UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL E SUSTENTABILIDADE
LINHA DE PESQUISA: SUSTENTABILIDADE E MODOS DE VIDA

Nidilaine Xavier Dias

**O CAMPO CIENTÍFICO DA SAÚDE GLOBAL NA AMÉRICA LATINA: um estudo
crítico sobre um campo polissêmico (2007 – 2019)**

São Paulo – SP
2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL E SUSTENTABILIDADE
LINHA DE PESQUISA: SUSTENTABILIDADE E MODOS DE VIDA

Nidilaine Xavier Dias

**O CAMPO CIENTÍFICO DA SAÚDE GLOBAL NA AMÉRICA LATINA: um estudo
crítico sobre um campo polissêmico (2007 – 2019)**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde Global e Sustentabilidade

Orientadora: Prof^ª Dr^a Maria da Penha Costa Vasconcellos

São Paulo – SP
2018

DIAS, Nidilaine Xavier. **O campo científico da saúde global na América Latina**: um estudo crítico sobre um campo polissêmico (2007 – 2019).

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde Global e Sustentabilidade

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Penha Costa Vasconcellos

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

São Paulo, _____ de _____ de 2018

Xavier Dias, Nidilaine

O CAMPO CIENTÍFICO DA SAÚDE GLOBAL NA AMÉRICA LATINA: um estudo crítico sobre um campo polissêmico (2007 - 2019) / Nidilaine Xavier Dias; orientador Maria da Penha Costa Vasconcellos. -- São Paulo, 2018.

131 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

1. Saúde Global. 2. Ciências Sociais. 3. Ciências Humanas. 4. América Latina. 5. Campo Científico. I. Costa Vasconcellos, Maria da Penha, orient. II. Título.

Ele (Bourdieu) reconhece que, ao analisar um domínio marcado por controvérsias e por opiniões unilaterais, mas, sobretudo por tratar-se de um mundo no qual se está profissionalmente inserido, não se pode fazer como o etnólogo que “domestica o exótico”. Ao contrário, o movimento na direção do mundo originário, e ordinário, precisa tornar-se um movimento na direção de mundos estrangeiros e extraordinários.

Ione Ribeiro Valle – apresentação do livro *Homo Academicus* de Pierre Bourdieu (2011, p. 21)

Não para lançar um desafio aos que, embora prontos para insurgir contra todos os atos de fé, destinarão à fogueira toda obra percebida como um atentado sacrilégio contra suas próprias crenças. Mas simplesmente para exprimir a contradição que está inscrita na divulgação dos segredos da tribo e que só é tão dolorosa porque a publicação (mesmo parcial) do mais privado também é algo de confissão pública.

Pierre Bourdieu – *Homo Academicus* (2011, p. 28)

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pelo apoio financeiro e institucional.

À USP, instituição que sempre admirei e me permitiu desenvolver esta pesquisa em tempos difíceis para os cientistas brasileiros.

À *Universidad de Chile*, por permitir que eu fizesse parte do departamento de saúde global por quase dois anos como colaboradora externa.

À professora Maria da Penha, pela cuidadosa orientação, que escutou pacientemente minhas ideias e me incentivou nos momentos difíceis. Professora, obrigada por tudo! Sem a senhora, nada teria sido possível.

Ao meu amado companheiro Rafael, parceiro de vida para todas as horas.

À minha amiga Luanna pela longa amizade e irmandade.

Às minhas amigas no Rio, Paula, Lidi, Ju, Lu e Kim, pela amizade e rede de apoio, criada por nós para nos proteger neste mundo.

RESUMO

DIAS, Nidilaine Xavier. **O campo científico da saúde global na América Latina**: um estudo crítico sobre um campo polissêmico (2007 – 2019). 2018. Tese (Doutorado) – Programa Saúde Global e Sustentabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Tendo Pierre Bourdieu como referencial teórico principal, procuramos responder duas perguntas nesta tese: podemos afirmar a existência de um campo científico da saúde global na América Latina? Para responder esta pergunta, orientamos o levantamento do material a partir de três conceitos: capital científico – representado pelos congressos em saúde global (SG) e ciências humanas e sociais (CheS) na América Latina (AL), os agentes – representado pela Alasag, e o *habitus* – representado pelos programas de formação em SG na AL. Esses conceitos nos levaram ao roteiro que usamos para investigar a constituição de um possível campo científico da SG na AL. Nossa análise revelou a existência de um campo científico da SG na AL a partir do conceito de Bourdieu, marcado por fortes intervenções políticas das instituições que o integram, principalmente, aquelas que financiam as pesquisas no campo. Essas intervenções se caracterizam especialmente pelo condicionamento da liberação de verbas a agendas temáticas específicas, sendo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 (ODS 2030) a principal delas. Uma vez que podemos confirmar a SG na AL enquanto campo científico, podemos afirmar que as CheS integram o mesmo, o tencionando em um sentido crítico? A resposta é sim e não, porque identificamos dois momentos de entrada das CheS na área da saúde latino-americana que significaram duas formas distintas de atuação no referido campo. Concordamos com os autores que afirmam que a SG na AL é uma continuidade da saúde pública, internacional e coletiva – no caso brasileiro, e que as CheS que integraram estes campos desde os anos 70 assumiram uma posição estabelecida no campo científico da SG na AL, ditando as regras do jogo e o conformando com base nos seus interesses e assuntos que consideram relevantes. O segundo momento se caracteriza pela ampliação da área da saúde para o âmbito geográfico global, o intenso uso da internet e redes sociais pelos pesquisadores, e a entrada de novos agentes, provenientes de áreas do conhecimento não tradicionais, como a sustentabilidade, que chamamos de *outsiders*, e que assumiram uma posição diferenciada na constituição do campo da SG na AL. Distantes da possibilidade de moldar o campo ao seu modo, transitam em diferentes áreas e parecem importar-se menos com as classificações entre ‘puros’ ou ‘híbridos’ (CANESQUI, 2008). Dentre as características que os diferencia, está a tomada por temas também tratados pelos estabelecidos, mas em uma perspectiva mais

autônoma pelo fato de não estarem atrelados a agendas temáticas específicas. Outro aspecto relevante é a postura crítica declarada em seus documentos em relação ao termo saúde global e todas implicações políticas que ele representa. E por último, estes agentes *outsiders* referem se mais ao projeto de saúde para a América Latina como um objetivo a ser perseguido por nossa região mediante uma posição crítica às ações dos países desenvolvidos. Acreditamos que o potencial do campo científico da SG na AL está longe da devida exploração que merece, uma vez que nos referimos a um campo que ainda está em construção, no entanto, verificamos a necessidade de uma postura mais audaciosa no sentido de contribuirmos mais para a constituição global do campo científico da saúde a partir da perspectiva latino-americana.

Palavras chave: Saúde Global, Ciências Humanas, Ciências Sociais, América Latina.

ABSTRACT

DIAS, Nidilaine Xavier. **O campo científico da saúde global na América Latina**: um estudo crítico sobre um campo polissêmico (2007 – 2019). 2018. Tese (Doutorado) – Programa Saúde Global e Sustentabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Having Pierre Bourdieu as the main theoretical reference, we try to answer two questions in this thesis: can we affirm the existence of a scientific field of global health in Latin America? To answer this question, we orient the research of the material from three concepts: scientific capital represented by the congresses in global health (GH) and humanities and social sciences (H&SC) in Latin America, agents - represented by Alasag and *habitus* - represented by the GH training programs in Latin America. The structure of this thesis follows the script we have constructed to answer the question of our research. The structure of this thesis follows the script we have constructed to answer the question of our research. These concepts led us to the script we use to investigate the constitution of a possible scientific field of OS in LA. Our analysis revealed the existence of a scientific field of GS in Latin America from the concept of Bourdieu, marked by strong political interventions of the institutions that integrate it, especially those that finance research in the field. These interventions are particularly characterized by the conditioning of the release of funds to specific thematic agendas, with the Sustainable Development Objectives 2030 being the main one. Since we can confirm the GH in the Latin America as scientific field, we can affirm that the H&SC integrate the same, conducting into a critical sense? The answer is yes and no, because we identified two moments of entry of H&SC into the area of Latin American health, which meant two distinct forms of action in that field. We agree with the authors that the GH in Latin America is a continuity of public, international and collective health - in the Brazilian case, and that the H&SC that have integrated these fields since the 1970s have assumed an established position in the scientific field of the GH in Latin America, dictating the rules of the game and conforming it based on their interests and subjects that they consider relevant. The second moment is marked by the expansion of the health area to the global geographic scope, the intense use of the internet and social medias by researchers, and the entry of new agents, originating from not traditional areas of knowledge as a sustainability, what we call *outsiders*, and that it assumed a differentiated position in the constitution of the field of the GH in the Latin America. Distant of the possibility of shaping the field in its own way, passing through different areas and seeming to care less about the classifications of "pure" or "hybrids" (CANESQUI, 2008). Between the characteristics that

differentiate it, is being taken by the subjects were also conditioned, but in a more autonomous perspective because they are not tied to a specific agenda. Another relevant aspect is the critical posture outspoken in his papers on the term global health and all the political implications it represents. Finally, these *outsiders* refer more to the global health project for Latin America as a goal to be pursued by our region through a critical stance on the actions of developed countries. We believe that the potential of the GH scientific field in Latin America is far from the proper exploration it deserves. We are referring to a field that is still under construction, however, we note the need for a more audacious posture to contribute more for the global constitution of the scientific field of health from the Latin American perspective.

Keywords: Global Health, Humanities, Social Science, Latin America.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	13
SIGLAS.....	14
APRESENTAÇÃO.....	16
PERCURSO METODOLÓGICO.....	21
1. INTRODUÇÃO: A REIVINDICAÇÃO DE UMA IDENTIDADE CIENTÍFICA PELA AMÉRICA LATINA.....	27
1.1 Panorama conceitual do termo saúde global na América Latina.....	30
1.2 A escolha por Pierre Bourdieu e o conceito fundamental de campo científico.....	39
2. A ALASAG.....	45
3. OS CONGRESSOS NA AMÉRICA LATINA E O LUGAR DA SAÚDE GLOBAL NA PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS.....	55
3.1 Figuração ‘Estabelecidos’ e ‘Outsiders’ aplicada ao campo da saúde global na América Latina.....	70
4. PROGRAMAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL NA AMÉRICA LATINA.....	79
4.1 BRASIL: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo – Programa de saúde global e sustentabilidade.....	79
4.2 BRASIL: Centro Rio de Saúde Global – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).....	88
4.3 BRASIL: Fiocruz – I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde – 2008.....	90

4.4 MÉXICO: <i>Programa de Salud Global do INSP Instituto Nacional de Salud Pública México (INSP)</i>	93
4.5 CHILE: <i>Programa de Salud Global – Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende – Universidad de Chile</i>	101
4.6 COLÔMBIA: <i>Salud Global – Área Estratégica – Universidad del Norte</i>	102
4.7 PERU: <i>Salud Pública y Salud Global – Facultad de Salud Pública y Administración – Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)</i>	104
5. CONCLUSÕES.....	107
5.1 Afinal, podemos afirmar que existe um campo da saúde global na América Latina?.....	107
5.2 Sobre a equidade e a agenda da Saúde Global na América Latina 2007 – 2019....	111
5.3 Sobre o caráter fortemente político da saúde global na América Latina.....	112
5.4 Meio ambiente e sustentabilidade: uma lanterna temática.....	112
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS – PERGUNTAS NÃO RESPONDIDAS E... TEMOS PROPOSTAS?.....	119
REFERÊNCIAS.....	123

