceitação do Prêmio Nobel da Paz de 1999, James Orbinski declarou que “Our action is to help people in situations of crisis. And ours is not a contented action. Bringing medical aid to people in distress is an attempt to defend them against what is aggressive to them as human beings. Humanitarian action is more than simple generosity, simple charity. It aims to build spaces of normalcy in the midst of what is abnormal. More than offering material assistance, we aim to enable individuals to regain their rights and dignity as human beings. As an independent volunteer association, we are committed to bringing direct medical aid to people in need. But we act not in a vacuum, and we speak not into the wind, but with a clear intent to assist, to provoke change, or to reveal injustice. Our action and our voice is an act of indignation, a refusal to accept an active or passive assault on the other. The honor you give us today could so easily go to so many organizations, or worthy individuals, who struggle in their own society. But clearly, you have made a choice to recognize MSF. We began formally in 1971 as a group of French doctors and journalists who decided to make themselves available to assist. This meant sometimes a rejection of the practices of states that directly assault the dignity of people. Silence has long been confused with neutrality, and has been presented as a necessary condition for humanitarian action. From its beginning, MSF was created in opposition to this assumption. We are not sure that words can always save lives, but we know that silence can certainly kill. Over our 28 years we have been — and are today — firmly and irrevocably committed to this ethic of refusal.”

³⁶Os igbos (*Ndí Igbo*), pronunciado ibos, são um dos maiores grupos étnicos africanos. Habitam o leste, sul e sudeste da Nigéria, além de Camarões e da Guiné Equatorial e falam a língua igbo. Foram um dos povos mais atingidos pelo comércio transatlântico de escravos.

(FOX, 2014, p. 45). Assim, liderados pelo médico francês Bernard Kouchner, médicos e jornalistas decidem criar uma organização médica de emergência que seria livre em seus posicionamentos e suas ações.

A finalidade do MSF é a assistência a pessoas afetadas por conflitos, epidemias, desastres ou exclusão dos serviços de saúde com equipes compostas por dezenas de milhares de profissionais de saúde, logística e administrativos unidos por um Estatuto, o qual tem como objetivos centrais, a saber:

Artigo 2- a) reunir sem discriminação nem exclusão todos os médicos e pessoas das profissões médicas e paramédicas, voluntários para levar sua assistência às populações assoladas por cataclismos, acidentes coletivos ou situações de beligerância;
b) mobilizar em favor dessas populações todos os meios humanitários ao seu dispor para lhes proporcionar todos os meios humanitários ao seu dispor para lhes proporcionar socorros dentro dos prazos mais breves possíveis, com a eficiência, a competência e a dedicação necessárias;
c) procurar todas as colaborações nacionais e internacionais adequadas para permitir satisfazer a sua missão em todas as partes do mundo onde podem ter que vir a servir.
(MSF, 1981)

É importante salientar que o Médicos Sem Fronteiras é uma organização apolítica, porém politiza a questão do humanitarismo médico, isso porque, proporciona tratamento imparcial, alívio do sofrimento e restauração da dignidade àqueles cuja existência básica está ameaçada pela ordem política vigente. Há uma análise do panorama político, não para que haja algum impulsionamento, mas para entender como o ato médico se relaciona com ele e como se deve interagir em prol dos pacientes atendidos pela organização (MSF ANALYSYS, 2019). Assim, uma de suas principais características é a afirmação do interesse próprio nacional, ou seja, os Estados preservam seus próprios interesses.

Entretanto, a própria organização sofre com a polarização dos Estados e das situações das crises civis, ainda que o modelo independente de entrega operacional continue em alta. Segundo consta o Relatório de 2019 (MSF, 2019, p. 4), em certas situações, medidas restritivas implementadas pelos governos, além de entrar em conflito com o Direito Internacional Humanitário, gera consequências na capacidade do MSF de fornecer serviços médicos e de assistência aos necessitados, pois, às vezes, o trabalho é percebido como suporte material e de conluio com grupos criminosos em vez de assistência médica-humanitária imparcial e neutra para os feridos, os doentes e outras pessoas muito vulneráveis.

O Relatório cita como exemplo a Nigéria, onde há anos os agentes da organização têm sido confrontados com acesso reduzido a pessoas em extrema necessidade, vivendo em locais

altamente inseguros, em regiões onde até os próprios estados criminalizaram alguns aspectos humanitários e atividades médicas. Ainda assim, a prioridade do MSF é monitorar e avaliar essas medidas restritivas para que o objetivo final de assistência humanitária seja alcançado, para que as estruturas de segurança e humanitárias possam coexistir e as populações afetadas não tenham o direito de assistência negado. Daí, o forte apelo da Organização na proteção e reafirmação do Direito à Saúde.

É necessário observar que a assistência à saúde da ONG não é restritamente médica, mas abrange ações nas áreas de nutrição, prevenção, formação de profissionais na área da saúde, água e saneamento, revitalização de hospitais e postos de saúde, o que exemplifica seu trabalho dentro da categoria do humanitarismo. Como observa Redfield (2016, p. 359), “[...] para o mundo contemporâneo da ajuda, a categoria de ‘humanitarismo’ comumente designa o curto prazo de trabalho de socorro — ações destinadas a resgatar as pessoas de perigo imediato e promover sua sobrevivência.”

Talvez nenhuma organização exemplifique essa orientação de emergência de forma mais completa do que o Médicos Sem Fronteiras, que se apresenta como um ator central da medicina de linha de frente em cenários de crise em todo o mundo. Correndo sem fôlego de um local para outro, o grupo se expandiu dos quadros da Cruz Vermelha da década de 1970 em uma ONG multinacional bem estabelecida conhecida por uma tradição combativa e de excelente logística.

Entretanto, em termos conceituais, o grupo identifica-se fortemente com o humanitarismo, definindo seus compromissos por meio de estados atuais de crise, em vez de metas futuras. Embora seus projetos englobem uma ampla gama de atividades médicas, além do atendimento de urgência, a simples existência da organização delinea as possibilidades e os limites da medicina de emergência como uma resposta às desigualdades econômicas e à violência política (REDFIELD, 2016, p. 359).

No discurso de aceitação do Prêmio Nobel em 1999, o MSF definiu sua missão como ajudar pessoas em situações de crise (ORBINSKI, 1999). Assim, além de ser guiado por um princípio geral do alívio do sofrimento humano, a versão do humanitarismo do grupo, necessitava de um conceito de crise. As vidas que passavam a contar com o apoio do MSF eram aquelas que estavam sob estado de risco excepcional, o que fez com que o persistente senso de urgência impregnasse toda a retórica e trabalho da organização, o que refletiria como sendo uma equipe de emergência em todo o mundo, se tornando no ethos essencial para o MSF.

É necessário explicitar, então, que os termos crise e emergência são termos amplamente utilizados desde a criação da ONG Médicos Sem Fronteiras. Considerando que o primeiro indica uma condição ou conjuntura crítica, muitas vezes incluindo contextos sociais e políticos, o segundo faz referência a um conjunto mais específico de problemas que requerem uma resposta de atendimento médico rápido (REDFIELD, 2013, p. 14).

Sobre as ações efetivas de atendimento, é necessário ponderar sobre até que ponto a emergência médica reflete uma cosmologia particular de tempo e etiologia — uma que assume que os atores humanos podem e devem influenciar os resultados em um nível material imediato. Esta cosmologia é formalmente secular, pelo menos no sentido de que prioriza um conjunto técnico, em vez de divino, de atores não humanos. Também assume um mundo de avaliação de risco e contabilidade, produtos farmacêuticos compostos e eletricidade. O equilíbrio entre a vida e a morte se afastou das preocupações com a transgressão espiritual ou enterro adequado e em direção à reverência pela existência biológica, purificando o valor de "salvar vidas".

Tais ações têm sido cada vez mais requisitadas por viabilizarem soluções de curto e longo prazo fazendo com que o meio internacional e os próprios Estados se articulem, gradativamente, para incorporar suas questões de logística. Ao observar as estratégias de organizações médico-humanitárias como o MSF, os Estados passam a testemunhar um processo de planejamento e atenção primária que agilizam efetivamente o atendimento médico-humanitário em cenários caóticos.

Esse ato de testemunhar (*témoignage, em francês*) explicita a prática da organização em agir como testemunha, ao relatar — em particular ou em público — as situações vivenciadas pelas pessoas que recebem tratamento. O que os agentes testemunham, acabam se tornando estudo de casos da própria organização para buscar as estratégias mais viáveis, ajudar os países e denunciar violações de Direitos Humanos (MSF, 2020).

Sobre logística humanitária, Thomas (2005) e Kovács (2009) indicam que a logística humanitária é central na resposta a desastres, pois é a área capaz de proporcionar a velocidade e a efetividade das respostas necessárias para que programas de ajuda sejam implementados, sendo a principal fonte de informações sobre andamento dos projetos, estado dos serviços existentes, cuidando concomitantemente do custo das operações.

Nesta senda, a avaliação em logística da ONG é realista e não se limita a uma resposta à crise apenas por definição, ou seja, não atua para resolver problemas imediatos. A resposta considera fatores de emergência, porém, ela é desenhada e trabalhada junto com as comunidades locais para que, embora o projeto de salvar vidas possa ter implicações e efeitos

políticos, ele não substitui um plano político ou obscurece a responsabilidade política. Desta perspectiva, o humanitarismo parece um esforço limitado, embora vital, análogo ao atendimento de urgência.

As ações do MSF são, antes de tudo, médicas. A noção de atendimento de qualidade para o paciente individual é central para alcançar objetivos humanitários. Dessa forma, os agentes da organização procuram prestar um atendimento de qualidade e agir sempre no melhor interesse dos pacientes ao respeitar a confidencialidade e o direito do paciente de tomar as próprias decisões. Quando a assistência médica não é suficiente, procura-se oferecer abrigo, água, saneamento, alimentação e outros serviços.

Essas ações são guiadas pelos princípios da organização, que ao espelhar os princípios da Cruz Vermelha, reafirma conceitos importantes. Tais conceitos estão ancorados no atendimento às pessoas independente de afiliações políticas, dando prioridade aos que correm perigo mais sério e imediato; no oferecimento de assistência baseado apenas nas avaliações das necessidades médicas, independentemente de interesses políticos, econômicos ou religiosos; ao não tomar partido em conflitos armados e não apoiar as agendas das partes beligerantes; ao testemunhar, publicizar e denunciar quando o acesso a cuidados médicos essenciais é impedido e quando as equipes testemunham atos extremos de violência ou até mesmo quando as crises são negligenciadas (MSF, 2019).

Para uma contextualização histórico-filosófica sobre o próprio MSF, no final da década de 1950, Arendt (1998, p. 97) sugeriu que o termo vida pode ter mais de um significado. Ela fez uma distinção entre a vida cíclica compartilhada por todas as espécies, na qual o nascimento e a morte ocorrem em formas repetitivas padrões, e a vida linear narrada por humanos como uma história direcional, na qual nascimento e morte marcam início e fim. Décadas depois outros pensadores aceitariam a distinção de Arendt e desenvolveriam uma mais ampla problemática da vida e da política. Dentro da perspectiva trazida pela autora e em análise da organização, entende-se que o principal a ser observado é que a bandeira do MSF pertence mais ao reino cíclico da existência do que para o reino narrativo da vida além dele, em termos de biopolítica. “Salvar vidas” certamente trata da vida no sentido de sobrevivência biológica, mas não sempre a vida no sentido de viver bem ou, como diz a expressão, “ter uma vida”.

O MSF pode, assim, se colocar nos dois conceitos. Já que a procura da preservação da vida, em sentido biológico, também vai precisar de alterações no reino narrativo. Se o MSF não é um agente político, ele pode ser um agente denunciante, que se preocupa, tanto com a preservação da vida quanto como ela é mantida — no sentido de manutenção, de fazer

funcionar corretamente —, já que também levanta a bandeira da manutenção e reafirmação dos direitos humanos.

A principal finalidade do Médicos Sem Fronteiras é o gerenciamento de crises sanitárias decorridas de desastres, surtos e epidemias e conflitos armados, com o intuito de se apresentar como ator central na medicina de linha de frente e oferecer condições necessárias para a recuperação da saúde das populações.

Organizações humanitárias como MSF se preocupam profundamente com algo que eles denominam como dignidade. Eles se referem a isso frequentemente como um aspecto fundamental da humanidade, gesticulando para ele como um ideal retórico e denunciando sua ausência em contextos particulares. A vida para eles, portanto, certamente envolve mais do que sobrevivência. Um espírito de urgência, no entanto, alimenta suas intervenções reais, que, portanto, continuam em primeiro plano de existência imediata.