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Entre o planejado e o executado durante o percurso metodológico.....	21
Figura 1 – Roteiro de investigação sobre a constituição do campo da saúde global na América Latina (2007 – 2019).....	25
Figura 2 – Panorama conceitual do termo saúde global na América Latina: a polissemia do conceito.....	30
Quadro 2 – Quadro resumo dos conceitos de Pierre Bourdieu utilizados nesta tese.....	39
Quadro 3 – Plano de trabalho da ALASAG no período de 2012 a 2018.....	46
Quadro 4 – Resumos selecionados da CCHSS da Abrasco (2007 – 2018).....	59
Quadro 5 – Eventos no 12º Congresso da Abraso que tiveram a saúde global como tema.....	63
Quadro 6 – Grupos de trabalho do CLACSO – 2003 a 2016.....	67
Quadro 7 – Agentes das CheS Estabelecidos & Agentes das CheS Outsiders no campo científico da Saúde Global na América Latina 2007 – 2019.....	77
Figura 3 – Percentual dos cursos de graduação e mestrado dos alunos do programa de doutorado em saúde global e sustentabilidade da USP (2014 – 2015).....	83
Quadro 8 – Linhas e sublinhas de pesquisa do programa de doutorado em saúde global e sustentabilidade da USP (2013 – 2015).....	84
Quadro 9 – Palavras mais recorrentes nas definições dos alunos do programa de saúde global e sustentabilidade da USP (2014 – 2015) na definição dos conceitos de saúde global e sustentabilidade ao qual estavam mais familiarizados.....	85

SIGLAS

Abrasco: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ALAMES: Associação Latino-americana de Medicina Social

CCHSS da Abrasco: Comissão de Ciências Humanas e Sociais em Saúde da Abrasco

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CheS: Ciências Humanas e Sociais

CNDSS: Comitê Nacional de Determinantes Sociais de Saúde

CNS / Brasil: Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Brasil: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

ESP Costa Rica: Escuela de Salud Pública – Universidad de Costa Rica

ESP Salvador Allende: Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende – Universidad de Chile

Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz

FSP / USP: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

GHEC: *Global Health Education Council*

HIV-AIDS: *Human Immunodeficiency Virus* – Vírus da Imunodeficiência Humana

IAHP: International Association of Health Policy

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública México

ISalud: Universidad ISalud – Argentina

LGBTTT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros

MSLA: Medicina Social Latino-americana

ODS 2030: Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 2030

OIM: *Institute of Medicine*

SG na AL: Saúde Global na América Latina

SUS: Sistema Único de Saúde

UdeA: Universidad de Antioquia

UERJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFG: Universidade Federal de Goiás

UNAM / Managua – CIES: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – Managua – Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud

UPCH: Universidad Peruana Cayetano Heredia

USP: Universidade de São Paulo

WFPHA: World Federation of Public Health Associations

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNDSS: Comitê Nacional de Determinantes Sociais de Saúde

CNS / Brasil: Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Brasil: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

APRESENTAÇÃO

Inspirando-me na ‘etnografia insider’ de Pierre Bourdieu sobre o microcosmos acadêmico

A exemplo de muitas grandes obras, o pensamento de P. Bourdieu tem suas raízes numa experiência pessoal. Originário de uma família de classe média de *Béarn* (Sul da França) conseguiu integrar-se na prestigiosa escola ENS, da rua *d’Ulm*, em 1951. Ali, o jovem interiorano, acanhado e desajeitado, se vê imerso num mundo de jovens burgueses, brilhantes, eloquentes e cultos. O jovem P. Bourdieu não tem nem a pena nem a palavra fáceis e prontas; a expressão de seu pensamento deve passar pelo constante esforço do autocontrole, o que é exatamente o contrário da desenvoltura daqueles estudantes vindos da burguesia culta. Estes estiveram mergulhados, desde a infância, no universo da erudição, no qual aquela língua é a língua natural. [...]. Aqueles estudantes privilegiados recebem como herança um bem precioso, embora invisível a olho nu: a cultura. [...]. Por não pertencer a tal mundo, o jovem P. Bourdieu vai sentir na carne a distância entre seu mundo de origem e aquele em que está ingressando. E é justamente essa distância que lhe permite ver o que os outros não veem. Os códigos implícitos, as rotinas e as bases que governam o mundo das ideias. A partir daí todo o seu pensamento vai consistir em ‘desnaturalizar o mundo social’, revelar as regras do jogo do mundo dos intelectuais, dos doutos e dos pensadores (DORTIER J-F, 2010, p.50-51).

Em 2009, recém-formada em ciências sociais pela UFG, saí da minha *Béarn*, Goiânia – GO, rumo ao Rio de Janeiro – RJ para cursar o mestrado acadêmico em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Havia conhecido a cidade meses antes da minha aprovação, na ocasião de realização das provas seletivas para o mestrado, e antes disso, tudo o que sabia do ‘Rio’ era o que via na televisão e na internet. É interessante, esse sentimento de como não necessariamente precisamos sair das fronteiras do nosso país para sentir-se um estrangeiro.

Minha decisão foi questionada por alguns dos meus antigos professores, da UFG, que insistiram que eu deveria cursar o mestrado em Sociologia, para qual também havia sido aprovada. Desse modo, meu currículo ‘faria mais sentido’ e inclusive, seria mais fácil encontrar uma colocação profissional no futuro. Carrego comigo a incerteza desta decisão ao longo dos últimos 9 anos, temendo o futuro, mas esse é outro assunto. O que importa ressaltar é que, meu interesse pelo tema saúde na perspectiva das ciências sociais vinha sendo gestado desde os meus primeiros anos de graduação, quando participei da equipe de campo da pesquisa *Práticas contraceptivas no município de Goiânia*. Uma pesquisa financiada pela Fundação Ford, conduzida pela ONG

feminista Transas do Corpus e coordenada pela Prof^{fa} Dr^a Marta Rovey de Souza, que viria a ser minha orientadora no trabalho de conclusão do curso de graduação e minha incentivadora.

Essa pesquisa significou para mim, o entendimento da saúde para além das normativas biológicas e médicas. As entrevistadas relataram desde abortos clandestinos confidenciais na surdina, dentro de sua própria casa; às vezes confirmados por uma piscadela, a histórias felizes de gestação nos sistemas público e privado de saúde de Goiânia. Entendi a partir desta experiência, que como cientista social, tinha muito o que apreender desse tema. Assim, quando soube da minha aprovação no mestrado da Fiocruz e que havia sido contemplada com uma bolsa de estudos CAPES, abandonei superficialmente as incertezas e parti, para o Rio.

Surpresa foi descobrir que dentre os vinte dois alunos aprovados era a única cientista social. Desde então, em todos os lugares (acadêmicos ou não) pelos quais passei, venho respondendo a seguinte pergunta: por que você saiu das ciências sociais para trabalhar na saúde? Dentre meus malabarismos argumentativos e conceituais para responder esta pergunta, costumava incluir trechos do livro *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, da também cientista social, Prof^{fa} Dr^a Maria Cecília de Souza Minayo,

[...] quando se fala em *Saúde* ou *Doença*, observar-se que essas duas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico, embora os estudos de ordem quantitativa apresentem um quadro de magnitude e de tendências que as abordagens históricas e socioantropológicas não informam. Ambas as abordagens são importantes e o ideal no campo da pesquisa em saúde é que sejam trabalhadas de forma que se complementem sistematicamente. [...]. Compreendo como Pesquisa Social os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Como quaisquer fenômenos humanos, investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente concatenadas. Pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real, nele encontrando razões e objetivos. Enquanto prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das Ciências Sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica. Conceituo *Pesquisa social em saúde* todas as investigações que tratam o fenômeno saúde / doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários (MINAYO, 2007, p. 43-47).

Não sendo a única a mencionar o trecho acima, a pesquisa qualitativa em saúde, na minha época de ENSP, não raras foram as ocasiões em que estudantes diante de um cenário que incluía esta perspectiva amparavam-se nas palavras da Minayo.

Todo este contexto possibilitou em meu raciocínio um conjunto de inquietações irritantes: afinal, qual é o papel das Ciências Humanas e Sociais (CheS) no campo da saúde? Tencionamos o campo em um sentido crítico ou ocupamos um papel secundário fornecendo referencial teórico em caso de pesquisa qualitativa? Mas como teríamos um papel secundário, se contamos com tradicionais órgãos de representação própria no campo da saúde, como o Comissão de Comissão de Ciências Humanas e Sociais na Saúde (CCHSS) da Abrasco? E no caso da saúde coletiva, uma invenção brasileira¹, as CheS estavam em sua gestação quando esta confundiu-se com o processo de redemocratização brasileira no fim da ditadura militar. Sem contar que em 2016, a socióloga Nísia Trindade Lima² foi eleita a primeira mulher presidente da Fiocruz. Embora a posse tenha sido polêmica³, ela segue presidente. Será que essa escolha recai sobre ser mulher ou mulher pesquisadora oriunda das CheS?

Nos anos que se seguiram ao meu ingresso no mestrado e as quase duas primeiras décadas dos anos 2000, a agenda da saúde foi tomada pelo tema Epidemias. Elas ressurgiram em tempos de consequências da globalização pelo mundo, internet e redes sociais, proporcionado às mídias à possibilidade de cobertura simultânea da informação especializada e a problemática onda da desinformação, desespero e *fake news*⁴. Em 2004, o vírus influenza A H5N1¹, gripe aviária, infectou e matou pessoas em várias regiões da Ásia. Em 2009, foi a vez de uma variação do vírus influenza A H1N1², gripe suína, que começou no México e contaminou pessoas em mais de 70 países nos continentes americano, europeu, asiático, Oceania e Oriente Médio. Entre 2014 a 2016, foi o Ebola³ que atingiu drasticamente a África Ocidental (Guiné, Libéria e Serra Leoa) com mais de 10.000 mortes e 7 casos notificados nos Estados Unidos (4), Espanha (1), Itália (1) e Reino Unido (1). Entre 2016 e 2017, o Zika⁴ vírus, vindo das ilhas do Pacífico, espalhou

¹ Nas décadas seguintes [aos anos 70], a América Latina, em particular o Brasil, irá vivenciar múltiplas e complexas influências que explicam o surgimento da Saúde Coletiva no país, suas contradições e desafios atuais. A luta pela redemocratização caminhou *pari passu* com o movimento sanitário, a criação da Abrasco e do SUS, com inúmeros avanços em termos acadêmicos e institucionais (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4072).

² Nísia Trindade Lima é doutora em sociologia e mestre em ciência política, ambos pelo IUPERJ/RJ. É servidora da Fiocruz desde 1987, atuando como pesquisadora, professora e gestora. É a primeira mulher a presidir a Fundação em 116 anos de história. Para saber mais, acessar: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nisia-trindade-lima-e-nova-presidente-da-fiocruz>. Endereço para acessar o currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9875792051158852>, acesso em 26 de maio de 2018.

³ Embora Nísia Trindade Lima tenha sido eleita com 60% de votos, o então ministro da saúde na época, Ricardo Barros, indicou para o cargo a sua oponente Tania Cremonini de Araújo-Jorge. A ação do ministro está prevista no regimento, no entanto, desde o primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso, os resultados das eleições entre os servidores da Fiocruz vinha sendo acatado. Após manifestações e contato direto com o presidente da república, Michel Temer, Nísia Trindade Lima foi nomeada. Para saber mais, acessar: <https://exame.abril.com.br/brasil/fiocruz-tenta-reverter-nomeacao-de-presidente-nao-eleita/>, acesso em 26 de maio de 2018.

⁴ Do termo em inglês: Notícias falsas.

se pelo Brasil – mais de 100.000 casos, e em seguida atingiu quase toda a América, deixando uma consequência triste e complexa: bebês recém-nascidos diagnosticados com microcefalia e mães desesperadas – sendo que a maioria delas pobres e, algumas, tornaram-se mães solo⁵ após a ausência dos maridos e pais diante da nova realidade.

Tendo em vista que esses recentes surtos epidêmicos, desestabilizaram governos e assustaram milhares de pessoas pelo mundo, já era de se esperar que do setor saúde fossem requeridas respostas rápidas e de preferência, conclusivas, para doenças cujas formas de contágio e tratamento, em alguns casos, ainda desconhecidas. E assim, a saúde rapidamente retoma a necessidade de uma compreensão de caráter global como resposta. Falar em saúde global, ou referir se ao termo como uma ‘nova’ área, passou a ser algo corriqueiro no meio, um produto ‘natural’ da globalização. De repente, os termos saúde pública ou saúde internacional pareceram desconectados do novo termo, desatualizados, embora, alguns atores conhecidos destas ‘antigas’ áreas figurassem em iniciativas ou pesquisas globais em saúde. E quanto às CheS, também compõem esta nova área, embora, o seu papel não me pareça muito definido, considerando a permeabilidade da saúde global para abordagens estatísticas, processamento de dados, sobretudo os epidemiológicos, e análises geográficas de alto nível tecnológico, bem como acordos políticos de interesse das instituições globais. Uma área *Outsider* num campo Estabelecido. Essa me parece uma boa descrição para este cenário.