Um dos exemplos que pode ser utilizado é o fato que surtos de doenças infecciosas como cólera assombram ambientes com higiene precária, resultando em mortes previsíveis. Dessa forma, saneamento continua sendo uma parte fundamental da maioria dos projetos de ajuda com foco na saúde pública. Mas se necessário, seus membros estão preparados para construir uma cava a céu aberto, mudando suas estações, cavando e enchendo repetidamente até que um sistema melhor possa ser construído. Sobrevivência, neste sentido, é sempre primário. A dignidade continua sendo uma consideração secundária, uma questão mais profunda de reconhecimento humano que pode suportar constrangimento temporário e superficial.

Momentos de crise não são apenas aparentes, mas articulados através de elementos essenciais da saúde. Neste esteio, a organização trabalha de forma coerente na articulação de estratégias para a persecução dos objetivos em saúde pública e atenção primária. Essas estratégias são em caráter emergencial e evidenciam a ajuda humanitária onde as políticas públicas falharam ou estão em crise, não para assumir responsabilidade política, mas aliviar o sofrimento humano através de uma estrutura de ajuda em caráter de contingência.

A organização desenvolveu estratégias para o trabalho em emergências que vão desde a uniformização e simplificação de procedimentos médicos — como diretrizes e padronização de medicamentos e equipamentos utilizados, com a entrega de kits personalizados, contendo os medicamentos, suprimentos e equipamentos básicos e adaptados a situações, climas e doenças específicos do campo — até a instituição de um centro de pesquisas e investigação, o Epicentre (SANTOS; ALVES, 2012). O órgão realiza atividades de epidemiologia de campo, projetos de pesquisa e sessões de treinamento em apoio aos objetivos do Médicos sem

Fronteiras de fornecer assistência médica em regiões onde as pessoas sofrem de conflitos, epidemias, desastres ou propriedades cujo acesso aos cuidados é insuficiente ou não existente.

Nesse contexto, as atividades realizadas pela Epicentre — criado a partir da necessidade de uma vigilância epidemiológica pela própria organização — visam a apoiar as intervenções de MSF em situações humanitárias, tais como: avaliação da saúde das populações e contribuição para a definição das prioridades de ação; análise de contextos de intervenção por meio de atividades de epidemiologia de campo, como inquéritos populacionais, vigilância e investigação de epidemias; apoiar a inovação em prevenção, assistência médica de campo, estratégias e políticas médicas por meio de projetos de pesquisa e ensaios clínicos; pesquisa e fornecimento de evidências científicas de campo para fortalecer a defesa empreendida por MSF em favor do acesso a cuidados eficazes e de qualidade; e treinamento da equipe de MSF, outros profissionais, atores e tomadores de decisão na área de saúde para respostas eficazes em situações complexas (MSF, 2021).

No entanto, é importante salientar, que as tecnologias utilizadas e técnicas, apesar de não serem criações do MSF, revelam a capacidade de inovação da organização em adaptá-las para serem usadas nos difíceis contextos de situações-limite vivenciados por seus agentes. Em especial, no tratamento de surtos, epidemias e doenças negligenciadas.

A filosofia do MSF é, assim, apoiar as autoridades locais no estabelecimento e no desenvolvimento de serviços de saúde adequados para todos. Um exemplo dessa atuação é a Cidade do Cabo, onde a organização atua desde 1999 para ajudar a conter a epidemia de Tuberculose e iniciou um programa integrado para o tratamento da coinfeção em colaboração com das autoridades locais de saúde.

A busca por eficiência levou o MSF a criar oito organizações especializadas, chamadas “satélites”, que se encarregam de atividades específicas, como suprimentos de ajuda humanitária, pesquisa epidemiológica e médica, arrecadação de fundos, gestão de instalações e pesquisas sobre ações humanitárias e sociais. Considerados parte integrante dos escritórios nacionais, esses satélites incluem MSF Suprimentos, MSF Logística e Epicentre, entre outros. Como essas organizações são controladas por MSF, estão incluídas tanto no escopo quanto nos números apresentados no Relatório Financeiro Internacional (MSF, 2019, p. 6).

Assim, a importância do trabalho da Organização em manifestações de surtos e epidemias sobreeleva-se em qualquer discussão que envolve a importância do atendimento e estratégias de organizações de caráter humanitário para fortalecimento do direito à saúde, ressaltando que ao trabalhar as formas de atenção primária ao binômio saúde-doença, o

modelo do MSF se sobressai. As estratégias de envolvimento da população local e adaptação de procedimentos, de modo a levar as aquisições da medicina moderna em uma escala internacional tão abrangente, revela que o fortalecimento do direito à saúde também está na assistência a realidades inimagináveis que estão à margem ou fora do alcance do poder estatal.

Segundo dados do Relatório³⁷ de 2008, ao longo do ano, trabalhadores humanitários do MSF realizaram 8,8 milhões de consultas e 47.500 intervenções cirúrgicas em mais de 65 países e forneceram tratamento para mais de um milhão de pessoas com malária (MSF, 2008, p. 6). Em 2018, dez anos depois, o MSF tratou 63.700 pessoas de cólera, 1.740 pessoas para febres hemorrágicas, incluindo Ebola e tratou 2.396.200 pessoas de malária (MSF, 2018, p. 98 e 99). E, no último Relatório publicado — até o momento de escrita deste capítulo — em 2019 o MSF atendeu a grandes surtos de cólera, malária e HIV na República Democrática do Congo em 62 unidades de saúde; em julho, quando a OMS declarou a epidemia de Ebola emergência de saúde pública de interesse internacional, a organização prestou assistência, mesmo lidando com ataques violentos às suas instalações (MSF, 2019, p. 09-10).

Um exemplo dessa atuação pode ser encontrado na resposta emergencial e atendimento em atenção primária nos surtos de cólera em Uganda (2004) e Etiópia (2006). Na região de Amhara, a epidemia teve início no começo de setembro. É importante citar um dos relatos da Organização (MSF, 2006) sobre a manifestação epidêmica na Etiópia, na qual, houve o trabalho da equipe de aproximação para escolher os locais que mais precisariam dos centros de saúde e, logo depois, buscou-se entender o quadro epidemiológico das pessoas e como elas se encontravam. De acordo com a Organização, após o registro dos primeiros casos em setembro, uma das equipes já estava na Etiópia, realizando uma missão exploratória para analisar as necessidades. Na região de Amhara, em colaboração com as autoridades locais, foi estabelecido o Centro de Tratamento de Cólera, com isolamento de pacientes, treino para que a população seguisse regras básicas de higiene com o oferecimento dos itens essenciais.

Assim, o MSF conseguiu intervir a tempo, de maneira rápida o suficiente para controlar a disseminação da epidemia e reduzir a taxa de mortalidade que estava altíssima sem a sua presença. Em três semanas, foram estabelecidos treze centros de tratamento de cólera na região de Amhara (Fogera, Libokemkem, Dembia, Gondar Zuria) e o treinamento de equipes locais sobre assuntos técnicos e médicos do tratamento de cólera. Em menos de dois meses, foram tratados mais de dois mil pacientes nos centros, dos quais as pessoas chegavam quase

³⁷ Os textos dos países nestes relatórios fornecem visões gerais descritivas das atividades operacionais do MSF em todo o mundo entre os meses de janeiro a dezembro. Os números de profissionais representam o equivalente ao total de funcionários em tempo integral por país ao longo dos 12 meses, para fins de comparações, segundo a Organização.

inconscientes e saíam saudáveis dois ou três dias depois.

Dentro do exemplo descrito e do tema em explanação, é importante salientar que as ações dessa organização humanitária se destacam, pois ao buscar um fortalecimento do direito à saúde e o acesso a esse direito em países que não conseguem lidar com políticas públicas eficientes, através de estratégias emergenciais, sua resposta imediata é maior do que uma solução.

Esse parâmetro da resposta imediata em manifestação epidêmica é fortalecido principalmente após a pandemia do Sars-Cov-2 em 2019, na qual, em todos os países do mundo, a principal preocupação era estabelecer medidas que fortalecessem uma resposta coordenada e centralizada, com base na ciência, e não na solução. Manifestações de surtos e epidemias devem ser primeiramente contidas e analisadas através de instrumentos de vigilância epidemiológica e abordagens emergenciais.

No próximo tópico, serão analisadas como se dão as estratégias de investigação epidemiológica de alguns casos e medidas de controle adotadas pelo MSF, de modo a entender, através de uma abordagem descritiva com base no *Medical Activity Report* de 2018 e 2019, como as respostas em surtos e epidemias podem ser consideradas medidas importantes no fortalecimento do direito à saúde em populações negligenciadas.

4.2 Análise estratégica, investigação epidemiológica e documentação de respostas: a experiência em surtos e epidemias através dos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019

A experiência com a capacidade de combate à doenças, principalmente as de grande perigo de contágio como as epidêmicas, é restringida dentro dos próprios Estados pela incapacidade de gerenciamento dessas doenças infecto-contagiosas, capazes de causar crises sanitárias a níveis incontroláveis. O acesso restrito a condições básicas de saneamento e sobrevivência é um dos principais motivos do aumento exponencial de casos, isto porque em muitos países, o Estado não consegue prover condições mínimas necessárias para garantir cuidados essenciais e implementá-los rotineiramente nos seus sistemas de saúde.

Como já foi visto, a ONG Médicos Sem Fronteiras possui uma logística humanitária em cuidados médicos e atenção primária que se sobressai devido à capacidade de agir e na produção de dados epidemiológicos, principalmente, nas respostas de caráter emergencial em surtos e epidemias. Essas respostas se fundamentam na Carta de Princípios da organização e nos principais eixos de atuação em estratégia, assistência médica de campo e políticas de saúde, produzindo resumos técnicos, relatórios anuais e relatos de seus agentes que explicitam

o trabalho e os resultados dessas ações.

A capacidade da Organização em oferecer uma análise estratégica para identificar formas mais eficientes e eficazes de alcançar os objetivos declarados, tenta ultrapassar um conjunto de restrições que é identificado e pormenorizado para que as missões alcancem o maior número de pessoas possíveis dentro de surto ou manifestação epidêmica. Dessa forma, os agentes humanitários articulam uma orientação estratégica de combate, na busca por possíveis resultados, que também estão previstos, ao analisarem os campos de ação.

Com base em relatórios denominados *Medical Activity Reports*, a Organização publica de forma circunstanciada as atividades médicas realizadas pelos seus agentes em ações como: cuidados críticos; medicina de emergência; promoção da saúde; ações em epidemias específicas trabalhadas no ano referente ao relatório; saúde mental e intervenções psicológicas; dados epidemiológicos e trabalho de vigilância, entre outros.

Os relatórios de atividades médicas de 2018 e 2019 trazem inúmeros pontos importantes de combate a doenças, pelo fato de ambos representarem e apresentarem inovações que podem ajudar a publicizar e organizar o trabalho efetuado pelo MSF. O relatório de 2018 foi o primeiro relatório sobre atividades médicas que foi publicado em meio digital³⁸ e traz aspectos inovadores nos quesitos de definição de atividades e incorporação de maiores *expertises* nos trabalhos de campo. Quanto ao relatório de 2019, a Organização buscou maior engajamento entre as equipes e os campos de atuação dentro do próprio movimento em medidas preventivas, principalmente após a pandemia de COVID-19.

Esses relatórios podem ser divididos em três grandes eixos: avaliação da gravidade, medidas de vigilância e educação e promoção da saúde. Esses eixos marcam a atuação do MSF na tentativa de avaliar com precisão o ambiente estratégico e todos os fatores que afetarão a habilidade em fornecer ajuda e alcançar seus objetivos e salvar vidas.

É importante salientar que o Centro Operacional de Bruxelas é responsável pela reunião das informações sobre todos os eixos de atuação e contingentes procedimentais que são repassados para cada país e cada missão. Da mesma forma, a produção de Guias para os profissionais de saúde e logística sobre como agir em cada situação também são produzidos pelo centro. Como recorte metodológico, serão analisadas neste tópico as epidemias tratadas

³⁸Segundo o Relatório de 2018, a Organização (MSF, 2018) esclarece que: “This is a transition year for the Medical Activity Report. Although we understand your satisfaction feeling the weight of our activities when holding the old paper reports in your hands, this year we decided to move on and only offer a digital version. You will find it easy to scroll through each chapter, first looking at some key numbers as well as at the highlights of 2018, then going for a deep dive into the details of the activities, and finally reading the lessons learned in 2018, and the goals for 2019. Our intention is to make the report interactive in the future, an invitation to all of us to explore the amazing work done by the teams in the field”.

especificamente nos Relatórios de Atividades Médicas de 2018 e 2019, de forma a comparativamente, cruzar os dados analisados, apontando os três grandes eixos de atuação da Organização nas epidemias que foram tratadas nos relatórios.