Enquanto doutoranda, ainda não havia sequer respondido a minha primeira pergunta e a constituição do campo da saúde já havia se reconfigurado novamente. Transformar esta inquietação em pergunta de pesquisa pareceu me imperativo. No entanto, há questões complexas a ser consideradas: meus pares e o meu meio seriam meu próprio objeto de pesquisa? Onde começaria e terminaria o ‘eu’ pesquisadora e o ‘eu’ objeto de estudo? Em que medida poderia considerar minha experiência de agente no campo como um ‘dado’ de pesquisa que representa o todo? Esta não seria uma postura que comprometeria toda a minha pesquisa? Mas afinal, assumir o caráter subjetivo da pesquisa científica não é exatamente algo novo. Menos ainda o é, considerar que a pesquisa em CheS se faz separadamente do eu pesquisador e do quê isto implica.

⁵ ‘Mães solo’ foi um termo criado em substituição e oposição política ao termo ‘mãe solteira’, por ser considerado inadequado por remeter ao estado civil e não ter nenhuma relação com o fato de ser mãe, uma vez que, para ser considerada mãe, uma mulher não precisa obrigatoriamente ter o status civil de casada. Para saber mais, acessar: <https://www.youtube.com/watch?v=leCFUYGPt8s> Acessado em 25 de junho de 2018.

Adotamos Pierre Bourdieu e o conceito de campo científico, e seu estudo sobre a Academia e o papel da sociologia como arsenal teórico para abordagem do tema saúde global na América Latina, na tentativa de compreender se temos um campo científico configurado e se as CheS fazem parte dele desempenhando uma análise crítica. O fato dele ignorar propositalmente as divisões disciplinares entre a Sociologia e a Antropologia, e ter nos apresentado inovações conceituais e metodológicas conduzindo pesquisas sobre o seu próprio meio a partir da perspectiva de uma *etnografia insider*, nos encorajou a também olhar para o nosso ‘mundo nativo’ como objeto de estudo, ‘reconhecendo a inserção social e a subjetividade dividida do pesquisador [...]’ (WACQUANT, 2006, p.13).

Ao tomar como objeto um mundo social no qual se está *preso*, somos obrigados a encontrar, numa forma que se pode dizer *dramatizada*, um certo número de problemas epistemológicos fundamentais, todos ligados à questão da diferença entre o conhecimento prático e o conhecimento erudito e principalmente à dificuldade particular de *ruptura* com a experiência autóctone e com a restituição do conhecimento obtido à custa dessa ruptura. Conhece-se o obstáculo ao conhecimento científico que tanto o excesso de proximidade quanto o excesso de distância representam e a dificuldade de instaurar esta relação de proximidade rompida e restaurada que, à custa de um longo trabalho sobre o objeto mas também sobre o sujeito da pesquisa, permite integrar tudo o que só se pode conhecer se se está lá e tudo o que não se pode ou não se quer conhecer porque não se está lá (BOURDIEU, 2011, p. 21).

PERCURSO METODOLÓGICO

“[...] a experiência de pesquisa imposta por uma tese serve sempre para a nossa vida futura (profissional ou política, tanto faz), e não tanto pelo tema escolhido quanto pela preparação que isso impõe, pela escola do rigor, pela capacidade de organização do material que ela requer.” (Eco, 1995, p. 25).

Com esta tese, propomos a responder uma pergunta principal, de cuja resposta dependemos para responder outra pergunta secundária, mas nem por isso menos importante. A partir do referencial teórico de Pierre Bourdieu, é possível identificar a constituição de um campo científico da SG na América Latina? Caso possamos afirmar a existência deste campo, podemos afirmar que as CheS faz parte dele? E se sim, tenciona na direção de uma perspectiva crítica?

Responder estas perguntas, revelou-se mais complicado que imaginávamos uma vez que nosso objeto de estudo se constitui e se reconfigura no instante em que escrevo esta tese, e no momento em que você a lê. Intimamente associada com a internet e resultado das consequências humanas da globalização, trata-se de um ‘tema quente’ e contemporâneo, que dado ao seu caráter geográfico global, ora inibe o pesquisador, ora o incita a querer saber mais sobre o tema, e também, a fazer afirmações perigosas acerca de um perímetro de pesquisa impossível de cobrir a contento pelo menos por hora. A este respeito, Umberto Eco aconselha: ‘trabalhe sobre um [tema] contemporâneo como se fosse um [tema] antigo, e vice-versa’ (1995, p.15).

Entre o planejado e o executado

A lógica da pesquisa é uma engrenagem de dificuldades maiores ou menores que condenam a pessoa a se indagar, a cada momento, sobre o que se fez e permitem saber cada vez mais o que se procura fornecendo começos de resposta que levam a novas questões, mais fundamentais e mais explícitas (BOURDIEU, 2011, p. 28).

Desde a qualificação do projeto de doutorado⁶, a partir das recomendações da banca, fizemos algumas modificações entre o que estava proposto no projeto de doutorado, e o que foi executado na tese, que expomos no quadro abaixo.

⁶ Em 5 de novembro de 2015.

Quadro 1 – Entre o planejado e o executado durante o percurso metodológico

	Projeto de Qualificação	Mudança executada	Observação
Título	Relações científicas transnacionais na pesquisa social em saúde: <i>Internacionalização em tempos recentes</i> (2010-15)	O campo científico da saúde global na América Latina: um estudo crítico sobre um campo polissêmico (2007 – 2019)	-
Recorte temporal	2010 a 2015	2007 a 2019	Após analisar o material dos congressos e instituições representantes da SG, e das CheS na AL, notamos a necessidade de estender a temporalidade da tese porque parte dos documentos traz projeções para o futuro com ações planejadas até o ano de 2019.
Palavras chave	Saúde Coletiva, Saúde Global, Pesquisa Qualitativa	Saúde Global, Ciências Humanas, Ciências Sociais, América Latina.	http://decs.bvs.br
Objetivo	Analisar os reflexos do cenário científico transnacional da pesquisa social em saúde nas pesquisas das ciências humanas e sociais nas áreas denominadas saúde pública, saúde coletiva, e saúde global.	É possível identificar a constituição de um campo científico da saúde global na América Latina? As ciências humanas e sociais tencionam a constituição deste campo e possibilitam uma perspectiva crítica sobre ele?	Em lugar de objetivos de pesquisa, optamos por perguntas de pesquisa.
Fontes e tipos de documentos	Levantamento documental: teses e relatórios de pesquisa de programas de doutorado de universidades brasileiras com notas 6 e 7 dos programas de saúde coletiva e pública e notas 4 e 5 para programas de saúde global. Artigos publicados em revistas A1 e A2. Anais de seminários e congressos nacionais e internacionais. Dados de agências brasileiras de fomentos a pesquisa.	Entidade representativa da Saúde Global na América Latina: ALASAG Entidades representativas das Ciências Sociais e Humanas: CCHS da Abrasco, ISA, CLACSO Programas de formação em Saúde Global das Instituições integrantes da ALASAG e USP. Anais de congressos / Atas de reuniões / Relatórios de atividades / Programas dos cursos / Informes	Seguindo uma recomendação da banca ⁷ , e enxugamos as fontes e documentos em favor de uma análise mais densa.

⁷ Os professores Marcos Cueto, Carlos Otávio Fiúza e Willer Baumgarten Marcondes sugeriram uma redução no universo de análise para produzir um estudo mais aprofundado.

Ref. Teórico Principal	PIERRE BOURDIEU	Campo científico <i>Habitus</i> Capital Agentes	-
Considerações	Saúde Pública, Coletiva e Global como campos independentes.	Saúde Global como uma continuação dos campos da Saúde Pública e Saúde Internacional, e no caso brasileiro, Saúde Coletiva.	-

Alguns percalços no percurso da pesquisa

Um aspecto relevante para o entendimento desta tese diz respeito ao fato de estarmos procurando organizar um cenário contemporâneo, cujas fontes de pesquisa são variadas. Cada país pesquisado organizou à sua maneira suas informações, por isso, na disposição destas informações nesta tese procuramos harmonizar estes formatos. No entanto, o efeito mosaico será inevitável.

Tivemos problemas de acesso⁸ aos anais dos IV e V congressos da Comissão de Ciências Humanas e Sociais em Saúde (CCHSS) da Abrasco, realizados respectivamente nos anos 2007 e 2011. Nos últimos dois anos, na troca de uma série de e-mails e telefonemas com funcionários da Abrasco para ter acesso a estes documentos. Em abril de 2018, ano final da tese, consegui acesso parcial aos anais de alguns dos trabalhos apresentados, que infelizmente, não possuem identificação de qual congresso se referem.

Outro percalço foi minha tentativa de participar da reunião do congresso da ALASAG, realizada em Buenos Aires, no dia 16 de novembro de 2016. Havia conversado com os integrantes da direção da Aliança, e a princípio, minha participação havia sido aprovada, mas

⁸ A Abrasco perdeu o material destes congressos e todos os outros anteriores. A equipe armazenou os CD em um galpão, e segundo informaram a pesquisadora, com o calor do Rio de Janeiro, eles derreteram, impossibilitando a digitalização e arquivo no acervo da instituição.

no último momento, fui impedida de participar. Tive acesso apenas a *Declaración de Buenos Aires sobre Salud Global* depois de publicada.

Outro aspecto não planejado, mas que contribuiu para a escrita desta tese, foi por motivos pessoais, mudei para o Chile, onde estive como colaboradora externa na Universidade do Chile no Programa de Saúde Global por 1 ano e 9 meses. Durante este período, participei das reuniões mensais do programa, colaborei com os projetos de pesquisa em andamento na instituição, e discutimos o cenário da saúde no Chile. Assim, pude participar do programa de saúde global de outra instituição, também parceira da Alasag, assim como da Universidade de São Paulo.

Sobre a tese

A estrutura desta tese segue o roteiro que construímos para responder à pergunta da nossa pesquisa. Sempre orientadas pelos conceitos de campo científico, agentes, capital científico e *habitus* de Pierre Bourdieu, elencamos três âmbitos de pesquisa onde poderíamos levantar material para análise:

1. Agentes – órgão de representação da SG na AL:

Uma vez que ALASAG se propõem a ‘ser porta voz da saúde global’ na AL, a elegemos como o órgão de representação da área na América Latina. Consideramos que a análise dos documentos referentes à Aliança nos levaria aos agentes, princípios do campo, indivíduos pesquisadores e instituições, que pelo seu agir científico, constituem o que acreditamos ser uma aproximação ao campo da saúde global na América Latina.

2. Capital científico – congressos de SG e CheS na AL:

Os congressos de SG na AL representam o que consideramos o lugar de distribuição do capital científico entre os agentes, é onde acontece o jogo e as regras do mesmo são definidas.

3. *Habitus* – programas de formação em SG na AL:

A formação é o espaço destinado ao ato de ‘incucar’ o *habitus* nos estudantes e futuros pesquisadores da SG na AL, é também onde se reproduz a estrutura do “fazer” ciência e onde os estudantes de SG tem o seu primeiro quinhão de capital científico, a depender de com quem se afiliam e ‘de onde [instituição] ele fala’ (BOURDIEU, 1997, p. 24).

As trilhas do nosso roteiro nos levam à dimensão política, elemento presente em cada um dos conceitos de Bourdieu trabalhos nesta tese, e provavelmente, o elemento mais marcante percebido por nós durante a investigação a respeito da existência de um campo científico da saúde global na América Latina.

**Figura 1 – Roteiro de investigação sobre a constituição do campo da SG na AL
(2007 – 2019)**

O uso da figuração de Elias & Scotson – Estabelecidos e Outsiders foi um recurso metodológico que nos auxiliou a organizar e a compreender melhor um campo de pesquisa complexo, que é o nosso próprio campo, do qual fazemos parte, atuamos e pesquisamos. Ressaltamos que não se trata de recurso classificatório. Assim como Elias & Scotson, também estamos analisando um microcosmos dentro do universo acadêmico entre a saúde global e as CHES.