Dessa forma, ao analisar o *Medical Activity Report* 2018 e 2019, os surtos e epidemias retratadas pelos relatórios são Malária (2018 e 2019), Tuberculose (2018 e 2019), HIV (2018 e 2019), Ebola (2019), Sarampo (2019) e Sars-Cov-2 (2019). Os Relatórios dão destaque a essas epidemias, mas é essencial esclarecer que o MSF continuou dando suporte a outros surtos e epidemias em outros países, entretanto, os relatórios trazem em destaque essas doenças, pelas inovações em logística e atendimento e pelo grande número de pessoas atendidas especificamente nessas epidemias.

A malária, tuberculose e HIV encontram-se em destaque por serem doenças infectocontagiosas que atingem todos os anos altos índices de mortalidade. Essas doenças sempre são alvos das operações do MSF em várias regiões onde elas se proliferam e há necessidade de ajuda médico-humanitária pela ineficiência dos países atenderem de forma efetiva as populações atingidas por essas endemias e epidemias.

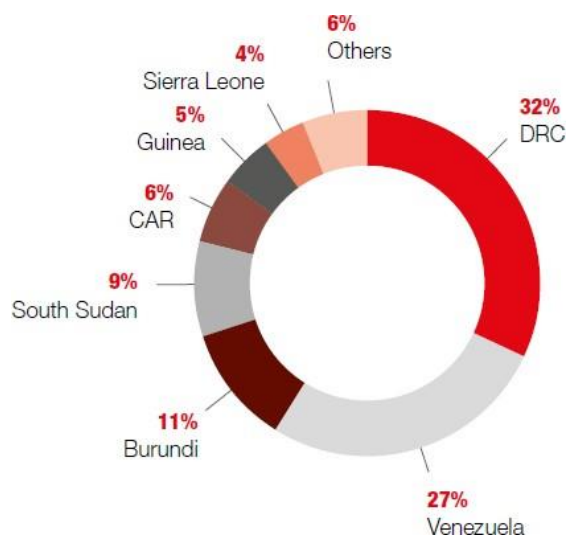
O sarampo e o ebola, por sua vez, possuem uma característica em comum que é a velocidade de propagação em países em desenvolvimento, nos quais os sistemas de saúde fragilizados são óbices tanto ao fornecimento de vacina – no caso do sarampo – quanto à presença de profissionais especializados para reconhecer o ebola, que pode ser facilmente confundido com os sintomas de outras doenças como a cólera e a malária (MSF, 2015).

No final de 2019, o mundo passou a conhecer uma das epidemias mais letais do mundo, de propagações pandêmicas. À medida que o coronavírus se espalhava, a organização seguia seu caminho de resposta e adaptação ao Covid-19 em mais de setenta países onde já havia projetos médicos, por meio de respostas de emergência e operações temporárias (MSF, 2021).

Assim, a evolução da complexidade dos projetos coordenados pelo Centro Operacional de Bruxelas (maiores necessidades técnicas, maiores padrões de atendimento esperados, e maiores volumes de atividades) e complexidade dos diferentes contextos onde há atuação das equipes (em termos de logística e abastecimento, segurança, política e recursos humanos) continuaram a ser os principais desafios da organização, segundo os relatórios de 2018 e 2019. Contudo, é claro nos dois relatórios que houve continuidade que focava na melhoria da qualidade do atendimento prestado nos contextos dessas atuações; introduzindo, inclusive, em países de renda média, novas tecnologias e serviços relevantes; e sempre que possível, concentrando esforços para fornecer mais cuidados centrados no paciente.

Esses cuidados são visualizados em todas as doenças citadas anteriormente. Em 2018, a malária, enquanto doença endêmica com sintomas leves a graves representou riscos para a vida de milhares de infectados. O MSF documentou nesse ano 497.411 casos confirmados, indicando um aumento de 37% em relação a 2017 e uma duplicação em relação a 2016. Este aumento é principalmente devido à expansão dos projetos na Bolívia e Bili (República Democrática do Congo) (Figura 1).

Figura 01: Distribuição de casos confirmados de malária por país para todos os projetos do MSF em 2018



Fonte: MSF, 2018. Disponível em: https://msf.lu/sites/default/files/2018_medical_activity_report.pdf Acesso em 01 abr. 2021.

De acordo com o gráfico, os dois países com a maior incidência de casos são a República Democrática do Congo e a Venezuela, tendo esses dois países características similares quanto às causas que determinam o número elevado de casos: fragilidade do sistema de saúde em lidar com o surto da doença. Segundo o MSF (2020), em relato de diário de bordo sobre a situação na Venezuela, a crise econômica deixou reflexos negativos no gerenciamento do sistema de saúde e isso despertou, desde 2016, o interesse da Organização em atuar para apoiar o governo com o Programa Nacional da Malária para que houvesse o aumento de pontos de diagnóstico da doença e ajuda no fornecimento de tratamento adequado aos pacientes. Em 2019, relatos do MSF apontam mais de 55 mil pessoas atendidas por meio de sessões de promoção da saúde, distribuição de mais de 65 mil mosquiteiros, pulverização de 530 casas e realização de mais de 250 mil testes de diagnóstico da malária; tudo isso através de pontos estratégicos de combate à doença.

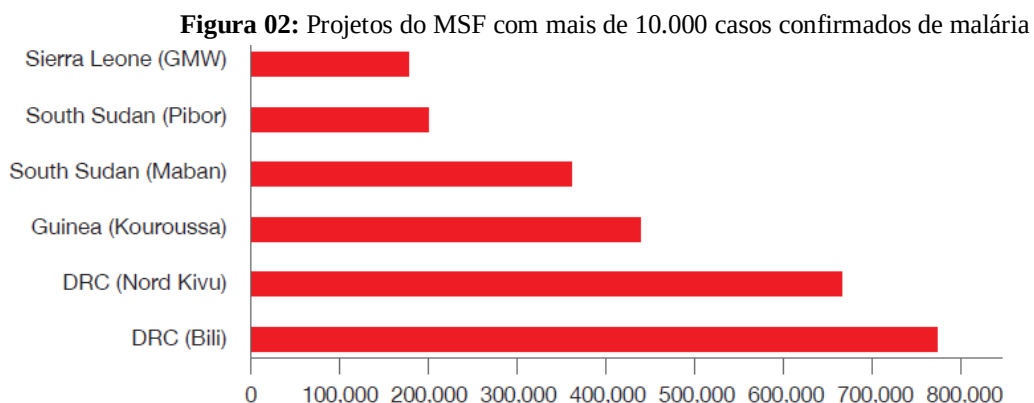
Na República Democrática do Congo, o desafio é de conter o número absurdo de

mortes de mais de 180 mil crianças de até cinco anos de idade (MSF 2012). No país, pela causa principal do surto ainda não ser totalmente reconhecida, desde 2012 as equipes do MSF auxiliam os sistemas de saúde a responder à crise adequadamente devido à falta de recursos, infraestrutura e equipe médica devidamente treinada.

Com a explosão de casos, a Organização estabeleceu algumas metas para serem alcançadas enquanto resultados no ano de 2019 e no Relatório de 2018 foram estabelecidos alguns outros objetivos, dos quais, se comprometiam em concluir os estudos e analisar dados epidemiológicos principalmente na República Democrática do Congo; a abertura de um novo projeto com foco na gestão de casos no Burundi; estabelecer uma pesquisa operacional em Guiné, desenvolvendo um pacote de intervenção para melhorar a adesão da comunidade e avaliar o impacto da intervenção; a distribuição de redes inseticidas de longa duração e abordagem de teste e tratamento para casos de febre; entre outras metas (MSF, 2018, p.62).

Em 2019, o MSF conseguiu trazer como resultados algumas das metas estabelecidas no Relatório de 2018 em relação à malária, como uma maior conscientização sobre o potencial para prevenção adequada da doença e contando com investimentos nos estudos sobre os aspectos entomológicos³⁹ da malária. Entretanto, o relatório de 2019 informa as muitas dificuldades da organização em programar uma gestão comunitária do tratamento da malária em muitos países e o fechamento de projetos sem a identificação de outro projeto que pudesse avaliar a multirresistência antimalárica, meta da organização. O gráfico abaixo (Figura 02) aponta os projetos com mais de 10.000 casos confirmados de malária, no qual exemplifica a atuação da Organização em países e localidades onde o surto apesar de parecer pequeno, em comparação a outros países, preocupa pelo crescimento acelerado de casos.

³⁹Segundo Gomes (2002, p. 82), aspectos entomológicos são aqueles que possuem “informações originadas das características biológicas e ecológicas dos vetores, nos níveis das interações com hospedeiros humanos e animais reservatórios, sob a influência de fatores ambientais, que proporcionem o conhecimento para detecção de qualquer mudança no perfil de transmissão das doenças”.



Fonte: MSF, 2019. Disponível em: https://msf.lu/sites/default/files/msf_rapport_2019-v3-web_4.pdf Acesso em 01 abr. 2021.

A organização traz dados específicos em sua pesquisa de campo, nos quais demonstra que vários desses projetos relataram uma taxa de positividade de RDT (teste de diagnóstico rápido) acima de 60% (Bili em 85%, seguido por Guiné, Camarões, Burundi, República Centro-Africana (CAR) e Nigéria) — indicando a necessidade de aumentar o investimento na prevenção da malária (MSF, 2019, p. 63-64).

A especialidade do MSF nos trabalhos de campo se destaca pelas estratégias específicas nos atendimentos emergenciais e na captação e documentação de dados primordiais para conter a proliferação de surtos e epidemias. No caso da malária, em ambos os relatórios analisados, as estratégias dos três grandes eixos se circunscrevem nos trabalhos de abordagem diagnóstica (inserida no eixo I de avaliação da gravidade); gestão de caso e estratégias operacionais e clínicas (eixo II de medidas de vigilância) e por fim, de prevenção e pesquisas operacionais (que podem ser encaixadas como medidas essenciais no terceiro grande eixo de educação em saúde e envolvimento da população local).

A organização trabalha ativamente com a descrição quantitativa e qualitativa – através dos relatos dos seus agentes que são amplamente divulgados nos sites da organização, a exemplo do MSF *Analysis*, fazendo um cruzamento das informações oferecidas pelas equipes de logística e *advocacy*, com os relatos subjetivos dos profissionais em campo. Tais exposições adjetivam as atividades do MSF, no sentido da humanização dos profissionais e uma ampla base informativa para entender as relações de causa-efeito das doenças nas populações.

A malária por ser uma endemia cuja principal causa da morte é o diagnóstico tardio e a falta de profissionais familiarizados com o quadro da doença (FIOCRUZ, 2021), se torna um foco para a atuação do MSF. A organização usa o diagnóstico confirmado através de testes rápidos ou exames microscópicos e acompanha a prevenção dessa doença em países

que estão em meio a crises humanitárias.

Como já dito, há uma política de transparência e descrição de relatos por meio dos agentes humanitários. No caso da malária, um dos relatos da chefe de missão do MSF na Nigéria em 2018, Kerri Ann Kelly, que explica como a complexa situação humanitária em Borno, nordeste do país, só piorou com a situação das chuvas e disseminação da malária. Segundo Kelly, em resposta, um programa de tratamento preventivo da malária para crianças menores de cinco anos foi lançado pelo governo do Estado de Borno em colaboração com várias organizações humanitárias, incluindo MSF. Em Rann, MSF treinou 47 equipes de agentes comunitários de saúde e forneceu tratamento de malária para 14.725 crianças em três dias. Para agravar a situação faltam serviços de saúde e saneamento em Rann e as organizações de ajuda presentes não têm equipes permanentes com funcionários experientes, o que prejudica a eficácia da resposta humanitária (MSF, 2018)⁴⁰.

A Tuberculose (TB) e o HIV, por sua vez, são doenças que juntas, matam mais de dois milhões de pessoas por ano (OMS, 2019). Essas duas epidemias podem ser relacionadas pela mesma característica em dificuldade de tratamento que ambas possuem, qual seja a fragilidade da infraestrutura em saúde que facilite o diagnóstico e promovam melhora do quadro clínico. O MSF promove estudos e programas em nove países sobre essas duas doenças e seus relatórios demonstram que há falta de financiamento internacional e recursos disponíveis, o que gera uma lacuna na prestação dos serviços de triagem, prevenção e manejo da tuberculose e do HIV (MSF, 2019).