Esperamos que os resultados desta tese contribuam para a elucidação sobre o tema da saúde global na América Latina ao unir esforços com os demais estudos feitos sobre a região. Ao

apresentar uma identidade autêntica e diferenciada das concepções da América do Norte e Europa, para citarmos duas regiões que historicamente influenciam o pensamento científico da AL, a saúde global latino-americana tem a oportunidade de traçar uma concepção dialogada com os problemas e realidades existentes no continente, necessárias e urgentes, para interpretar criticamente a saúde global à moda do americanismo do sul.

1. INTRODUÇÃO: REIVINDICAÇÃO PELAS HUMANIDADES DE UMA IDENTIDADE CIENTÍFICA LATINO-AMERICANA

Na verdade, e apesar de todos os trabalhos acumulados, continuamos sem saber, não compreendemos o que foi a América. Como para os descobridores dos séculos XV e XVI, ela continua sendo um outro planeta. A cada ano, ou quase, surge uma nova descoberta que recoloca em discussão tudo que acreditávamos estabelecido. O americanismo está sempre no estado daquelas ciências do século XIX, ricas em esperança de achados ao alcance da mão. É isto o que o torna tão atraente (CLAUDE LÉVI-STRAUSS & DIDIER ERIBON, 1988, p. 89).

A busca de (re)afirmação por meio da construção de campos de conhecimento na perspectiva da América Latina em diversas áreas do conhecimento e seus grupos de pesquisadores não é algo novo, “apesar da tendência universal implícita no processo de globalização a humanidade ainda se desenvolve na dialética modernidade - tradição”, buscar situar-se no mundo entre nós e os “outros” fortalecendo por meio de um valor de pertencimento de determinado território, simbólico de pertencimento de determinada nacionalidade e circulação de uma cultura material e imaterial, também faz parte e presença nos problemas de investigação, temas prioritários e competição no mercado de conhecimento também no contemporâneo (GÓMEZ, J., FREITAS, O., & CALLEJAS, G., 2007).

Como um rápido recordatório em tempo mais recente, no campo das humanidades, seus grupos de pesquisadores investiram em movimentos em redes institucionais impulsionando áreas do conhecimento, contribuindo para a construção de identidade científica latino-americana em cada um dos seus campos de atuação, sobretudo, considerando suas diversidades culturais, econômicas e linguística.

A Psicologia, nos anos 50, organizou-se por meio da Sociedade Interamericana de Psicologia (S.P.I), na cidade do México. Em 2017, reuniu-se pela 36º vez com o lema Inclusão e equidade para o bem-estar nas Américas. Em sua 30º edição, em 2005, na cidade de Buenos Aires – Argentina, os membros da Comissão de Psicologia Ambiental da S.I.P fundaram a Rede de Psicologia Ambiental Latino-americana (REPALA) e denominaram-se como “um conglomerado de pessoas, grupos de pesquisas e profissionais interessados na inter-ações humano-ambientais” (REPALA, 2007, p.2). Motivados pela necessidade de contato contínuo, e não apenas nas ocasiões dos encontros bianuais promovidos pela S.I.P, criaram a referida rede

e estabeleceram como meta a discussão, a proposição e a difusão de maneira permanente do trabalho em psicologia ambiental e de outras áreas ambientais a partir da utilização dos recursos oferecidos pela internet.

No campo da história na América Latina, a reinvenção, a redescoberta tomou a forma de redes. Como exemplos, podemos citar as seguintes redes: Rede Latino-Americana de História Oral (RELAHO), *Red Latino-Americana Historia Pensada* e a *Red de Sitios de Memoria Latinoamericanos y Caribeños*. A criação da REHALO foi cogitada em inúmeras ocasiões: 1992 – São Paulo, 1995 – Nova York, mas foi em 2005, durante a Oficina de História Oral da Biblioteca da Universidade de Columbia no congresso de História Oral na Colômbia, que ela passou a existir como

um espaço acadêmico de articulação, intercâmbio e difusão de pesquisas que se realizam em diversos países da América Latina sobre a história do presente [...] que se propõe como uma ponte entre os pesquisadores do continente; como uma janela a partir da qual se pode fortalecer nossos laços e encontrarmo-nos cada vez que as necessidades assim demandarem (REHALO, 2014).

A *Red Latino-Americana Historia Pensada* tem um passado mais recente, 2016, e pretende “estimular abordagens para além de fronteiras já traçadas e que favoreçam trocas e intercâmbios entre pesquisadores latino-americanos para a formação de agendas que promovam o conhecimento produzido a partir de nossas realidades compartilhadas” (hpensada, 2016). A *Red de Sitios de Memoria Latinoamericanos y Caribeños (RESLAC)*, criada em 2006, reúne 40 instituições e representa a América Latina na *Coalición Internacional de Sitios de Conciencia*. Sua finalidade é trabalhar na recuperação e construção das memórias coletivas sobre as graves violações aos direitos humanos e as resistências ocorridas na América Latina em passado recente, em períodos de repressão pelo Estado, conflito armado civil associado a altos níveis de impunidade, com o objetivo de promover a democracia e garantir a não repetição.

Com as ciências sociais não poderia ser diferente, organizam-se também, e dentre as entidades dedicadas a área, temos o *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)*. Sua criação remete a 1964, quando, na cidade de Buenos Aires – Argentina, identificou-se como uma necessidade urgente a constituição de um organismo que ficasse responsável pela coordenação e articulação dos centros de ensino e pesquisa em ciências sociais na América Latina. Três anos mais tarde, na cidade de Bogotá – Colômbia, durante a *2ª Reunion de Directores de Centros e Institutos de Investigación en Ciencias Sociales*, o CLACSO foi formalmente criado em associação com a UNESCO (CLACSO, 2015, p.4).

Com 50 anos de existência, trata-se de uma entidade de caráter fortemente reivindicatório e com posições políticas marcadas na região. Reúne 611 centros de pesquisa e pós-graduação no campo das ciências sociais e humanas em 47 países da América Latina, Estados Unidos, Canadá, Espanha, França e Portugal (CLACSO, 2017). O CLACSO considera a saúde “um exemplo paradigmático que encontrou na cooperação regional a possibilidade de expandir cadeias de políticas públicas” (2017) posicionando contra à adoção, que consideram acrítica, do termo saúde global, defendem o uso do termo saúde internacional (2017, p.1).

Compreendemos este movimento de organização de distintas áreas do conhecimento na América Latina como uma espécie de reivindicação por uma identidade científica embora nas justificativas das instituições citadas aqui isto não esteja explícito, exceto no caso do CLACSO que mantém uma marca de postura combativa e crítica sobre a posição da região em relação a outros países no mundo, sobretudo países europeus e a América do Norte.

De certo modo, tudo isso concretiza uma intenção de apresentar identidades e um certo americanismo, próprio de um olhar do Sul, que incorpora uma lógica de articulação de um passado colonizador com Espanha e Portugal, mesclando em suas redes a perspectiva científica latino-americana ao mundo a partir de nossa própria interpretação. No caso da saúde global latino-americana, a *Alianza Latinoamericana de Salud Global* (ALASAG), não poderia ser diferente, assim, esta tese debruça-se sob o esforço empreendido pelas instituições e pesquisadores em saúde global na América Latina de também tentar construir uma rede de integração, mas redes podem não constituírem campos e sim movimentos e encontros de curtas temporalidades, sob estas indagações partimos para um levantamento dos registros pelos congressos, formação de estudantes e entidades de representação.

1.2 Panorama conceitual do termo saúde global na América Latina: a polissemia do conceito

Um dos textos mais referenciados na literatura científica e jornalística, sobre o conceito de saúde global é o artigo de Koplan *et al* publicado em 2009, na revista *Lancet*. Com fins de publicização científica em nível mundial, o artigo de três páginas em inglês acessível, sete pesquisadores oficializaram o que se falava a respeito deste ‘novo’ campo científico:

Saúde global está na moda. [...]. Embora seja frequentemente referenciada, a saúde global raramente é definida. Quando é, a definição varia muito, e muitas vezes é pouco mais do que uma reformulação de uma definição comum de saúde pública ou uma atualização politicamente correta da saúde internacional. Portanto, como deve ser definida a saúde global? (2009, p.1993).

Em busca da resposta, Koplan e seus colaboradores construíram e apresentaram seu raciocínio para o conceito de saúde global a partir de um consenso elaborado durante um painel de pesquisadores internacionais classificado por eles como multidisciplinar. No entanto, ao analisarmos o ‘*background*’ dos mesmos⁹, notamos que este painel foi internacional e

⁹ Jeffrey P Koplan, médico, professor de Medicina no *Emory University School of Medicine*; Christopher Bond T – biólogo, PhD em Epidemiologia pela *Emory University School of Medicine*, *Associate Director Purdue Pharma L.P.*; Michael H Merson – médico, professor e diretor *Global Health Duke University*; Srinath Reddy K – médico, Presidente *Public Health Foundation of India / Delhi / India*; Mario Henry Rodriguez – médico cirurgião, PhD em Parasitologia e Saúde Pública, pesquisador emérito *Instituto Nacional de Salud Pública de México*; Nelson K

‘monodisciplinar’, contando exclusivamente com representantes da área médica e epidemiologia.

Vamos ao conceito e ao apelo dos autores para a adoção de uma definição comum de saúde global:

oferecemos a seguinte definição: a saúde global é uma área de estudo, pesquisa e prática que prioriza a melhoria da saúde e a conquista da equidade em saúde para todas as pessoas, em todo o mundo. A saúde global enfatiza problemas de saúde transnacionais, determinantes e soluções; envolve muitas disciplinas dentro e além das ciências da saúde e promove a colaboração interdisciplinar; e é uma síntese entre a prevenção de base populacional e o atendimento clínico individual. Pedimos a adoção de uma definição comum de saúde global. Todos seremos melhor servidos (e serviremos melhor a saúde dos povos pelo mundo) se compartilharmos uma definição comum da especialidade na qual trabalhamos e encorajamos outros a prestarem seus esforços^{vi}.

Sobre o papel de outras áreas do conhecimento e a experiência de outros países, os referidos autores afirmaram que as usam como recursos para enfrentar os problemas de saúde pelo mundo, a partir do reconhecimento de que

A saúde global passou a abranger transações mais complexas entre distintas sociedades. Tais sociedades reconhecem que o mundo desenvolvido não tem o monopólio da pesquisa e das boas ideias, aplicáveis a todas as culturas para o desenvolvimento de melhores abordagens para prevenção e tratamento de doenças comuns, ambientes saudáveis, produção e distribuição de alimentos mais eficientes. A preferência pelo uso do termo saúde global [no lugar de saúde internacional] está relacionada a uma mudança de filosofia e atitude que enfatiza a mutualidade de uma verdadeira parceria, uma acumulação de experiência e conhecimento e um fluxo bidirecional entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento (Koplan et al, 2009, p. 1994-5)^{vi}.

Com base neste raciocínio, as ‘ciências sociais e comportamentais, [...] ambientais e as políticas públicas podem contribuir com a saúde global. [...] uma esfera verdadeiramente interdisciplinar^{viii}’ (Koplan *et al*, 2009, p.1995). A respeito deste conceito, outros autores se posicionaram, como é o caso de Kerouadan:

Sem se referir ao documento publicado em 1997 pelo IOM, que mencionou pela primeira vez a ideia de ‘saúde global’, provavelmente desconhecido dos autores, Koplan e seus colaboradores convidam a uma definição comum dessa expressão a partir de uma concepção genealógica do conceito, inscrevendo-o na continuidade das noções de saúde pública e de saúde internacional. Eles apresentam uma tabela didática

Sewankambo – médico e diretor – *School of Medicine, Makerere University College of Health Sciences, Kampala, Uganda*; Judith N Wasserheit – Professor, *Global Health Chair, Department of Global Health, University of Washington, Seattle, WA, USA*.

comparativa entre saúde pública, '*international health*' e 'saúde global'. Os valores, os princípios e os métodos são comuns aos três campos. A seguir, enunciam suas características a partir das diferenças entre eles: enquanto a saúde pública se interessaria pela saúde das populações no plano nacional, a '*international health*' diria respeito à geografia dos países em desenvolvimento, o que foi chamado em francês, por quarenta anos, de 'saúde e desenvolvimento' ('*santé et développement*'). A 'saúde global', por sua vez, faria referência à amplitude dos problemas e não à sua localização geográfica (Koplan et al 2009), sendo todo ser humano a população alvo da 'saúde global'. A localização geográfica dos países em desenvolvimento não mais aparecerá na definição de saúde mundial. [...] Koplan e seus colegas insistem sobre o fato de que, embora seja importante ter uma boa governança em nível mundial, as melhorias serão de fato provenientes da esfera local (2016, p. 60).

Tomando como ponto de partida o conceito de Koplan *et al* (2009), partiremos para considerações de outros autores. Para Fortes (2015), referência na área no Brasil e um dos responsáveis pelo primeiro programa de Saúde Global e Sustentabilidade no Brasil, na Universidade de São Paulo (USP), o campo da saúde global vem se constituindo como consequência do que ele classifica como uma “nova ordem mundial”, cujos efeitos sobre a saúde das populações transcendem as fronteiras nacionais e as abordagens científicas unilaterais, demandando a

intervenção [e] acordos entre diversos atores sociais, incluindo países e governos, agências e instituições internacionais públicas e privadas [...]. [Os] impactos transnacionais da globalização sobre determinantes sociais e problemas de saúde [...] estão além do controle individual dos estados nacionais, [e] afetam diversas dimensões da vida humana, ou seja, problemas persistentes, emergentes e reemergentes, tais como: o acesso a cuidados de saúde e medicamentos essenciais, o aparecimento de novas moléstias pandêmicas, o ressurgimento ou recrudescimento de enfermidades infecciosas como a dengue e a febre amarela, a violência e suas consequências, a questão da saúde mental, e as consequências dos desastres socioambientais.

Franco-Girardo considera que

A gíria acadêmica inspirou-se em vários centros e institutos de saúde global, principalmente na Europa e Estados Unidos. [...]. As abordagens em saúde global estão emergindo a partir das concepções das ciências sociais, mas em muitos casos, [...], algumas versões da saúde global correm o risco de permanecer em uma visão 'muito sanitária', muito próxima do conceito mais antigo de saúde internacional e, em outros casos, deixam de lado os conceitos de transdisciplinaridade, transseleccionalidade e transnacionalização, assim como a presença de novos atores impostos pela globalização (2015, p.1812).

Cueto problematiza ao afirmar que a

abordagem da saúde global é por vezes identificada como uma resposta a eventos novos, como epidemias internacionais que atingem tantos países ricos como países pobres. [no entanto] essa expressão tem um contexto histórico e político mais amplo, no contexto de uma ordem neoliberal, no qual o papel da OMS, antes dominante, passou a ser desafiado, e reposicionado no âmbito de um conjunto de alianças de poder em transformação [...]. A expressão foi considerada uma resposta racional aos

problemas gerados pela globalização, como a emergência de novas doenças, [...] e em que muitas infecções novas, como a Aids, incidiam igualmente sobre países ricos e pobres. [...]. Além disso, a saúde global esteve muitas vezes associada às mudanças neoliberais em muitos sistemas de saúde, que sofreram redução de orçamentos e [...], à entrada de novos atores no cenário internacional da saúde, como a Fundação Bill e Melinda Gates, [...], além de integrantes de parcerias público-privadas (PPPs) e instituições até então sem presença na área da saúde, como o Banco Mundial (2015, p.10-12).

Ventura & Nunes vão além de considerações sobre o conceito e a abordagem em saúde global, e definem parâmetros para qualificar um assunto como uma questão de saúde global:

Uma questão de saúde global é, em primeiro lugar, aquela que está relacionada com dinâmicas, estruturas e relações políticas no plano internacional. Essas dinâmicas, estruturas internacionais podem ter impacto não só na exposição e vulnerabilidade à doença [...], mas também na capacidade de reação e resposta (recursos disponíveis e capacidade de mobilizá-los de forma eficaz). Em segundo lugar, uma questão de saúde global é aquela que tem um efeito internacional que vai além da simples transmissão além-fronteiras [...]. E em terceiro lugar, as doenças podem ser consideradas uma questão de saúde global na medida em que impactam o desenvolvimento de legislações e mecanismos de governança internacionais, incentivando dessa forma diferentes formas de cooperação que se estendem a áreas desde a vigilância epidemiológica até o comércio e regulação alimentar (apud Fidler, 2005; Zacher e Keefe, 2008). [...]. É no plano global que podemos verdadeiramente entender as condições estruturais que dão origem às doenças, e é também em nível global que são definidas as possibilidades de uma resposta adequada, na forma de ideias, instrumentos legislativos e políticos, e também na distribuição de recursos materiais. A saúde global é, portanto, um objeto de estudo fundamental (2016, p.1-2).

Nunes & Pimenta consideram que

a percepção da saúde enquanto fenômeno global está enquadrada numa visão essencialmente apolítica da governança à escala mundial, assente na crença da capacidade humana de desenvolver soluções técnicas (tecnológicas, farmacológicas, administrativas ou burocráticas) para responder a crises ou problemas (apud Cooper, Kirton e Stevenson, 2009). A figura legal da “emergência sanitária” internacional, invocada recentemente por ocasião das epidemias de Ebola ou Zika, é um exemplo da importância dada a essas soluções de caráter técnico. Mas a saúde global é mais do que o resultado de “ameaças comuns” e “crescente cooperação”. A problematização das doenças em relação aos movimentos populacionais e ao espaço geográfico não pode ser separadas de dinâmicas que são, na sua gênese, de âmbito político e social. Uma visão mais abrangente das ideias de saúde e doença revela uma história de permanente tensão e conflito. Um exemplo é a ansiedade relacionada aos imigrantes, aos estrangeiros, aos que são ou parecem ser “diferentes” [...] que são vistos ora como portadores de doenças, ora como fardos para os sistemas de saúde (apud Kraut, 1994; Markel, 1997; Shah, 2001). [...]. O reconhecimento dessa dimensão política coloca em xeque a ideia da saúde global fundada nos pressupostos de uma experiência comum (o problema) e de um aprofundamento da convergência e cooperação (a solução desejável). Permite-nos revisitar os esforços de cooperação internacional e identificar a presença de interesses, agendas, conflitos e formas de poder (apud Fassin, 2012). [...]. A partir do momento em que começamos a explorar essa dimensão política na saúde global, torna-se evidente que as visões técnicas são tudo, menos apolíticas. Na verdade, elas fazem parte de um processo e uma agenda políticos. A máscara de neutralidade e cientificidade funciona para obscurecer o fato de a saúde global ser, desde a sua gênese até suas formas mais contemporâneas, um local de

reprodução de lógicas de exclusão e negligência; ela reflete estruturas e relações políticas globais que promovem a desigualdade, a vulnerabilidade e a desvantagem de alguns grupos e regiões. (2016, p. 23-25).

Kerouedan enfatiza que,

a expressão “saúde global” aparece pela primeira vez em um documento do *Institute of Medicine* (IOM), instância de referência científica vinculada à Academia de Ciências dos Estados Unidos. O relatório publicado em 1997 apresenta a saúde mundial como “um interesse vital para a América” [...] (IOM, 1997). O segundo capítulo do mesmo relatório, intitulado “a globalização da saúde: problemas comuns, necessidades comuns”, introduz o tema da seguinte forma: Esse capítulo mostra que as nações do mundo, incluídos os Estados Unidos, agora têm demais em comum para que a saúde seja considerada um assunto meramente nacional. Em lugar disso, um novo conceito de “saúde global” é necessário para que se enfrente problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais, que podem ser influenciados por circunstâncias e experiências de outros países, e que são mais bem tratados por ações e soluções de cooperação [...]. Sendo os riscos também disseminados, é o HIV a mais importante das novas infecções, tanto globalmente como nos Estados Unidos. Velhas enfermidades estão ressurgindo, como tuberculose, malária e cólera (apud IOM, 1997). Logo, a ideia fundadora da “saúde global” seria proveniente do sentimento de que qualquer evento de saúde que se produza em determinado ponto do globo terrestre traz em si um potencial de ameaça para as populações ou para a segurança nacional de um país em outro ponto do globo. Isso se deve ao desenvolvimento espetacular e rápido dos transportes e das comunicações, associados à mundialização econômica e financeira, facilitando a propagação das doenças no rastro dos homens. [...]. O risco infeccioso e o risco pandêmico encontram-se no coração da ideia e da emergência do conceito de “saúde global”, mas eles não são seus únicos elementos (2016, p. 55-57).

Podemos classificar como variadas as interpretações das definições e considerações do que é saúde global e de quem a compõem, no entanto, é possível identificar alguns aspectos em comum. Referem-se a saúde global como campo, campo científico¹⁰, plano, abordagem, ideia, conceito, definição, noção, gíria acadêmica. Agregam-se a ela, frequentemente, valores como equidade, bem público, solidariedade e justiça social (FORTES, 2015). A equidade é um valor que merece nossa atenção pelo fato de ser frequentemente associada ao conceito de saúde global. A este respeito, Kerouedan (2016, p.63) tece crítica, e a qualifica como “pretexto filosófico” e questão ética pouco abordada e até contraditória,

na qual o paciente com Aids, por exemplo, poderá beneficiar-se de medicamentos gratuitos no mesmo hospital em que um paciente com qualquer outra doença ou uma jovem gestante cujo parto se complica podem morrer em plena indiferença (apud Macro International, 2009; Kerouedan, 2010).

¹⁰ O texto original foi escrito em francês e traduzido para o português pela professora Deisy Ventura. No artigo, Kerouedan defende a tradução francesa do termo *global health* para *santé mondiale*, portanto, nas citações direta de textos da autora, utilizaremos o termo saúde mundial no lugar de saúde global.

¹¹ Sem necessariamente vincular o termo à teoria bourdieusiana de campo científico.

A respeito da origem do termo saúde global, a literatura é praticamente unânime ao apontar a globalização como fenômeno social fundante (Koplan *et al*, 2009; Fortes, 2015; Franco-Girardo, 2015; Cueto, 2015; Kerouedan, 2016; Biehl, 2011). Devemos a ela a reconfiguração da saúde internacional em global com a imposição de novos atores – Banco Mundial, Parcerias Público Privadas, Fundação Bill & Melinda Gates e o enfraquecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a associação com medidas neoliberais que culminam na redução dos sistemas nacionais de saúde pública e suas soberanias estatais.

A globalização figura como promotora da diminuição das fronteiras físicas e aumento do fluxo de pessoas pelo globo em tempo cada vez mais reduzido, e consequentemente, a proliferação de doenças como a AIDS, o Ebola e o Zica. Sem contar nos efeitos das televisionadas ondas de migração protagonizada por adultos e crianças desacompanhadas que fogem de desastres naturais, regimes políticos autoritários e violentos, crises econômicas nacionais, guerras. Este cenário associa-se a xenofobia e os ataques aos direitos humanos de crianças, mulheres, homens e a população LGBTTTT nos países receptores dos imigrantes.

Kerouedan (2016, p.55-6) afirma que a expressão saúde global tem origem norte-americana e foi motivada pelo pavor estadunidense do risco infeccioso (HIV) e o risco pandêmico (malária, tuberculose e cólera) ao encontrar a primeira referência ao termo em documentos do OIM em 1997. Junto à saúde global, associa-se um complexo temário sobre o qual fala-se, ouve-se, opina-se todos os dias em alguma parte do planeta. E se existe uma polissemia a respeito da sua definição, as críticas à saúde global partem de distintos autores, mas seguem uma espécie de roteiro comum.

Para Ventura & Nunes (2016, p-3) é

imprescindível desenvolver perspectivas mais abrangentes e aprofundadas sobre a saúde global, que se debrucem não só sobre o controle e gestão de crises, mas também sobre os determinantes e condicionalidades que dão origem as crises. É nesse contexto que se revela particularmente urgente desenvolver uma abordagem crítica ao estudo da saúde global.

Biehl também tece críticas ao campo ao demonstrar, por meio do seu estudo etnográfico sobre a resposta terapêutica brasileira ao HIV-AIDS, “como as iniciativas centradas nas pessoas desafiam as ortodoxias econômicas [...] e ampliam nossa percepção daquilo que é socialmente possível e desejável”.