Segundo o Relatório de Atividades Médicas de 2018, durante esse ano, o Centro Operacional de Bruxelas manteve seu compromisso, declarado na reunião estratégica interseccional de TB realizada em 2017, de manter uma massa crítica de atividades de TB por meio de projetos verticais de tuberculose e da tuberculose resistente a medicamentos⁴¹ e atividades integradas na maioria dos contextos, tanto em ambientes de alta e baixa prevalência de HIV, enquanto testando e defendendo novas soluções (MSF, 2018, p. 123).

Essas duas doenças são particularmente preocupantes, pois o risco de contágio e reinfeccção são muito grandes, principalmente em países de baixa renda com um sistema de

⁴⁰A visualização em imagens desse relato pode ser encontrada em outra plataforma de mídia digital, no Youtube, sob o título “*Preventing Malaria, Saving lives in Nigeria*”. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ptaMEvcZAYs> Acesso em 03 abr. 2021.

⁴¹ Segundo o Relatório de 2018, “Drug-resistant TB (DRTB) remained a key area of work; it is in this field that MSF has significantly contributed to policy change in treatment. Thanks to strong advocacy and evidence, to which MSF-led operational research contributed, oral regimens with new and more effective drugs are finally recommended by WHO, after decades of toxic regimens with injectable agents. Operational research on new and shorter treatments for DRTB remains a priority for MSF and for the international community.” (MSF, 2018, p. 123)

saúde fragilizado e negligente. Por esse motivo, a Organização tem dado cada vez mais atenção às intervenções — principalmente da tuberculose — com o objetivo de impactar tanto a transmissão quanto a mortalidade, através da localização inovadora de casos e estratégias de prevenção para infecção latente de tuberculose; de projetos direcionados para as populações em tratamento, especialmente entre os mais vulneráveis, como crianças, Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), prisioneiros, migrantes e pessoas em áreas de conflito.

Para alertar a periculosidade das epidemias, o MSF preparou um relatório para ser apresentado na Conferência de Reabastecimento do Fundo Global, em outubro de 2019 em Lyon, no qual, emitia um alerta sobre os dados recentes que indicavam que respostas nacionais e globais às duas mais mortíferas doenças infecciosas estavam se desviando do alvo. Como exemplo, o relatório cita que o número anual de mortes devido à AIDS diminuiu apenas minimamente desde 2014 e que, em todo o mundo infecção por TB causa uma em cada três mortes ligadas à AIDS. Esse relatório em específico apontava que esforços e recursos necessários para apoiar e tratar pessoas com HIV / TB estão em atraso e negligenciados em vários países com forte carga de doenças bem como países com níveis de prevalência mais baixos do HIV, como os da África Ocidental e Central (MSF, 2019).

O Relatório de atividades Médicas de 2018 trouxe lições que foram aprendidas nas missões do MSF para tratar dessas duas doenças em específico. Em relação à tuberculose, o diagnóstico tardio continuou sendo um grande problema e a principal causa de alta mortalidade e transmissão, o que ensejava a necessidade de estratégias abrangentes de detecção de TB em todos os projetos. Uma das saídas que a Organização apresenta em prospecção para o ano de 2019 já que há ausência de uma ferramenta de diagnóstico perfeita para TB, seria que as equipes em campo deveriam usar todas as ferramentas disponíveis, embora instrumentos imperfeitos⁴², haja vista a necessidade de controle da doença.

Já, no que se diz respeito ao HIV, o controle da epidemia e erradicação até 2030, como planejado, não será alcançado com as estratégias existentes enquanto o financiamento internacional continua a cair, visto que as organizações e os países — onde há incidência dessa epidemia — dependem de um plano de financiamento e apoio; e em relação à tática de resposta à epidemia, o modelo em cascata linear (90-90-90) deve ser substituído por um

⁴²A Organização cita como exemplo, no Relatório de 2018, o uso dos testes de triagem TB LAM e Xpert, à radiografia torácica a algoritmos clínicos, o que continuaria a inovar na implementação de estratégias adaptadas aos seus contextos, pois, as estratégias de prevenção e medidas de controle de infecção (IC) são muitas vezes mal implementadas e erroneamente não são consideradas uma prioridade. Deve haver um aumento dos esforços para garantir o fornecimento de tratamento preventivo, onde recomendados, e padrões mínimos de IC, em todos os projetos, são necessários (MSF, 2018).

circular, pois muitos abandonam os cuidados quando apresentam uma melhora clínica e só retorna quando estão muito doentes (MSF, 2018).

Em 2019, o relatório vem descrever e pontuar a grande prioridade que deve ser a retenção e cuidados com ambas as epidemias. Para a tuberculose, o seu diagnóstico tardio e a alta mortalidade resultante entre os pacientes internados continuaram sendo um grande problema, especialmente em países com alta carga de HIV, sendo necessárias inovações em diagnóstico e tratamento, bem comunicação sobre o impacto devastador da tuberculose. Em relação ao HIV, a organização deixa claro que nos países onde há missões para controle dessa doença infectocontagiosa, é necessário investir no nível de atenção primária para diminuir a mortalidade por HIV avançado (MSF, 2019).

Além de produzir esses relatórios, em específico ao tratamento dessas duas epidemias, o MSF trabalha ativamente em vigilância epidemiológica para ajudar a contê-las. Para isso, a Organização produz estudos prospectivos em comunidades/populações específicas nas quais há a proliferação das doenças de forma descontrolada. Um exemplo de tal ação é o Relatório de Estudo sobre triagem e tratamento da infecção por tuberculose na prisão de Chichiri-Malauí (Screening for and Treating Tuberculosis Infection and Disease in Chichiri Prison: A Feasibility Study 2020). Neste estudo, pela primeira vez em uma prisão no Malauí, foi possível utilizar um pacote abrangente de triagem e tratamento de tuberculose para ILTB⁴³ e doença ativa foi implementada. Os resultados do estudo mostraram boa aceitabilidade, alta prevalência de ILTB e boa captação de TPT⁴⁴ para indivíduos HIV positivos e negativos. Os resultados deste estudo fornecem orientação para atividades futuras em ambientes prisionais no Malauí (MSF, 2020).

Outro exemplo são os guias técnicos produzidos pelas divisões médicas da Organização, como o SAMU (Unidade Médica da África do Sul), que faz parte do Departamento Médico do Centro Operacional de Bruxelas e da divisão médica do MSF África do Sul. Fornecendo suporte estratégico, clínico e de implementação a vários projetos com atividades médicas relacionadas ao HIV e TB, através de um guia para nível hospitalar contendo diretrizes claras e práticas para ajudar o médico do hospital a identificar e administrar rapidamente as condições comuns (Figura 03), com as quais pacientes HIV

⁴³Segundo a OMS, a infecção tuberculosa latente (ILTB) é um estado de resposta imune persistente à estimulação por antígenos do *Mycobacterium tuberculosis* sem evidência de TB ativa clinicamente manifestada. Disponível em: <https://www.who.int/tb/areas-of-work/preventive-care/ltbi/faqs/en/> Acesso em 05 abr. 2021.

⁴⁴A OMS esclarece como sendo o tratamento preventivo para tuberculose, no qual, “consists of a course of one or more anti-tuberculosis medicines given with the intention of preventing the development of TB disease. TPT is only given to people who are infected with TB bacteria or have been exposed to it and are at a higher risk of developing TB disease than the general population. TPT is considered one of the most critical public health measures to protect both individuals and the community from TB.” (OMS, 2020)

positivos são encaminhados para unidades de emergência e enfermarias de hospitais, especialmente aqueles com recursos mínimos (MSF, 2020).

Figura 03: Imagens das páginas 05, 07, 10, 14



Fonte: Guião Hospitalar TB/HIV (MSF, 2018)

As imagens contidas no *Qr code* representam fotos dos manuais diagnósticos produzidos pelo MSF. Os *Clinical Guidelines* foram desenvolvidos para serem usados por profissionais médicos envolvidos em cuidados curativos e atenção primária. Nos relatórios analisados nessa pesquisa, observa-se que o MSF busca formas de responder da maneira mais simples e prática possível às perguntas e problemas enfrentados pela equipe médica de campo, usando a experiência de campo acumulada da organização, as recomendações de organizações de referência, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e trabalhos especializados em cada área.

Estes guias não são usados apenas em programas apoiados pelo Médicos Sem Fronteiras, mas também em outros programas e em outros contextos, principalmente como parte integrante do Kit de Saúde de Emergência da OMS. A característica mais importante destes guias é que eles fazem parte de um esforço colaborativo de profissionais, com atualizações periódicas, e médicos de várias disciplinas todos com experiência em campo.

Além dessas epidemias, o *Medical Report* de 2019 traz outras doenças de carga viral muito grande, como o sarampo (na atuação da maior epidemia da história da República Democrática do Congo), a cólera, febre amarela e ebola. Especialmente nessas epidemias, o relatório especifica a atuação de combate com vários setores de ação logística e sanitária como a vigilância epidemiológica (Epicentre), o qual atuou em pesquisa em emergências, pesquisa projetada para aprimorar estratégias operacionais, bem como ferramentas e protocolos preventivos, curativos e de diagnóstico e suporte ao monitoramento de programas do MSF. Em relação ao sarampo, o objetivo primário foi documentar e analisar a epidemia para orientar as operações de MSF e comunicar os resultados às autoridades nacionais (MSF, 2019).

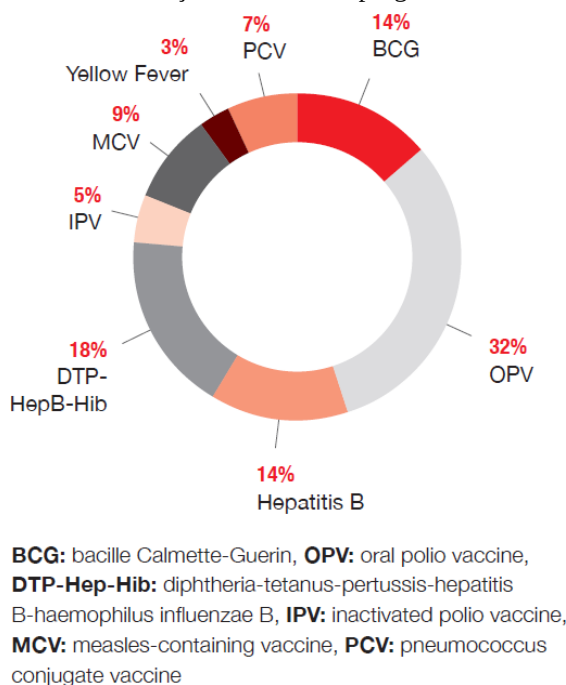
Assim, os estudos de caso sobre prevenção e vacina se tornaram os principais focos dos agentes envolvidos e resultados foram positivos em relação a algumas epidemias e

aplicação de imunizantes, como exemplo a ser observado no trecho abaixo:

Mid-2019, a case-control study to estimate the protection of one dose of the typhoid conjugated vaccine, Typbar-TCV®, against clinical typhoid fever among inhabitants of three suburbs in Harare (Zimbabwe) was initiated after ethics clearance. The recruitment was still ongoing at the end of 2019. The study aims to measure vaccine effectiveness under real life conditions, in endemic and epidemic settings. The results of the evaluation of the stability of measles vaccine out of the cold chain under extended controlled temperature conditions were accepted for publication. They showed that measles vaccine in the lyophilised form remains above the minimum required potency at the end of the shelf-life for up to six days at 37°C or for two days at 40°C⁴⁵. (MSF, 2019, p.30)

É imperioso apontar que a distribuição de vacinas está dentro do grande eixo de medidas de vigilância e o MSF trabalhou em 2019 para que os números não diminuíssem. O relatório apresenta em forma de porcentagem as doses administradas em alguns grupos (Figura 04 traz um exemplo) e dados referentes ao estabelecimento de atividades-chave como: rotina de vacinação; profilaxias pós-vacinação⁴⁵; campanhas de vacinação em massa e visitas de campo, desenvolvimentos e inovações, treinamentos / conferências / reuniões.