O fato é que as abordagens do tipo “bala mágica” são cada vez mais a norma em saúde global – isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde. [...]. Nós precisamos de estruturas analíticas e capacidades institucionais que avancem além da repetição da história e enfoquem nas pessoas [...]. É hora de atribuir às pessoas que estudamos e descrevemos os tipos de complexidades que reconhecemos em nós mesmo, e de trazer essas complexidades ao cenário da saúde global. Descrições populares e políticas tendem a mostrar as pessoas como vítimas indefesas, [...], ou como miraculosos sobreviventes que dão testemunho do sucesso da ajuda externa. Os detalhes são omitidos (2011, p.265-267).

Neste sentido, afirma ser tarefa da antropologia no campo da saúde global a produção de evidências diferentes com base em estudos que abordem “desafios ousados [...] e questões cruciais como o que acontece com a cidadania quando a política se reduz à sobrevivência”. É preciso trazer para o terreno da saúde global uma “textura subjetiva”, viável por meio do “potencial inigualável da etnografia” e do direito do antropólogo à microanálise. Trata-se do respeito pela pessoa, que “faz uma enorme diferença no tipo de conhecimento que produzimos” e que contrapõem a nossa cultura de solução teórica e técnica instantânea. Podemos também, sugerir que uma abordagem do ponto de vista da microsociologia possibilite uma contribuição que permita alcançar esta “textura subjetiva” (2011, p. 268-275).

Nunes & Pimenta ao analisarem a epidemia de Zica no Brasil e os limites da saúde global, sugerem uma

visão crítica da saúde global, que considera os contextos sociais, políticos e ideológicos nos quais a Zica é enquadrada e constituída enquanto problema de saúde. Essa abordagem inclui quatro eixos de análise: (1) uma investigação dos processos sociais, culturais e políticos, por meio dos quais ideias sobre saúde e doença são apresentadas, interpretadas, justificadas, legitimadas e contestadas; (2) uma análise das consequências das práticas de significação, ou seja, os efeitos concretos em termos de definição de ações consideradas “necessárias” ou “desejáveis” para resolução ou controle da doença; (3) o estudo das zonas negligenciadas ou silenciadas por esses processos de significação; (4) uma atenção dada à diversidade de experiências individuais de saúde e doenças (não só entre países centrais e periféricos, mas também em nível doméstico). A aplicação desses eixos de análise ao caso da epidemia de Zica revela interação de múltiplas narrativas e agendas políticas na constituição de significados acerca dessa doença. [...]. Nesse contexto, uma abordagem crítica à saúde global assume-se como multidisciplinar. Os contributos da sociologia, da antropologia e outras ciências sociais e humanas são determinantes para uma investigação minuciosa de experiências, que, por sua vez, serão analisadas à luz de condições estruturais e políticas mais abrangentes. (2016, p.22-27).

Kerouedan parte dos conceitos de saúde global de Koplan et al (2009)¹² e Kickbush (2009)¹³, amplamente citados em artigos e livros científicos da área, para tecer suas críticas. Para ela,

a compreensão da noção de “saúde global” merece ser explicitada, tanto no âmbito dos intercâmbios internacionais como junto aos profissionais e pesquisadores que trabalham o campo. Essa expressão recobre, na realidade, interpretações que variam conforme nosso grau de interesse pelos efeitos da globalização, pelas evoluções institucionais recentes da arquitetura da ajuda mundial, ou por este valor que supostamente reúne os atores e beneficiários da saúde pública: a equidade. Se nós insistimos em um necessário esclarecimento da noção é porque isso tornaria mais fácil sua apropriação pelos atores e pesquisadores, favorecendo um diálogo e uma cooperação mais ricos de sentido, que pode coincidir com maior eficácia da ajuda ao desenvolvimento. Também é necessário esclarecer o conteúdo dessa noção a fim de chegarmos a um entendimento quanto aos saberes e às qualificações profissionais que poderão ser requeridos e reconhecidos nas universidades e no mundo profissional: o que seria um diploma em saúde mundial? [...]. Ao formar estudantes [...], o objetivo é preparar os futuros líderes políticos mundiais em todas as disciplinas para chamar para si, politicamente, as questões de saúde no âmbito de suas responsabilidades (2016, p. 61-62).

A defesa de uma perspectiva crítica nos estudos da saúde global aparece quase que repetidamente (Ventura & Nunes, 2016; Biehl, 2011; Nunes & Pimenta, 2016; Keroeudan, 2016) na literatura investigada. Para alguns, este processo ocorrerá por meio da inclusão das CheS e seus métodos de pesquisa no levantamento, leitura e interpretação dos fenômenos sociais que integram o âmbito da saúde global no mundo e na América Latina. Tratam-se de abordagens que contrastam notadamente com a maioria dos estudos conduzidos na área, que costumam voltar seus esforços à compreensão dos temas da saúde global exclusivamente a partir de ensaios randomizados, desenvolvimento de tecnologias de saúde, construção de métricas e indicadores globais de saúde que podem recorrer a leituras atropeladas de distintas realidades socioeconômicas e culturais pertencentes aos temas trabalhados numa tentativa afobada de harmonizar variáveis e produzir evidências científicas confiáveis.

Outro aspecto que merece destaque é a disputa pelo uso do termo apropriado. Afinal, é saúde internacional, ainda? Não, é saúde global? Ou seria saúde pública internacional? Saúde coletiva no contexto da globalização? Independente de todo este impasse, a saúde global cresce enquanto campo, paradigma, prática e política, sem necessariamente ‘matar’ a saúde pública e

¹² KOPLAN, J. et al. 2009. Towards a common definition of global health”, The Lancet, n. 373, pp. 1993-95.

¹³ KICKBUSH, I. 2009. Prof. Ilona Kickbusch presents the Global Health Programme. Vídeo. Genebra: The Graduate Institute. Disponível em: . Acesso em: 4 mar. 2016.

¹⁴ O texto original foi escrito em francês e traduzido para o português. No artigo, Keroudan defende a tradução francesa do termo *global health* para *santé mondiale*, portanto, nas citações direta de textos da autora, utilizaremos o termo saúde mundial no lugar de saúde global.

a saúde coletiva, no caso brasileiro, porque ainda que o escopo do conceito repouse no âmbito global, ela não existe sem a saúde pública nacional dos Estados-nação. Já a saúde internacional, esta sim, parece destinada a cair em desuso e ser referenciada apenas nos anais da História quando analisamos os primórdios das ações (de financiamento) de saúde dos países ricos (ou países desenvolvidos) em países pobres (países em desenvolvimento), especialmente na América Latina. Entidades como a CLACSO defendem a adoção e uso deste termo, mas trata-se de uma atitude quase que isolada quando comparada com o vigoroso movimento de organização de entidades, congressos e programas de pesquisa e ensino sob o escopo do termo saúde global.

No entanto, em toda esta disputa, um fenômeno parece se manter. Trata-se de uma espécie de transferência de crise de paradigmas desde os tempos da saúde pública, e saúde coletiva no caso brasileiro, para a saúde global. Excetuando ao aumento do raio geográfico das demandas, do nível nacional para o mundial, elas parecem permanecer as mesmas. Keroeudan (2016) fala de uma ‘continuidade das noções de saúde pública e de saúde internacional’ quando problematiza a questão conceitual. Acreditamos que este aspecto pode ser analisado a partir de uma análise da agenda temática da saúde global, em paralelo com a agenda da saúde pública. Afinal, as demandas de ‘ontem’ seguem sendo as mesmas, só que aumentadas e complexificadas, na agenda da saúde global de hoje?

Considerando todo este complexo panorama, como conduzir os estudos em saúde global de modo que incluam este ‘complexo temário’ ao qual nos referimos acima? Assim como distintos contextos sociais, políticos, econômicos, ideológicos e culturais dos países envolvidos neste complexo campo. Termos como multidisciplinar, interdisciplinar, multiprofissional aparecem como apostas (Franco-Girardo, 2015; Fortes, 2015; Nunes & Pimenta, 2016) determinantes para que a saúde global deixe de ser um âmbito de reprodução de lógicas de exclusão e negligência em relação a alguns grupos e países.

De modo complexo e desafiador, estes temas associam-se a saúde global, e é sobre a suposta constituição deste campo científico na América Latina, no período de 2007 a 2019, que discorreremos a seguir; para saber se nesta constituição, estão incluídas as CheS em uma perspectiva crítica. A ideia de campo foi trabalhada a partir do conceito de campo científico de Pierre Bourdieu, e é sobre esta escolha que discutiremos abaixo.

1.3 A escolha por Pierre Bourdieu e o conceito fundamental de campo científico

O conceito de campo científico de Pierre Bourdieu, e demais categorias analíticas relacionadas a este conceito nos pareceu a escolha mais acertada para verificar criticamente se há de fato um campo científico da saúde global na América Latina. Os conceitos de ‘campo’, ‘*habitus*’, ‘capital’ e suas ramificações analíticas e sua análise do mundo universitário empreendida em *Homus Academicus*, foram utilizados por nós na tentativa de desvelar o campo da saúde global como um sistema de pesquisa e ensino cujas formas de reprodução social refletem os interesses acadêmicos, políticos e econômicos de seus agentes.

Quadro 2 – Resumo dos conceitos de Pierre Bourdieu utilizados nesta tese

CONCEITO / CATEGORIA	O QUE DIZ O CONCEITO / CATEGORIA?	TIPO ¹⁵	NOTAS
Noção de campo científico	Universo intermediário que chamo de campo literário, artístico, jurídico ou científico. É o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas. A noção de campo está aí para designar esse espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias. O campo é o lugar de constituição de uma forma específica de capital. Um campo não se orienta totalmente ao acaso. O campo é um jogo no qual as regras do jogo estão elas próprias postas em jogo.	Conceito intermediário	Conceito intermediário criado pelo autor para evitar o ‘erro de curto-circuito’ que pode impedir o bom entendimento do conceito de campo científico. Toda produção cultural, desde da Arte à Ciência é um objeto de análise ‘com pretensões científicas’. Microcosmos relativamente autônomos.
Campo científico	Campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo global que o envolve. É o meio no qual as pressões externas se exercem. Todo campo científico é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de	Conceito fundamental	Apresenta a lógica própria do mundo científico proposta por Bourdieu com a finalidade de desencadear um processo de

¹⁵ Organizar parte dos conceitos de Pierre Bourdieu sobre o campo científico em um quadro e em tipos, foi uma estratégia nossa para o melhor entendimento e exposição nesta tese, de sua teoria. A partir da leitura de sua obra e alguns de seus analistas, percebemos ramificações a partir de seus conceitos fundamentais: conceitos intermediários e categorias explicativas.