Figura 04: Distribuição de antígenos administrados a crianças menores de cinco anos durante as atividades de vacinação de rotina em programas



Fonte: MSF, 2019. Disponível em: https://msf.lu/sites/default/files/msf_rapport_2019-v3-web_4.pdf Acesso em 01 abr. 2021

⁴⁵Medidas de medicina preventiva através de hábitos corriqueiros de higiene, como lavar as mãos e refrigerar os alimentos etc. Essas medidas servem para evitar eventos adversos pós-vacinação (EAPV) que são quaisquer ocorrências médicas indesejadas após a vacinação e que, não necessariamente, possui relação causal com o uso de vacina ou outro imunobiológico (CIOMS; WHO, 2012).

Na mesma ideia do binômio lições aprendidas/prospecções para o ano seguinte, em relação ao trabalho com a vacinação — que comporta claramente os três grandes eixos de atuação do MSF, a organização elenca o aprendizado de 2019 e o que planeja para 2020.

Em relação às lições aprendidas, o relatório cita, por exemplo, a dificuldade de organizar campanhas de vacinação reativa contra sarampo, cólera ou febre amarela campanhas em Burundi (Bujumbura), Nigéria (Borno e Ebony State) e em dois lugares na RDC (Kwilu e províncias de Basankusu). Na maioria desses locais, a intervenção se limitou ao gerenciamento de casos, pois os contextos altamente politizados e os aspectos financeiros da resposta às epidemias parecem afetar cada vez mais negativamente a capacidade de resposta a epidemias (MSF, 2019, p. 140). Quanto às prospecções para o ano de 2020, a organização elencou importantes metas, a saber,

- A documentação das intervenções do MSF contra o sarampo (situação epidemiológica / escolhas operacionais / custo e resultados) em Guiné será realizada para definir as lições aprendidas e informar as operações para intervenções futuras.
- Um novo programa com foco em forte apoio para vacinação de rotina integrada será elaborado e iniciado na RDC.
- O uso de OCV em resposta a epidemias de cólera pelo OCB será promovido em todas as oportunidades e um estudo sobre a viabilidade de Intervenções Alvejadas por Área de Caso (CATI) incluindo OCV será organizado.
- Promover a organização de campanhas de vacinação preventiva com múltiplos antígenos ou atividades aprimoradas de vacinação em países onde a vacinação de rotina é fraca ou onde as atividades foram reduzidas.
- Promover a implementação da vacinação como parte do pacote preventivo em projetos de migrantes e documentá-la.
- Apoiar a avaliação de oportunidades perdidas de vacinação em todos os projetos com um componente de atenção primária ou secundária à saúde e apoiar a implementação de mudanças para otimizar o sistema.
- Continuar trabalhando na integração da vacinação de recuperação de rotina até cinco anos por padrão em todos os projetos que atingem crianças de 0 a 5 anos de idade.
- Explorar ainda mais a oportunidade de integrar a vacinação contra o HPV no acompanhamento clínico de mulheres HIV + em projetos de HIV.
- Buscar oportunidades para documentar o uso e a absorção da vacina contra hepatite B (HBV) em populações vulneráveis (HIV +, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo).
- Assegurar o acompanhamento de vários estudos sobre vacinação: OCV em Guiné, HPV e TCV no Zimbábue e implementação do sarampo na Cadeia de Temperatura Controlada Estendida (ECTC) na RDC.
- Reforçar o uso apropriado de vacinas e produtos vacinais para PEP em todas as missões. (MSF, 2019, p. 141, tradução nossa)⁴⁶

⁴⁶ Texto original:

- Documentation of MSF measles interventions (epidemiological situation/operational choices/cost and results) in Guinea will be undertaken to define lessons learned and inform operations for future interventions.
- A new programme focusing on strong support for integrated routine vaccination will be designed and started in DRC.
- The use of OCV in response to cholera epidemics by OCB will be promoted at every opportunity and a study on the feasibility of Case-Area Targeted Interventions (CATI) including OCV will be organised.

Estas metas demonstram o *animus* da organização em operar solidariamente de forma organizada e pautado em perspectivas científicas, ao mesmo passo que elenca metas a serem cumpridas. A operacionalização demonstrada no *Medical Report* de 2018 e 2019 é fruto de um amálgama de atividades que vão desde equipes de aproximação a campanhas de saúde pós-tratamento. Assim, as estratégias promovem um atendimento eficaz, tanto quando alcança resultados positivos ou quando não atingem as metas estabelecidas, pois ainda sim, o que não foi alcançado se transforma em estatísticas importantes para o fortalecimento da saúde das populações atendidas.

Todos os Relatórios do MSF de 2019 foram publicados em meados de 2020 e a pandemia da Covid-19 com a sua primeira variável, o Sars-Cov-2 assolava muitos países do mundo. A Organização Médicos Sem Fronteiras se preocupou com a interrupção massiva dos cuidados direcionados a algumas doenças e novos protocolos de saúde foram protocolados para combater um vírus de características pandêmicas. Houve a adaptação do modelo operacional do MSF com base nas recomendações da OMS e demais agências internacionais de vigilância epidemiológica, as quais direcionavam uma preocupação especial à capacidade de respostas a emergências, principalmente em países que precisavam de uma maior atenção devido a sua fragilidade estrutural e financeira.

A pandemia COVID-19 apresenta desafios sem precedentes ao setor humanitário e exigiu a adaptação de modelos de assistência médica em todo o mundo. O Medical Activity Report de 2019 já traz informações e dados de como a pandemia já havia atingido países com alta carga de tuberculose e HIV, impactando o acesso aos cuidados e afetando especialmente os pacientes com TB e HIV.

A essencialidade na garantia da continuidade dos serviços médico-humanitários

-
- Promote the organisation of multi-antigen preventive vaccination campaigns or enhanced catch-up vaccination activities in countries where routine vaccination is weak, or where activities have been reduced.
 - Promote the implementation of vaccination as part of the preventive package in migrant projects and document it.
 - Support the evaluation of missed vaccination opportunities in all projects with a primary or secondary health care component, and support implementation of changes to optimise the system.
 - Keep working on the integration of routine catch-up vaccination up to five years by default in all projects reaching children 0-5 years of age.
 - Further explore the opportunity to integrate HPV vaccination into clinical follow-up of HIV+ women in HIV projects.
 - Seek opportunities to document the use and uptake of Hepatitis B (HBV) vaccine in vulnerable populations (HIV+, men having sex with men, sex workers).
 - Ensure follow-up of several studies on vaccination: OCV in Guinea, HPV and TCV in Zimbabwe and implementation of measles in Extended Controlled Temperature Chain (ECTC) in DRC.
 - Reinforce appropriate use of vaccine and vaccine products for PEP by all missions. (MSF, 2019, p. 141)

oferecidos pela Organização e coordenados pelo Centro Operacional de Bruxelas é demonstrado nos desafios enfrentados pelas equipes para alocar esforços para proteger pacientes novos e os que já estavam em tratamento das consequências desastrosas da pandemia de COVID-19 nos sistemas de saúde. As atividades do MSF continuaram a ser baseadas nos pilares essenciais de responsividade ao surto de doenças. O Relatório explicita que os mesmos protocolos no fornecimento de cuidados eficazes para os pacientes criticamente enfermos foram mantidos (MSF, 2019). No entanto, formas inovadoras precisaram ser exploradas para atender às necessidades de cuidados redobrados no quadro clínico dos pacientes para prevenção e tratamento dos que apresentassem os sintomas do novo vírus, especialmente em contextos de poucos recursos.

Como já explanado, a Organização detém ferramentas e plataformas preparadas para auxiliar seus agentes, tendo a pesquisa científica como grande aliada às suas atividades para as descobertas que possam gerar impactos substanciais na política global de saúde e beneficiar as populações que o MSF atende. Outra ferramenta é o LuxOR⁴⁷, uma plataforma que produz pesquisas e visa a avaliar a viabilidade e eficácia de modelos novos e existentes de atendimento, encorajar a inovação e produzir decisões baseadas em evidências, além de apoiar atividades de *advocacy* com descobertas científicas. A LuxOR compartilha suas descobertas com o movimento internacional de MSF e suas organizações parceiras, e defende mudanças nas políticas e práticas de saúde. Os resultados e recomendações, baseados em informações confiáveis, permitem assessorar adequadamente os atores locais, nacionais ou internacionais. Os estudos são publicados em revistas científicas de renome e são de livre acesso aos pesquisadores e à comunidade humanitária internacional.

O Relatório de atividades médicas de 2019 traz informações produzidas pelo LuxOR de apoio a epidemiologistas e coordenadores médicos no campo para desenvolver e implementar ferramentas e estratégias de vigilância. Com base em sua experiência em resposta a epidemias e gerenciando emergências, o MSF no ano de 2020 expandiu suas atividades em resposta à pandemia na Bélgica, Itália e em outras partes da Europa, apoiando hospitais e grupos de assistência que são particularmente vulneráveis à infecção por COVID-19, como idosos, migrantes e sem-teto.

Outra ferramenta importante e que exemplifica o indicador sobre a articulação da organização — delimitada por essa pesquisa em técnica de análise de conteúdo —, é o Sherlog, uma plataforma de logística exclusiva para os agentes terem acesso a documentos

⁴⁷ O LuxOr - La Recherche Opérationnelle pour l'action humanitaire, traduzido significa Pesquisa Operacional para Ação Humanitária.

importantes, contato com colegas e receberem um maior suporte em campo, o que ajuda a contribuir nas práticas de promoção à saúde e na interconexão entre diferentes países e abordagens. O investimento nesta nova abordagem foi impulsionado durante a pandemia para compartilhar recomendações sobre o COVID-19 de maneira dinâmica com todas as equipes, na busca por mudanças para o papel do consultor médico, permitindo que equipes de diferentes projetos se ajudem mutuamente (MSF, 2020).

É imprescindível pontuar que além de todos os desafios que essa nova pandemia gerou em todos os países do mundo, ela apresenta desafios sem precedentes ao setor humanitário, visto que, organizações com gestão médico-humanitária, como o Médicos Sem Fronteiras, se baseiam em pilares essenciais de capacidade de resposta a surtos de doenças – como explanado ao longo deste tópico. Entretanto, essas respostas passam a depender da capacidade de fornecer cuidados eficazes para pacientes criticamente enfermos.

Uma das problemáticas que o *Medical Activity Report* de 2019 salienta é sobre a dificuldade que em países com alta carga de Tuberculose e HIV para enfrentar a COVID-19 e como já estava impactando o acesso aos cuidados para esses pacientes. Em março de 2020, a Organização emitiu uma nota na qual atentava sobre as possíveis consequências da alta carga viral do Sars-Cov-2 em pacientes com tuberculose, devido a maior fragilidade do quadro clínico, pois a infecção pelo corona vírus pode apresentar sintomas semelhantes aos da tuberculose e agravamento do quadro clínico. Segundo nota⁴⁸,

É provável que pessoas com alguma condição nos pulmões, como pacientes com tuberculose ou pessoas com sistema imunológico fraco, como aquelas com carga viral de HIV considerável, possam sofrer formas mais graves da Covid-19, se infectadas. Além disso, muitos pacientes com TB vivem em áreas densamente povoadas e essa proximidade aumenta ainda mais o risco de contrair Covid-19. Sobre tudo em assentamentos superlotados, com pouco acesso a água potável ou assistência médica. (MSF, 2020)

Para conter consequências ainda mais drásticas, o MSF continuou a seguir todas as orientações da Organização Mundial de Saúde, como a nota informativa sobre os cuidados a serem tomados em relação à continuidade de tratamento dos pacientes e no auxílio às autoridades de saúde no fornecimento e sustentabilidade dos serviços essenciais de tuberculose durante a pandemia do COVID-19, principalmente em relação à continuidade dos serviços; prevenção; diagnóstico; tratamento; planejamento, aquisição, fornecimento e gestão de risco proativos; recursos humanos e capacitação (OMS, 2020).

⁴⁸Notícia intitulada “Covid-19 e Tuberculose: precisamos evitar uma segunda tragédia” de 24 de março de 2020. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/covid-19-e-tuberculose-precisamos-evitar-uma-segunda-tragedia> Acesso em 02 mai. 2021.

Em relação ao HIV e demais doenças de carga viral elevada, as quais são potencializadas pelo novo coronavírus e que gera alto risco de mortes, o MSF segue todos os protocolos da OMS e dos demais órgãos das Nações Unidas nas estratégias empregadas para reduzir o número de mortes e os efeitos sociais agravados pela pandemia, tendo como principal foco os cuidados comunitários para conter o agravamento dos pacientes já infectados. Os efeitos da pandemia de COVID-19 nos serviços de saúde para o HIV e outras doenças enfatizaram a importância das intervenções conduzidas pela comunidade, visto que foi afetado o acesso a instalações de saúde, transporte e tratamento.

Com a elaboração do *Medical Activity Report* de 2020 ainda em andamento – considerando o tempo de escrita desta Dissertação – a análise de conteúdo sobre os dados separados se limitam à linha temporal 2018-2019, trazendo apenas as considerações da Organização sobre a integração de cuidados que estavam sendo iniciadas, em especial aos pacientes de TB e HIV. Entretanto, através dos indicadores apontados e da análise da abordagem descrita, sinaliza-se o trabalho da Organização de resposta à pandemia de COVID-19 desde 19 de Janeiro de 2020, visto que, à medida que o novo coronavírus se espalhava, atingindo praticamente todos os países do mundo, o MSF adaptou e ampliou as atividades em andamento e iniciou novas atividades ao longo dos primeiros meses de 2020.

Durante o *outbreak* do Sars-Cov-2, o MSF comprometeu recursos substanciais para o desenvolvimento de projetos com vistas a manter cuidados essenciais em saúde em seus programas existentes e acompanhando os ministérios da saúde dos países em que a Organização atua, na preparação e/ou enfrentamento da pandemia.

Esse apoio é circunscrito pela experiência da Organização em outras epidemias no que diz respeito à treinamento em prevenção e controle de infecções, promoção da saúde e organização dos serviços de saúde — indicadores descritos no início desta subseção de pesquisa. Desde meados de 2020, esse treinamento está praticamente concluído onde há apoio da ONG, onde a maioria das atividades relacionadas ao COVID-19 foi integrada aos projetos regulares, embora o MSF foque em manter projeto totalmente voltados apenas ao COVID-19. Os últimos seis meses do ano de 2020, as atividades específicas do COVID-19 foram abertas (ou reabertas) e fechadas conforme a segunda onda de infecções determinasse a necessidade dessa expansão (MSF, 2021).

O apoio da organização com base nas suas principais atividades — análise estratégica, investigação epidemiológica e documentação de respostas — foca em cada contexto de atuação, que pode analisar desde a situação epidemiológica do local, as necessidades de saúde locais e até os próprios recursos da ONG.

Devido à grande operacionalidade dos serviços da Organização, ainda é difícil fornecer uma narrativa global sobre as suas operações, principalmente em relação à pandemia que ainda está em curso e necessita de maior documentação, possuindo consequências diferentes em lugares diferentes.

Ademais, este tópico trouxe a apresentação de dados da organização de caráter médico-humanitário Médicos Sem Fronteiras que demonstrasse o seu foco no planejamento, atuação e documentação de respostas efetivas e avaliáveis, nos principais Relatórios de Atividades, demonstrando a transparência através da documentação indireta de notícias e diários de bordo.

4.3 A importância das ações estratégicas do MSF e produção de dados epidemiológicos como parte de modelo de atuação solidária junto ao Estado em busca da efetivação do direito à saúde

Como visto exemplificadamente no tópico anterior, a Organização Médicos Sem Fronteiras trabalha de forma estratégica visando a agregar métodos e ferramentas na assistência das ocorrências de doenças nas populações. Ao utilizar formas específicas de atuação e formação de bases de dados epidemiológicos, o MSF contribui diretamente com a comunidade local e com a comunidade internacional na prevenção e controle dos sistemas de saúde.

Em apoio à Organização Mundial de Saúde nos seus relatórios de base e na capacidade de gerenciar diferentes centros de respostas com aplicação de diferentes estratégias, a organização apresenta uma lógica de assistência médico-humanitária que busca investigar a causa das doenças e fornecer possibilidade de intervenção preventiva. Tais características muito se aproximam do conceito e finalidades da atenção primária à saúde e da epidemiologia, visto que ambas convergem para deprever e avaliar a efetividade dos serviços de saúde, oferecendo estratégias de cuidado.

Na delimitação sobre análise estratégica, investigação epidemiológica e documentação de respostas dos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019, procurou-se descrever o *modus operandi* nas ações de medicina de emergência em epidemias que os relatórios traziam. Isto porque, ao tratar como se dá a documentação das medidas de vigilância demonstra que a atenção essencial à saúde é baseada em tecnologia e métodos práticos, que, uma vez publicizados descritivamente com as avaliações de intervenções, podem ser considerados instrumentos para a solução de problemas encontrados na prática médica e no

desenvolvimento social da comunidade atendida.

O processo de atenção continuada à saúde configura meta principal de várias declarações, tratados, leis e relatórios de organismos internacionais e apresenta um conjunto de valores caracterizados pelo direito das populações ao mais alto nível de saúde, à solidariedade, à equidade, além de uma série de princípios pautados na responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade e participação social. Para isso, a Declaração de Alma-Ata explicita que os cuidados primários à saúde “[...] devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade” (OMS, 1978).

As publicações sobre as atividades médicas de forma circunstanciada revelam ações enquanto estratégias que permitem integrar e organizar atividades de acordo com as necessidades detectadas, a fim de enfrentar e resolver os problemas identificados, de forma conjunta com a comunidade local, o ente estatal e a os organismos internacionais. Daí a importância da documentação e estratégias de resposta do MSF na vigilância em saúde, especificamente a sanitária: a compreensão sociocultural e epidemiológica em comunidades negligenciadas ou impossibilitadas de receber ajuda estatal e internacional aumenta a capacidade de intervenção e potencializa a qualidade/adequação/resolutividade das intervenções propostas.

A complexidade da atuação da organização é diretamente proporcional à relevância da vigilância sanitária. Aqui, pode-se trazer como paralelo a descrição dos atendimentos ao Sarampo e Ebola feitos nos Relatórios de 2018 e 2019 e nos Diários de Bordos respectivos, nos quais para que haja efetivo controle dessas epidemias, deve haver uma convergência de várias prática médico-humanitárias que vai desde o mapeamento da incidência da doença à distribuição de água e construção de aterros sanitários.

Assim, pela dificuldade em mensurar a saúde das populações, a Organização Mundial de Saúde formou um comitê para avaliar o nível de saúde e não foi possível construir um índice único, apesar de separarem doze componentes passíveis de quantificação (alimentos e nutrição, educação, condições de trabalho, segurança social, consumo, etc.) (OMS, 1950). Tal fato pontua a importância do trabalho de campo e documentação dos eventos epidêmicos feitos pelos próprios países e entidades de base que apontem indicadores e respostas aos modelos de vigilância utilizados.

A descrição de dados apresentada no tópico anterior pontua e exemplifica a importância do monitoramento do processo de captação de dados, aplicação das medidas de

controle adotadas e relatórios finais. A análise estratégica tenta identificar os meios que podem alcançar as formas mais eficientes em relação aos objetivos declarados pela organização. Os agentes e voluntários do MSF passam a articular cada vez mais orientações estratégicas para alcançar resultados e identificar e avaliar sistematicamente os meios disponíveis para atingir o objetivo desejado e considerar em suas avaliações os efeitos colaterais potencialmente negativos associados a esses meios. Eles buscam avaliar com precisão o ambiente estratégico, ou seja, todos os fatores que afetarão a habilidade de ajuda em alcançar seus objetivos e salvar vidas.

Um paralelo interessante a esse trabalho do MSF são os sistemas de saúde latino-americanos, nos quais a participação popular é bastante enfatizada, focalizando a importância do envolvimento da comunidade, garantindo assim a relevância da informação em saúde, bem como das ações de intervenção. O sistema de saúde cubano, por exemplo, define vigilância em saúde com a base para o diagnóstico da situação de saúde, o que possibilita o reconhecimento dos principais problemas para a saúde e determina as medidas e políticas adequadas para a melhoria da saúde populacional de forma estratégica (ULLMANN, 2005).

No Brasil, a construção do sistema de vigilância não consiste apenas no controle de doenças e agravos, mas também visa a promulgar informações epidemiológicas de modo a articular formas de prevenção. Historicamente, com a Lei 6.259, de 1975, e o Decreto 78.231/1976, instituiu-se a vigilância em saúde, cujo objetivo é:

“[...] desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.”

Ou seja, no Brasil, o modelo de vigilância em saúde ocorre por meio da experimentação de múltiplas estratégias e modelos de atenção à saúde, buscando reorganizar a lógica do processo de produção de serviços de saúde em todas as suas esferas de atuação e fortalecendo a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, tratar sobre estruturas de informação em saúde que identifiquem principais demandas em saúde e que geram um planejamento e intervenção com produção de dados epidemiológicos é fundamental. Posteriormente, essas estruturas servem para identificar relações casuísticas e etiológicas envolvidas no processo saúde doença para definição institucional e legal de competências a nível local ou internacional.

O MSF reproduz essa lógica gerando conhecimentos aplicáveis e fomentando uma

cultura de intercâmbio de informações e gerenciamento nas inovações e padrões em missões presenciais ou remotas. Um exemplo disso é trazido por Redfield (2013, p. 98), o autor descreve que durante o genocídio de Ruanda, membros de uma equipe cirúrgica do CICV ficaram impressionados com a velocidade com que um kit de atendimento hospitalar podia ser desempacotado para atender mais rapidamente as vítimas. Essa simples tarefa de logística acabou sendo compartilhada com a Cruz Vermelha, que também adotou algumas das diretrizes de MSF.

Ao contrário dos esforços mais lentos da OMS para reunir conhecimento da pesquisa formal, a abordagem de MSF foi enfaticamente operacional em perspectiva e apelou diretamente para as equipes em campo. O kit de cólera é outro exemplo importante pois divergiu do modelo da OMS, em parte porque incorporou as experiências da organização em Malawi, em vez de confiar nas descobertas de um instituto de pesquisa em Bangladesh, o qual a OMS tinha como modelo (OMS, 2017). Como o MSF estava executando programas de emergência e encontrou taxas mais altas de cólera do que o esperado em seus próprios estudos epidemiológicos, o grupo enfatizou o tratamento de casos agudos e incluiu tratamento mais intravenosamentos relativos aos orais.

A iniciativa da OMS em agregar e utilizar métodos e ferramentas das ONG's pontua a ideia de *self-reliance*, na qual há uma valorização de um perfil de regulação democrática na busca pelo processo de desenvolvimento da saúde. A capacidade de identificar problemas e propor soluções é vista como via privilegiada para a institucionalização de padrões de relacionamento baseados em interdependência autêntica.

Entretanto, essa cooperação com vistas a um desenvolvimento sustentável na busca pela qualidade na saúde das populações só é possível porque a OMS e os Estados identificam uma tecnovigilância com a utilização de logística, equipamentos e medicina tradicional dessas organizações. Há uma observação e posterior reconhecimento em relação à utilização de dois subsistemas de vigilância nos quais revelam-se informações para agilização de ações de controle e da utilização de uma produtiva inteligência epidemiológica.

Tanto nos níveis locais de saúde ao identificar e controlar os efeitos adversos com a elaboração de normas que padronizam atividades e condutas adequadas à realidade local, quanto em relação à elaboração de bases técnicas para identificação de lacunas e produção de conhecimento, a OMS estuda as ações dessas organizações.

A figura abaixo (Figura 05) traz um resumo de como trabalham esses subsistemas interligados.



Fonte: Autora (2021), adaptado de Waldman (2009).

Ao categorizar esses subsistemas, Waldman (2009) exemplifica a dimensão dos processos envolvidos na determinação da saúde das populações. Em primeiro lugar, o resultado dessas ações depende do envolvimento da comunidade, ou seja, os subsistemas devem ser conhecimento local e cultural de determinada comunidade para que haja resultados e não aconteça uma intervenção limitada, que não modifique e reconstrua os ambientes locais de proliferação das doenças. Na prática, como esses subsistemas trabalham requer uma negociação considerável para sua implementação, sendo necessária a persuasão de ambos pacientes e instrumentos para desempenhar suas funções.

O Médicos Sem Fronteiras se esforça para que essa negociação potencial reconstitua um ambiente operacional mínimo, através de protocolos, códigos de conduta, estudos epidemiológicos, integração logística e avaliação de resultados. Tendo na publicização dessas práticas, outra ferramenta de interesse sanitário às demandas sociais de saúde individual, coletiva e dos sistemas de saúde, no sentido de minimizar riscos graças à catalogação de informações importantes do processo saúde-doença. Esse modelo de atuação apresentado pela ONG em relação à tecnovigilância, integração de agentes, padronização de formulários e atendimentos, estabelecimento de plataformas online para troca de informações dos agentes em campo, o trabalho de aproximação/logística/coordenação/orientação fortalece o acesso e

amplia a atenção à saúde.