	forças. Quanto mais os campos científicos são autônomos, mais eles escapam às leis sociais externas. Quanto mais um campo é heterônomo, mais a concorrência é imperfeita e é mais lícito para os agentes fazer intervir forças não científicas nas lutas científicas. Ao contrário, quanto mais um campo é autônomo e próximo de uma concorrência pura e perfeita, mais a censura é puramente científica e exclui a intervenção de forças puramente sociais (argumento de autoridade, sanções de carreira, etc.) e as pressões sociais assumem a forma de pressões lógicas, e reciprocamente: para se fazer valer aí, é preciso fazer valer razões; para aí triunfar, é preciso fazer triunfar argumentos, demonstrações e refutações.		autoanálise coletiva
Autonomia	Uma das manifestações mais visíveis da autonomia do campo é sua capacidade de refratar, retraduzindo sob uma forma específica as pressões ou as demandas externas.	Conceito intermediário	Opõem-se radicalmente à Heteronomia
Heteronomia	A heteronomia de um campo é medida pelo fato dos problemas exteriores, especialmente os problemas políticos, aí se expressarem diretamente.	Conceito intermediário	Opõem-se radicalmente à Autonomia
Politização	Barreira à autonomia de um campo científico expressa pelo fato de pessoas pouco competentes do ponto de vista de normas específicas, possam sempre intervir em nome de princípios heterônomos.	Categoria explicativa	
Agentes	Criam o espaço, e o espaço só existe, de alguma forma, pelos agentes e pelas relações objetivas entre os agentes que aí se encontram. É a estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes que são os princípios do campo. Os agentes (indivíduos ou instituições) caracterizados pelo volume de seu capital determinam a estrutura do campo em proporção ao seu peso, que depende do peso de todos os outros agentes.	Conceito intermediário	(indivíduos ou instituições)
Estrutura das relações objetivas	É a estrutura das relações objetivas entre os agentes que determina o que eles podem e não podem fazer. É a posição que eles ocupam nessa estrutura que determina ou orienta, pelo menos negativamente, suas tomadas de posição. De onde ele fala. Determinada pela distribuição do capital científico.	Categoria explicativa	definida pela distribuição de capital científico
Habitus Noção aristotélico-tomista 1962 – As relações entre os sexos na sociedade	Os agentes sociais não são partículas passivamente conduzidas pelas forças do campo. Eles têm disposições adquiridas que chamo de <i>habitus</i> , maneiras de ser permanentes, duráveis que podem, em particular, levá-los a resistir, a opor-se às forças do campo.	Conceito fundamental Categoria mediadora usada para transcender a fronteira entre o objetivo e o	

camponesa do Béarn 1964 – <i>Le Déracinement</i>		subjetivo afim de compreender melhor o objeto ou campo em análise.	
<i>Histerese</i>	1962 – As relações entre os sexos na sociedade camponesa do Béarn 1964 – <i>Le Déracinement</i>	Noção complementar a noção de <i>Habitus</i> que corresponde ao tempo no qual a sociedade subjugada responde a imposição de um <i>habitus</i> contrário ao seu.	O conceito de <i>Habitus</i> , integrando a noção de <i>histerese</i> (i.e., o intervalo temporal entre a incidência de uma força social e o desenvolvimento dos seus efeitos através da mediação retardadora da incorporação) e a de sedimentação sequencial de capacidades e de disposições temporais, também permitiu a Bourdieu realçar como o sistema colonial vive nas e pelas disposições discordantes e expectativas confusas que introduz nos sujeitos (Wacquant, 2006, p. 17)
Capital	Esse capital, de um particular, repousa sobre o reconhecimento de uma competência que, para além dos efeitos que ela produz e em parte mediante esses efeitos, proporciona autoridade e contribui para definir não somente as regras do jogo, mas também suas regularidades, as leis segundo as quais vão se distribuir os lucros nesse jogo, as leis que fazem que seja ou não importante escrever sobre tal tema, que é brilhante ou ultrapassado, e o que é mais compensador publicar no <i>American Journal</i> de tal e tal do que na <i>Revue Française</i> disso e daquilo.	Conceito fundamental	Metáforas empregadas pelo autor: economia e jogos
Capital científico	O capital científico é uma espécie particular do capital simbólico, fundado em atos de conhecimento e reconhecimento – que consiste no crédito atribuído a um agente específico pelos seus pares concorrentes no interior do campo científico.	Conceito intermediário	O número de menções do Citation Index é um bom indicador de sinais de reconhecimento e

			de consagração, tais como os prêmios Nobel e traduções para as línguas estrangeiras
Capital científico da instituição	Poder institucional e institucionalizado que está ligado à ocupação de posições importantes nas instituições científicas, pertencimento a comissões, comitês de avaliação etc., e ao poder sobre os meios de produção (contratos, créditos, postos, etc.) e de reprodução (poder de nomear e de fazer as carreiras) que ela assegura. Tem quase as mesmas regras de transmissão que qualquer outra espécie de capital burocrático, ainda que, em alguns casos, deva assumir a aparência de “eleição” “pura”, por exemplo, por meio de concursos que podem, de fato, estar muito próximos dos concursos de recrutamento burocrático, no qual a definição do posto está, de algum modo, pré-ajustada à medida do candidato desejado.	Conceito intermediário	Capital científico temporal ou político
Capital científico “puro”	Mais ou menos independente do capital científico da instituição, e que repousa quase exclusivamente sobre o reconhecimento, pouco ou mal objetivado e institucionalizado, do conjunto de pares ou da fração mais consagrada dentre eles (por exemplo, com os “colégios invisíveis” de eruditos unidos por relações de estima mútua). É extremamente difícil de transmitir na prática (ainda que grande pesquisador possa transmitir a parte formalizada de sua competência científica, mas somente por um longo e lento trabalho de formação, ou melhor, de colaboração, que leva muito tempo; e mesmo se ele pode também, como todos os detentores de capital simbólico, “consagrar” os pesquisadores, formados ou não por ele, fazendo sua reputação, assinando com eles, publicando-os, recomendando-os para as instâncias de consagração, etc.)	Conceito intermediário	Capital científico baseado no prestígio pessoal

Fonte¹⁶: autora.

Ao questionar a ‘lógica própria do mundo científico’ afim de empreender o que o autor chama de uma ‘autoanálise coletiva’ e assim compreender os usos sociais da ciência, Bourdieu nos

¹⁶ Referências bibliográficas consultadas na elaboração deste quadro: BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 2003. 86 p. WACQUANT, L. Dossiê Pierre Bourdieu no campo – Seguindo Pierre Bourdieu no campo. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 26, jun. 2006, p. 13-29. BOURDIEU, P. **Homo Academicus**. Florianópolis – Santa Catarina: Editora UFSC, 2011. 312 p.

apresenta a noção de campo, que foi elaborada por ele para fugir do que chama de ‘erro do curto-circuito’, segundo o qual, vislumbra-se a compreensão da ciência como ‘partogênese’, que cria a si mesma, apartada das influências do mundo social que a cerca. Partindo do pressuposto de que a ciência, assim como arte e literatura são objetos de análise científica, ele propõe a noção de campo. Trata-se de um universo intermediário que o autor chama de campo (científico, artístico, literário) ‘no qual estão inseridos os agentes e instituições que produzem e reproduzem a arte, literatura ou a ciência. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis próprias (1997, p.17-20).

‘O campo científico é um mundo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve’ (Bourdieu, 2003, p. 21). As pressões externas são exercidas por meio do campo em acordo com sua lógica própria de funcionamento, e é por meio da capacidade de refração do campo que sua autonomia se manifesta, quando ‘as imposições externas serão transfiguradas, a ponto, frequentemente, de se tornarem perfeitamente irreconhecíveis’ (Bourdieu, 2003, p. 22).

No sentido inverso da autonomia de um campo científico, Bourdieu o qualifica como heterônomo quando um campo cede as pressões externas especialmente as de caráter político. Tomando como reflexão a explanação de Bourdieu sobre as razões que tornam um campo heterônomo, principalmente no que diz respeito ao caráter negativo da ‘politização’ de uma disciplina; tomamos o caso da saúde global, nascidas de demandas sociais, de iniciativas governamentais nacionais e internacionais. Qual foi o efeito deste cenário na pesquisa em CheS em saúde global em termos teóricos, metodológicos, e mesmo de criatividade? Se para Bourdieu, este era um problema [politização] para as ciências sociais, consideramos aqui, que este também pode ser um problema para a CheS em saúde global, e por isso, investigamos se a mesma tenciona o campo para uma perspectiva crítica, o que conduziria o campo à autonomia.

Quem dá vida ao conflituoso campo científico são seus agentes – instituições ou indivíduos, que

[...] criam o espaço, e o espaço só existe [de alguma maneira] pelos agentes e pelas relações objetivas entre os agentes que aí se encontram. [...] é a estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes que são, [...], os princípios do campo. [...] que determina o que eles podem e não podem fazer. Ou, mais precisamente, é a posição que eles ocupam nessa estrutura que determina ou orienta, pelo menos negativamente, suas tomadas de posição. Isso significa que só compreendemos, verdadeiramente, o

que diz ou faz um agente engajado num campo [...] se estamos em condições de nos referirmos à posição que ele ocupa nesse campo, se sabemos ‘de onde ele fala’ [...] ‘as oportunidades de um agente singular tem de submeter as forças do campo aos seus desejos são proporcionais à sua força sobre o campo, isto é, ao seu capital de crédito científico ou, mais precisamente, à sua posição na estrutura da distribuição do capital’. (PB, 1997, p. 20-25).

Aos agentes cabe um papel importantíssimo: (re)definir as estruturas do mesmo a partir do seu capital de crédito científico. Tarefa difícilima de acordo com Bourdieu, segundo o qual isto seria possível somente mediante uma descoberta científica incontestavelmente revolucionária, que altere drasticamente o que se sabia até então na área do conhecimento em questão. Sendo assim, perguntamos: quem são os agentes do suposto campo científico da saúde global latino-americana? As CheS é capaz de produzir ‘evidência científica revolucionária’ no campo da saúde global latino-americana? A pesquisa conduzida nesta tese sobre a *Alianza Latinoamericana de Salud Global* (ALASAG) nos leva aos agentes ‘oficiais’ do campo, e é sobre eles que discorreremos no capítulo a seguir.

2. ALIANZA LATINOAMERICANA DE SALUD GLOBAL – ALASAG

Na tentativa de saber se podemos afirmar ou não a existência de um campo científico da saúde global latino-americana¹⁷ a partir da teoria bourdieusiana, consideramos que os agentes do referido campo, indivíduos ou instituições, possuem um papel fundamental no mesmo, uma vez que, são eles que criam o campo a partir das relações que estabelecem entre si. A primeira instituição que analisaremos é a ALASAG, que afirma ter como missão ‘impulsionar a abordagem da saúde global no ensino, capacitação, pesquisa e cooperação técnica na América Latina por meio de colaborações interinstitucionais’ (ALASAG, tradução nossa).

ALASAG define-se como uma rede composta por um grupo de instituições acadêmicas líderes em saúde pública na América Latina, que formaram a Aliança durante a reunião do *Global Health Education Council* (GHEC) e o *1º Congreso Latinoamericano de Salud Global* organizado pelo programa de saúde global do INSP/México, em abril de 2010.

Tem por objetivos

Converte-se em uma resposta aos vários desafios colocados pela globalização para a saúde das populações, especialmente aquelas mais vulneráveis. Com uma identidade própria, na qual se privilegia a superação das desigualdades e iniquidades a partir do reconhecimento das identidades nacionais e um profundo respeito pela idiossincrasia e identidade de nossos povos, incluindo o posicionamento em vários fóruns internacionais. [...].

Ser a aliança líder em saúde global na América Latina e Caribe e porta voz da região a nível mundial [...].

Criar parcerias entre grupos de professores/pesquisadores de instituições acadêmicas da região com o objetivo de estabelecer um programa articulado de formação, capacitação e atualização de recursos humanos, pesquisa e cooperação técnica para o desenvolvimento de políticas e programas que respondam aos desafios da saúde global enfrentados pela América Latina. Buscamos a cooperação entre as instituições membros na formação de recursos humanos, capacitação, pesquisa para a ação, cooperação técnica e advocacia em saúde global, aproveitando semelhanças, sinergias, necessidades e interesses compartilhados entre a América Latina. Pretendemos colaborar com o olhar latino-americano nos temas mais incandescentes da agenda mundial sobre saúde e desenvolvimento (ALASAG – Costa Rica, 2017, tradução nossa) ^x.

A respeito do conceito de saúde global, a define como

¹⁷ Ver subcapítulo 1.3 E escolha por Pierre Bourdieu e o conceito fundamental de campo científico.

um bem público que transcende fronteiras, que está relacionado com a justiça social e que tem como eixos a equidade, a ética e o respeito aos direitos humanos. (ALASAG – Costa Rica, 2017, tradução nossa)⁴⁶.

As instituições que atualmente integram a rede seguem abaixo:

1. *Instituto Nacional de Salud Pública México* (INSP);
2. Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo – Brasil (FSP/USP);
3. *Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende – Universidad de Chile* (ESP Salvador Allende);
4. *Facultad Nacional de Salud Pública Colombia* – Universidad de Antioquia (UdeA);
5. *Universidad del Norte* – Colômbia;
6. *Escuela de Salud Pública – Universidad de Costa Rica* (ESP Costa Rica);
7. Fundação Oswaldo Cruz – Brasil (Fiocruz);
8. Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Brasil;
9. *Facultad de Salud Pública y Administración – Universidad Peruana Cayetano Heredia* (UPCH);
10. *Universidad ISalud – Argentina* (ISalud);
11. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – Managua* (UNAM-Managua) – *Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud* (CIES).