Além de fornecer ajuda médica de emergência às pessoas afetadas por conflitos, epidemias, desastres ou exclusão dos serviços de saúde, o MSF também está envolvido na pesquisa e reflexão médicas. A avaliação e a investigação operacional contribuem para melhor compreender os contextos em que a ONG trabalha e os projetos que implementam. Isso ajuda a melhorar a eficácia e a qualidade do atendimento médico que oferecem e no fornecimento das ferramentas para convencer outras pessoas a agir ou alterar seus protocolos de tratamento.

Financiamento independente e flexível do MSF, preparação para mitigar riscos e capacidade logística, combinada com vasta experiência em atendimento a surtos/endemias/epidemias, posicionou a organização como uma das primeiras com capacidade efetiva de resposta em vários países. No entanto, devido a escala sem precedentes de algumas doenças e recursos limitados, MSF enfrenta decisões estratégicas novas, complexas e difíceis. A abordagem típica de seis pilares para o gerenciamento de um surto de ebola, por exemplo, estava sob pressão desde o início, devido ao tamanho e à disseminação geográfica da epidemia. Mudanças pragmáticas e soluções alternativas, muitas vezes abaixo do ideal, tiveram de ser encontradas cada vez que uma estratégia convencional falhou (MSF, 2014).

É importante destacar a essencialidade que esse apoio multiprofissional baseado na integralidade traz aos países, voltado ao enfoque nos princípios de atenção à saúde eles suplantam a ineficiência de muitos países em lidarem com situações de crise sanitária, quer seja pelos déficits e vulnerabilidades dos sistemas econômico e social, quer seja da escassez em gerenciamento individual ou coletivo de tratamento em ações preventivas.

Cabe destacar que as ações do MSF em buscar alternativas para organizar e racionalizar recursos dos sistemas de saúde locais vêm da experiência em campo e da necessidade apresentada, por muitas vezes, de não conseguirem deixar as missões pela insuficiência de profissionais especializados e/ou capacidade dos sistemas de saúde de continuar cuidando da população. Redfield (2013, p. 238, tradução nossa), relata uma de suas viagens de campo para o norte de Uganda em 2004, na qual ele transcreve uma conversa com um médico atendente onde há preocupação em deixar a comunidade, pois sabe que não haverá formas de que o projeto continue nas mãos dos governantes. Segue trecho:

Médico: Devemos todos simplesmente ir embora? O projeto é ótimo quando estamos lá, mas está claro que entrará em colapso quando partirmos. (Ela olha para o motorista,

que apenas sorri e balança a cabeça.)

Jornalista: O problema é um governo que não funciona. Esse é o problema.

Médico: Mas as pessoas em casa estão pensando que é um trabalho tão bom. Que estamos fazendo uma diferença real.

Antropólogo (tentando fazer uma nova pergunta): Você precisa se sentir otimista para agir?

Médico: Eu acho que é mais fácil como médico, estar do lado médico de MSF.

As pessoas vão morrer não importa o que aconteça, você sabe disso, mas você ainda pode trabalhar para a saúde.

Jornalista: Não concordo que o desenvolvimento seja um fracasso. O problema é o governo.

Médico: Então talvez devêssemos ficar indefinidamente.

Jornalista: Os novos missionários?

Médico: Levei cinco anos para encontrar alguém para substituir por seis meses!⁴⁹

Em muitos países é isso o que acontece: ainda que o projeto pareça promissor, a população continua com necessidades claras e, após a saída da missão da ONG, não há mais como atendê-la. Daí, a essencialidade de olhar para o modelo de atuação do MSF como algo a ser implementado, visto que a organização não permanecesse quando há uma diminuição da crise, pois não é organização de desenvolvimento, mas de atendimento emergencial. Não tem como propósito substituir a ação estatal, mas de permanecer com objetivos limitados e satisfazer uma atenção integral ao processo saúde-doença com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas.

Pode-se concluir que a efetivação do direito à saúde e da satisfação das estratégias deve constituir-se meta fundamental, perpassando as dificuldades encontradas. Como se viu, a articulação de mecanismos, ferramentas e agentes humanos para buscar melhorias no atendimento em saúde das comunidades é tarefa antiga e que precisa trazer consigo ações imediatas organizacionais e uma mudança nas abordagens para garantir que a saúde seja prioridade e não reduzida à ideia de mercadoria que uns detém e outros não.

Como se viu, foram apontadas algumas ações que exemplificam as matrizes de

⁴⁹ Doctor: Should we all just leave? The project is great when we're there, but it's clear it will collapse when we leave. (She looks at the driver, who merely smiles and shakes his head.)

Journalist: The problem is a nonfunctioning government. That's the issue.

Doctor: But people at home are thinking it's all such great work. That we're making a real difference.

Anthropologist (trying out a new question): Do you need to feel optimistic to act?

Doctor: I think it's easier as a doctor, being on the medical side of MSF.

People are going to die no matter what, you know that, but you can still work for health.

Journalist: I won't agree that development is a failure. The problem is the government.

Doctor: Then maybe we should just stay on and on.

Journalist: The new missionaries?

Doctor: It took me five years to find someone to fill in for six months! (REDFIELD, 2013, p. 238)

atendimento e marcam a interface de um sistema de ajuda e assistência sanitária que possibilita atendimento eficaz. Essas possibilidades podem e devem ser percebidas através da heterogeneidade das ações do MSF, da documentação e do seu discurso na busca pelo aperfeiçoamento de estratégias para universalizar o acesso a níveis básicos de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu alcançar os objetivos estabelecidos, garantindo, assim, a consecução do objetivo geral, além de revelar aspectos relevantes à atuação solidária da ONG Médicos Sem Fronteiras em análise estratégica e documentação de respostas no auxílio aos países na busca pelo fortalecimento do direito à saúde.

Esta pesquisa buscou avaliar, em seu objetivo geral, se a assistência e as ferramentas descritas nos *Medical Activity Reports* de 2018 e 2019 podiam ser considerados mecanismos estratégicos em auxílio a países no tratamento de surtos e epidemias. Como resultado, tem-se que a articulação das ferramentas analisadas — com base em delimitação metodológica dos dados perscrutados — devem ser consideradas ferramentas importantes de prática médico-humanitária, visto que a análise estratégica, investigação epidemiológica e documentação de respostas de surtos e epidemias em cenários fragilizados por crises estabelecem novas formas de assistência em atenção básica. Essas formas categorizam e interligam ações de promoção e prevenção solidárias no processo saúde-doença e contribui para a continuidade do atendimento de populações negligenciadas e enfraquecidas em surtos e epidemias, fortalecendo a produção de conhecimentos e a busca pela efetivação do direito à saúde nos níveis de atenção primária.

Para a consecução do objetivo específico I, sistematizar os fundamentos conceituais com base teórica-doutrinária e normativa essenciais das práticas médico-humanitárias na modulação e persecução do direito à saúde, foi realizada uma etapa qualitativa de revisão de literatura a qual se procurou pontuar as perspectivas teóricas sobre modulação das práticas médicas e formação de conhecimentos específicos para o fortalecimento do conceito de saúde e o quanto aspectos específicos fortalecem a saúde em relação ao exercício da cidadania. Para o objetivo seguinte, validar a influência da Cruz Vermelha e seu papel de criação e pioneirismo em práticas médico-humanitárias, enquanto ajuda estratégica e suplementar à países reféns de crises que impossibilitam completude no fornecimento de direitos básicos, confirmando fatores e aspectos levantados sobre a importância da atuação solidária em assistência prática.

Por fim, no objetivo III, realizou-se a identificação e validação da hipótese levantada pelo objetivo geral de que a articulação de mecanismos, ferramentas e agentes humanos para buscar melhorias no atendimento em saúde em práticas médico-humanitárias e catalogação de respostas contribui enquanto parte de um modelo voltado à atenção primária e efetivação dos elementos objetivos do direito à saúde.

Desta forma, tem-se o cumprimento do objetivo geral, respondendo à problemática da pesquisa, visto que a assistência revelada em práticas médico-humanitárias constitui ferramenta de interesse sanitário às demandas sociais de saúde individual, coletiva e dos sistemas de saúde, no sentido de minimizar riscos graças à catalogação de informações importantes do processo saúde-doença e reconstituição de um ambiente operacional mínimo. Feito através de protocolos, códigos de conduta, estudos epidemiológicos, integração logística e avaliação de resultados.

A presente pesquisa, desde a revisão teórica até a apresentação dos resultados, contribuiu para os estudos nas áreas de direito sanitário e assistência médico-humanitária, publicizando uma lacuna existente na literatura em estudos direcionados à matéria, visto que durante a execução desta pesquisa não foram encontrados estudos que apresentassem uma integração dos aspectos revelados pelos objetivos perscrutados. Ainda, o estudo abrange a importância da produção e coleta de dados epidemiológicos por ONG's, segmento com potencial de crescimento e carente de estudos científicos que explorem seu contexto de atuação.

Ademais, o estudo propôs a validação exploratória e confirmatória de um instrumento de pesquisa, cujo resultado é que a efetivação do direito à saúde e da satisfação das estratégias utilizadas na sua consecução deve constituir-se meta fundamental de Estados ONG's e Organismos Internacionais, perpassando as dificuldades encontradas no atendimento e catalogação de respostas.

Por fim, a pesquisa evidenciou a relevância da credibilidade e sofisticação na construção e integração de mecanismos e abordagens da ONG Médicos Sem Fronteiras no que diz respeito à busca pela qualidade na saúde das populações e implementação de tecnovigilância no atendimento com a utilização de logística, equipamentos e medicina tradicional. Destarte, pesquisadores, gestores e especialistas em logísticas devem considerar, no desenho de estratégias e desenvolvimento de ferramentas, aspectos que remetam ao aperfeiçoamento de estratégias para universalizar o acesso a níveis básicos de saúde.

No que tange às limitações e recomendações para futuras pesquisas, este trabalho consiste em um primeiro esforço no sentido de construir um quadro explicativo com vistas à sobrelevação da matéria, pois os resultados obtidos revelam-se mais indicativos que conclusivos. Assim, novas validações de pesquisa em relação à práticas médico-humanitárias em outros contextos e diferentes análises confirmarão a estabilidade de possível modelo de assistência solidária primária e incrementarão sua generalidade e validade externa.

Outrossim, quanto ao estado da arte sobre direito à saúde e ONG's, observou-se uma

carência na predominância de estudos oriundos ensejando pesquisas futuras, haja vista sua forte influência em atenção primária à saúde e direitos humanos. Sugere-se, ainda, novos estudos para melhorar a ideia de modelo de atuação em relação a aspectos estratégicos, uma vez que a compreensão sociocultural e epidemiológica em comunidades negligenciadas ou impossibilitadas de receber ajuda estatal e internacional aumenta a necessidade de intervenção e potencializa a qualidade/adequação/resolutividade das intervenções propostas.

Por fim, apesar das limitações apresentadas, o principal objetivo deste estudo foi alcançado, desvelando que as abordagens construídas no campo Direitos Humanos e Saúde devem ter como base uma perspectiva sociopolítica em que a saúde da população é pensada como direito social e humano, difuso e coletivo, cuja garantiarepousa no aprofundamento de bases epistemológicas diversas e nas interpelações estáticas e dinâmicas na pesquisa.

Considerando a crescente relevância do papel estratégico do MSF para os Estados e Organizações Internacionais, suas funcionalidades ainda são pouco estudadas, o que a presente pesquisa revela como medida operacional válida e confiável. Os resultados aqui coligidos não são apenas conclusivos, mas oferecem um ponto de partida útil para a realização de futuras investigações que contribuam para o avanço progressivo do conhecimento teórico-empírico concernente aos desafios globais de saúde, como também a confluência entre saúde pública e direitos humanos, ampliando, por sua vez, o escopo de reflexão e prática.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVITCH, Sarah; PANTER-BRICK. (eds.) Catherine. **Medical Humanitarianism: Ethnographies of Practice**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2015.

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AITH, Fernando. **Teoria Geral do Direito Sanitário Brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

ALMEIDA, Napoleão Mendes de. **Gramática Latina: curso único e completo**. 29 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

ARAÚJO, J. M.. **Função emancipadora das políticas sociais do estado brasileiro: conformação das ações assistenciais do Programa Bolsa Família ao valor social do trabalho**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Jurídicas), Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Trad. Roberto Raposo. Redfield (2013, p. 238) São Paulo: Forense Universitária, 2016.

ARENDT, Hanna. **Homens em tempos sombrios**. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

BELL, Daniel A.; COICAUD, Jean-Marc (Ed.). **Ethics in action: the ethical challenges of international human rights nongovernmental organizations**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

BODSTEIN, Regina C. A. Políticas em serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A. M. (org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1997.

BODSTEIN, Regina C. A. **Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BRAGA, J. S. de S. Alemanha: império, barbárie e capitalismo avançado. In: FIORI, J. L. (Org.). **Estados e moedas no desenvolvimento das nações**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 12 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588/2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf> Acesso em 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. p. 163-176. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 10 mar. 2021.

CARVALHO, Aurora T. **Teoria Geral do Direito: o Constructivismo Lógico-Semântico**. 2009. Tese (Doutorado em Filosofia do Direito), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

CIOMS; WHO. Working Group on vaccine pharmacovigilance: definition and application of terms for vaccine pharmacovigilance. Geneva, 2012. Disponível em: <https://cioms.ch/publications/product/definitions-and-applications-of-terms-for-vaccine-pharmacovigilance/> Acesso em 07 abr. 2021.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. 2. ed. São Paulo, Saraiva, 2001.

CZERENIA, Dina. "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado nos Cadernos de Saúde Pública (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DALLARI, Sueli G. Uma nova disciplina: o Direito Sanitário. **Revista Saúde Pública**. 1988, vol.22, n.4, pp.327-334. ISSN 1518-8787. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101988000400008&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 14 fev. 2020.

DELGADO, Maurício G; PORTO, Lorena V. **O Estado de Bem-Estar Social no Capitalismo Contemporâneo**. In: DELGADO, Maurício G; PORTO, Lorena V. **O Estado de Bem-Estar Social no Século XXI**. São Paulo: Editora LTR, 2007.

DUNANT, Henry. **Un souvenir de Solférino**. Genebra: Comité international de la Croix-Rouge, 1862. Disponível em: <https://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-0361.pdf>. Acesso em 15 mai. 2020.

FARIAS, José Fernando de Castro. **A Origem do Direito de Solidariedade**. Rio de Janeiro: Renovar, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. e org. Roberto Machado. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOX, Renée C. **Doctors Without Borders: Humanitarian quests, impossible dreams of Médecins Sans Frontières**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2014.

HEIDEGGER, Martin. **Seminários de Zollikon: Protocolos, Diálogos e Cartas**. 3. ed. São Paulo: Editora Escuta, 2017.

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

KERSTENETZKY, Celia Lessa. **O estado do bem-estar social na idade da razão: A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro : Elsevier, 2012.

KING, Gary; MURRAY, Christopher. Rethinking Human Security. **Political Science Quarterly**, Vol. 116, No. 4. (Winter, 2001-2002). cit. p. 585-610. Disponível em <https://gking.harvard.edu/files/abs/hs-abs.shtml> Acesso em 13 jan. 2020.

KORTEN, David C. **Third Generation NGO Strategies: A Key to People-Centered Development**. In: DREABEK, Anne (Ed.). *World Development*, Pergamon Press, 1987.

KOVÁCS, G; SPENS, K. M. Identifying challenges in humanitarian logistics. **International Journal of Physical Distribution & Logistics Management**, v. 39, n. 6, p. 506-528, 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235316409_Identifying_Challenges_in_Humanitarian_Logistics Acesso em 18 mar. 2021.

KRÄMER, A. et al. (eds.), **Modern Infectious Disease Epidemiology: Concepts, Methods, Mathematical Models, and Public Health**. Germany: Springer Science & Business Media, 2010.

KRIEGER, César A. **A Consolidação do Direito Internacional Humanitário: Precedente do Comitê Internacional da Cruz Vermelha e a contribuição definitiva da Convenção de Roma de 1998**. 2002. Tese (Doutorado em Ciências Jurídicas), Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LYRA, Carla. **Ação Política e Autonomia: a cooperação não-governamental para o desenvolvimento**. São Paulo: Annablume; Terre des Hommes Suisse, 2005.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Trad. Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **MSF Activity Report, 2002–2003**. Brussels: MSF International Office. Disponível em: https://issuu.com/msf-org/docs/2003_2004_msf.activityreport.03-04 Acesso em: 03 dez. 2020.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **1971 : La création de Médecins Sans Frontières**. Médecins Sans Frontières. 18 de outubro de 2004. 1971 : La création de Médecins Sans

Frontières. Disponível em: <https://www.msf.fr/decouvrir-msf/notre-histoire> Acesso em 18 mar. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Preventing malaria amid the ongoing humanitarian crisis in northeastern Nigeria**. 14 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.doctorswithoutborders.org/preventing-malaria-northeastern-nigeria> Acesso em 15 abr. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **MSF alerta para a necessidade de reforçar fundo contra HIV e Tuberculose**. 07 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/msf-alerta-para-necessidade-de-reforcar-fundo-contr-hiv-e-tuberculose> Acesso em 12 mar. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Burden sharing or burden shifting?** How the HIV/TB response is being derailed. Disponível em: <https://www.msf.org.br/sites/default/files/report-tb-burdensharingorburdenshifting.pdf> Acesso em 10 fev. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Screening for and Treating Tuberculosis Infection and Disease in Chichiri Prison: A Feasibility Study 2020**. Study Report. Disponível em: https://samumsf.org/sites/default/files/2021-02/Rapport_chichiri%20prison%20study_final%20%283%29.pdf Acesso em 15 mai. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **MSF HIV/TB Guide for Hospital Level**. Disponível em: <https://samumsf.org/en/resources/hiv/advanced-hiv-disease/msf-hivtb-guide-hospital-level#> Acesso em: 23 mai. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Our response to the coronavirus COVID-19 pandemic**. Disponível em: <https://www.msf.org/covid-19-depth> Acesso em 12 mar. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Ebola: MSF response to the WHO new Ebola roadmap**. 28 de agosto de 2014. Disponível em: <https://www.msf.org/article/ebola-msf-response-who-new-ebola-roadmap> Acesso em 01 abr. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Relatório Anual 2019**. Disponível em: <https://www.msf.org/pt-br/relat%C3%B3rio-anual-2019>. Acesso em 15 dez. 2020.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Relatório Financeiro Internacional 2019**. Disponível em: https://www.msf.org.br/publicacoes/revista_informacao_2020.pdf Acesso em 25 mar. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Medical Activity Report 2008**. Disponível em: https://msf.lu/sites/default/files/2008_medical_activity_report.pdf Acesso em 16 abr. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Medical Activity Report 2018**. Disponível em: https://msf.lu/sites/default/files/2018_medical_activity_report.pdf Acesso em 06 mai. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). **Medical Activity Report 2019**. Disponível em: https://msf.lu/sites/default/files/msf_rapport_2019-v3-web_4.pdf Acesso em 16 mai. 2021.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS (MSF). Etiópia: resposta ao surto emergencial de cólera. 2006. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/etiopia-resposta-emergencial-ao-surto-decolera#:~:>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MIKOLAJCZYK, R. Methods and Concepts of Epidemiology. In: A. Krämer et al. (eds.), **Modern Infectious Disease Epidemiology** : Concepts, Methods, Mathematical Models, and Public Health. Germany: Springer Science & Business Media, 2010.

MISHRA, R. O bem-estar das nações. In: BOYER, R.; DRACHE, D. (orgs.). **Estado contra mercados**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

MONTEIRO, Silvana Drumond; GIRALDES, Maria Júlia Carneiro. Aspectos lógico-filosóficos da organização do conhecimento na esfera da ciência da informação. **Informação & Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 13–27, set/dez 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/1775> Acesso em 12 nov. 2020.

MORAIS, J. L. B. **As crises do Estado e da Constituição e a Transformação Espacial dos Direitos Humanos**. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

MORIKAWA, Márcia M. **Da Good Governance da Assistência Humanitária**: Contributo para a Fundamentação Jurídica do Direito Humano à Assistência Humanitária no Âmbito Jurídico Internacional da Good Governance. 2010. Tese (Doutorado em Ciências Jurídico-Políticas), Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídico-Políticas, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

MORIN, Edgar. **O problema epistemológico da complexidade**. 2 ed. Lisboa: Europa-América, 1996.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.3, pp.753-760. ISSN 1678-4464. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300012&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em 03 mar. 2021.

NOVAIS, Jorge Reis. **Contributo para uma Teoria do Estado de Direito**. Coimbra: Editora Almedina. 2006.

ORBINSK, James. **Médecins Sans Frontières**: Nobel Lecture. December 10, 1999. Disponível em: <https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1999/msf/lecture/> Acesso em 23 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf Acesso: 12 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAN). **Relatório Anual do Diretor**. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2019/pt/> Acesso em 12 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A Vacinação contra a cólera regista**

grande adesão: A vacina é vital e salva vidas. 04 de abril de 2017. Disponível em: <https://www.afro.who.int/node/11061> Acesso em 12 mar. 2021.

REDFIELD, Peter. Doctors, Borders and Life in Crisis. v. 20, Issue 3, pp. 328–361, ISSN 0886-7356. **Cultural Antropology**, 2005. Disponível em: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/can.2005.20.3.328> Acesso em 03 dez. 2020.

REDFIELD, Peter. **Life in crisis:** the ethical journey of doctors without borders. London: University of California Press, 2013.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A crítica da razão indolente, para um novo senso comum.** São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, B. de S. **Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado:** Sociedade e Estado em Transformação. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J. & SOLA, L. (orgs). São Paulo: Unesp/Brasília: Enap, 1999.

SATCHER, D. (1995). Emerging Infections: Getting Ahead of the curve. Emerging Infectious Diseases. **Center for Disease Control and Prevention.** v. 1. jan. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/1/1/95-0101_article Acesso em: 10 out. 2020.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. 2 ed. São Paulo: SENAC São Paulo, 2005.

SIKKINK, Kathryn, **Codes of conduct for transnational corporations:** the case of the WHO/UNICEF code, International Organization. Cambridge University Press, 2009. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-organization/article/abs/codes-of-conduct-for-transnational-corporations-the-case-of-the-whounicef-code/082B6EAFBC8F86CE997A51C7EAD96DBC> Acesso em 02 nov. 2020.

SORTO, Fredys Orlando. La compleja noción de solidaridad como valor y como derecho. La conducta de Brasil en relación a ciertos Estados menos favorecidos. In: LOSANO, Mario G. (Ed.). **Solidaridad y derechos humanos en tiempos de crisis.** Madrid: Dykinson, 2011.

TERRIS, M. Tendências actuales em la salud pública de las Americas. In: **Organización Panamericana de la Salud.** La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate. Washington, D.C., 1992. ISBN: 92 75 31540. pdf.

THOMAS, A.S.; MIZUSHIMA, A. Logistics Training: necessity or luxury? **Forced Migration Review**, v.22, 2005. Disponível em: <https://doaj.org/article/a86d3e2bf3cf40059e6422b6e3cd95d8> Acesso em 18 mar. 2021.

TOKATLIAN, Gabriel. La construcción de un Estado Fallidos en la política mundial: el caso de las relaciones entre Estados Unidos y Colombia. **Análisis político**, Volumen 21, Número 64, p. 67-104, 2008. ISSN impreso 0121-4705. 2008. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/46026/47578> Acesso em 23 jan. 2019.

ULLMANN, Steven G., **The Future of Health Care in a Post-Castro Cuba.** Cuba

Transition Project, Institute for Cuban and Cuban-American Studies, University of Miami, 2005.

VERRI, Pietro. **Diccionario de derecho internacional de los conflictos armados**. Comité Internacional de la Cruz Roja. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1998.

VITTA, Cino. Droit Sanitaire International. In: **Recueil des Cours**, Haia, 1933, vol. 33, p. 546-667. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/46068/it74.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 10 jul. 2020.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G. W. S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2009.

WALDMAN, E. A. **Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

WEISS, Thomas G. Principles, Politics and Humanitarian Action. **Ethics and International Affairs**, 1999. ISSN: 0892-6794 / 1747-7093. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10822/919769> Acesso em: 15 out. 2020.

WESTPHAL, Vera Herweg. Diferentes matizes da idéia de solidariedade. **Revista Katálisis**. 2008, vol.11, n.1, pp.43-52. ISSN 1982-0259. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802008000100004&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 12 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consolidated guidelines on tuberculosis: tuberculosis preventive treatment**. Geneva, World Health Organization. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331170/9789240001503-eng.pdf> Acesso em 15 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2019**. Disponível em: <https://redetb.org.br/wp-content/uploads/2019/10/WHO-Global-Tuberculosis-Report-Executive-Summary-2019.pdf> Acesso em 08 mai. 2021.

VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. **Revista divulgação em saúde para debate**. Londrina: CEBES, n.3, p. 17-25. fev. 1992.