Os trabalhos da ALASAG são regidos por planos de trabalho. Cada plano conta com cinco ações, e para a finalidade desta tese, analisamos os planos bianuais de 2012-2014, 2014-2016 e 2017-2018. Abaixo seguem as ações e nossa análise a respeito do trabalho desempenhado pela ALASAG nos três planos bianuais.

Quadro 3 – Plano de trabalho da ALASAG no período de 2012 a 2018

	2012 – 2014	2014 – 2016	2017 – 2018
Ação 1	<p>Governança e Sustentabilidade da ALASAG</p> <p>Organização do trabalho mediante reuniões virtuais bimestrais nas quais tratarão temas como afiliações e desenvolvimento de instrumentos de governo/gestão para gerir a discussão, proposta e aprovação de um regulamento para ALASAG. E captação de fundos.</p>	<p>Documento posição da Aliança sobre Saúde Global</p> <p>Em busca do fortalecimento da Aliança, a Secretaria Técnica considerou relevante a elaboração de um documento que expresse a posição da América Latina. Este documento¹⁸ foi discutido em sessões virtuais mensais e na reunião virtual em San José Costa Rica no mês de maio de 2016. O documento deve ser aprovado na próxima reunião presencial a realizar-se durante o IV Congresso de Saúde Global a ser realizado em Buenos Aires/Argentina, em novembro de 2016.</p>	<p>Contribuir para a produção e difusão de informação e conhecimento sobre saúde global, com ênfase na perspectiva de abordagem latino-americana.</p> <p>Publicar ao menos 10 artigos em revistas e/ou plataformas digitais nacionais e internacionais,</p> <p>Manter site¹⁹ <i>web</i> ALASAG atualizado,</p> <p>Contribuir para o acervo bibliográfico do site da ALASAG,</p> <p>Organizar e realizar o V Congresso da ALASAG.</p>

¹⁸ Este documento, denominado *Declaración de Buenos Aires sobre salud global*, foi apresentado no último dia do IV Congreso Lationamericano y Del Caribe, 25 de novembro de 2016, realizado na cidade de Buenos Aires – Argentina. Para saber mais, acessar o link: <https://bit.ly/2KzE1zW> .

¹⁹ Para acessar o site da ALASAG, cliquei no link: <http://www.alasag.org/es/> .

<p>Ação 2</p>	<p>Educação em Saúde Global</p> <p>ALASAG está desenvolvendo um Diplomado Internacional sobre Saúde Global nas modalidades presencial e virtual²⁰, para ser ministrado nas instituições membro. Este diplomado será patrocinado pela ALASAG e visa abrir o campo da Saúde Global aos estudantes e profissionais latino-americanos. Além disso, ALASAG tem como objetivo a cooperação e intercâmbio docente com o propósito de fortalecer o processo ensino-aprendizagem sobre Saúde Global.</p>	<p>Estatutos da Aliança</p> <p>Com o propósito de fortalecimento da ALASAG, a Secretaria Técnica propôs aos membros da Aliança a conformação de um Estatuto que regule as relações entre seus membros e seus objetivos de trabalho. Este documento foi discutido nas sessões virtuais mensais e na reunião virtual em San José/Costa Rica no mês de maio de 2016. O documento²¹ deve ser aprovado na próxima reunião presencial a realizar-se durante o IV Congresso de Saúde Global que se realizará em Buenos Aires em novembro de 2016.</p>	<p>Colaborar nos processos de formação e capacitação de pessoal em saúde global.</p> <p>Organizar curso regional a distância sobre Saúde Global,</p> <p>Manter ou iniciar atividades e programas de formação e capacitação (graduação e pós-graduação).</p>
----------------------	---	--	---

²⁰ O curso *Fundamentos de la Salud Global en América Latina*, foi concluído ao final do primeiro semestre de 2018, e lançado para o público no dia 26 de julho para a matrícula da primeira turma. Trata-se de um curso gratuito e destinado a pessoas com no mínimo bacharelado.

²¹ O estatuto da ALASAG foi aprovado em reunião fechada para os representantes das instituições membro da aliança durante o *IV Congreso Lationamericano y Del Caribe*, em 25 de novembro de 2016, na cidade de Buenos Aires – Argentina. Para acessar o documento, clique no link: http://www.alasag.org/es/phocadownload/Biblioteca_virtual/Documentos/alasag_estatutos.pdf

<p>Ação 3</p>	<p>Pesquisa em Saúde Global Para a ALASAG é importante fortalecer a área da pesquisa em saúde global na América Latina por meio da compilação de fontes de financiamento, a participação em licitações internacionais e publicações científicas.</p>	<p>Pesquisa em Saúde Global A secretaria técnica propôs aos membros da ALASAG a criação de uma agenda de pesquisa a partir de temas importantes a serem abordados pela Saúde Global.</p>	<p>Apoiar os processos nacionais de implementação da nova agenda de <i>Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS-2030)</i>²².</p> <p>Criar uma comissão ALASAG com a participação de todos os membros da Aliança afim de apoiar os processos nacionais de implementação dos ODS-2030,</p> <p>Criar em cada país, com participação das instituições da ALASAG, um espaço de colaboração nacional para a implementação dos ODS-2030.</p>
----------------------	---	---	---

²² São 17 os *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS-2030)*: 1. Erradicação da pobreza, 2. Fome zero e agricultura sustentável, 3. Saúde e bem-estar, 4. Educação de qualidade, 5. Igualdade de Gênero, 6. Água potável e saneamento, 7. Energia limpa e acessível, 8. Trabalho decente e crescimento econômico, 9. Indústria, inovação e infraestrutura, 10. Redução das desigualdades, 11. Cidades e comunidades sustentáveis, 12. Consumo e produção responsáveis, 13. Ação contra a mudança global do clima, 14. Vida na água, 15. Vida terrestre, 16. Paz, justiça e instituições eficazes, 17. Parcerias e meios de implementação.

<p>Ação 4</p>	<p>Imagem e comunicação</p> <p>A secretaria técnica criou a página oficial da ALASAG com o apoio e colaboração de todos os membros. Na página <i>web</i> vocês encontrarão nossas instituições membros, atividades, artigos e notícias sobre Saúde Global, convites para eventos, entre outros.</p>	<p>IV Congresso em Saúde Global</p> <p>A secretaria técnica tem prestado todo o apoio necessário para ao ISalud/Argentina para a realização do congresso.</p>	<p>Promover alianças com outras organizações nacionais e internacionais que trabalham no campo da saúde global.</p> <p>Implementar o acordo firmado em novembro de 2016 com <i>Global Health International Advisors</i> (GHIA),</p> <p>Assinar um acordo com a <i>Organización Internacional para las Migraciones</i> (OIM) para desenvolver ações de cooperação técnica na área de migrações e saúde global,</p> <p>Implementar ações de cooperação com a <i>World Federation of Academic Institutions for Global Health</i> (WFAIGH),</p> <p>Ampliar as relações da ALASAG com outras organizações internacionais, ao menos com três novas instituições.</p>
----------------------	--	--	--

<p>Ação 5</p>	<p>Congressos</p> <p>ALASAG organizou quatro congressos latino-americanos e do Caribe sobre saúde global:</p> <p><i>I Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global (2010)</i></p> <p>Tema: <i>Alianzas en Salud global: Colaboraciones Sur-Sur</i></p> <p>Organizado pelo <i>Instituto de Salud Pública de México</i> e realizado em Cuernavaca / México</p> <p><i>II Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global (2013)</i></p> <p>Tema: <i>Trascendiendo fronteras para la equidad en salud</i></p> <p>Organizado pela <i>Universidad de Chile</i> e realizado em Santiago do Chile / Chile)</p> <p><i>III Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global (2014)</i></p> <p>Tema: <i>Salud global en la agenda post-desarrollo 2015: desafíos desde las Américas</i></p> <p>Organizado pela <i>Universidad de Costa Rica</i> e realizado em Montes de Oca / Costa Rica)</p> <p><i>IV Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global (2016)</i></p> <p>Tema: <i>Tecnología, riesgos globales y gobernanza en</i></p>	<p>Financiamento do Plano de Trabalho</p> <p>Com o propósito de facilitar o desenvolvimento do Plano de Trabalho ALASAG, a secretaria técnica colocou à disposição da Aliança os recursos financeiros remanescentes do III Congresso de Saúde Global, realizado em San José, Costa Rica. Recursos com os quais financiou-se a reunião presencial em San José, Costa Rica, realizada em maio de 2016.</p>	<p>Desenvolver e consolidar a gestão administrativa da ALASAG.</p> <p>Manter a regularidade das reuniões ordinárias e extraordinárias da junta diretiva,</p> <p>Manter atualizado as informações sobre os ingressos financeiros da ALASAG, especialmente, a respeito do pagamento de cotas de admissão e anuais,</p> <p>Incorporar ao menos 6 novos membros.</p>
----------------------	---	---	--

	<p><i>salud: desafíos y respuestas desde América Latina</i></p> <p>Organizado pela <i>Universidad ISalud</i> e realizado em Buenos Aires / Argentina</p> <p><i>V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global (14 a 16 de Noviembre 2018)</i></p> <p>Tema:</p> <p><i>Políticas globales y su impacto en la salud: la perspectiva latinoamericana</i></p> <p>Realizado pela <i>Universidad de Antioquia</i> em Medellín / Colombia</p>		
--	---	--	--

A ação 1 não se mantém a mesma ao longo do planejamento das atividades da ALASAG para os anos 2012-18, passando pelas seguintes mudanças: para 2012-14 estavam previstas duas metas. A primeira relacionava-se ao funcionamento e organização da aliança que culminaria na criação de um regulamento para a ALASAG – que foi formulado no primeiro semestre de 2017, e a segunda explicitava como meta a ser atingida a captação de fundos. Para 2014-16 a ação 1 foi convertida na confecção da *Declaración de Buenos Aires sobre Salud Global*²³ – documento que foi aprovado pelas instituições membro da aliança, em reunião fechada, durante a realização do IV congresso em novembro de 2016 em Buenos Aires / Argentina. Na declaração, ALASAG reafirmou seu compromisso com a “continuidade, fortalecimento, expansão e consolidação desta Aliança, que impulsiona o ensino, capacitação, pesquisa e cooperação técnica em saúde global na América Latina e Caribe por meio da colaboração interinstitucional” (ALASAG, 2016, p.1 tradução nossa). Atingida a meta, para 2017-18 o tópico da ação é transformado em meta para produção e difusão de conhecimento em saúde global por meio do comprometimento dos membros em publicar “*por lo menos 10 trabajos en el campo de la salud global, en revistas o plataformas virtuales*” (ALASAG, 2017, p.1), manter o site da ALASAG atualizado, o envio

²³Para acessar o documento *Declaración de Buenos Aires sobre Salud Global*, clique no link: <http://ghiadvisors.org/Docs/ALASAG.pdf>.

de material por parte das instituições membro para a composição de um acervo bibliográfico e por fim, a organização do V congresso em novembro de 2018.

A ação 2, nos planos de trabalho 2012-14 e 2017-18, foi destinada ao tema educação, formação e capacitação de profissionais, estudantes de graduação e pós-graduação em Saúde Global, no qual foi idealizado um curso regional em Saúde Global a ser realizado, no primeiro plano, nas modalidades presencial e à distância, e no último plano, somente à distância; a ser ministrado nas entidades membro da Aliança. O intercâmbio docente aparece no plano 2012-14. Para os anos 2014-16, este tema é substituído pela necessidade de criação de um Estatuto para a ALASAG. A ação foi recomendada pela Secretaria Técnica e à princípio o documento seria apresentado no congresso em Buenos Aires em novembro de 2016, mas o planejado não ocorreu. No fim do segundo semestre de 2018, a ALASAG abriu inscrições para o curso online gratuito *Fundamentos de la Salud Global en América Latina*, cujas aulas serão disponibilizadas na plataforma educativa do INSP / México a partir do dia 10 de setembro até o dia 12 de outubro de 2018.

O objetivo é “é introduzir aos alunos a compreensão e manejo adequado da abordagem da saúde global no contexto latino-americano”. Com carga horária de 30 horas, sendo 20 teóricas e 10 práticas, o público alvo é bastante amplo: “destinado a pessoas com escolaridade mínima de bacharel e que tenham interesse em saber mais sobre a abordagem da saúde global na América Latina” (ALASAG, 2018 – tradução nossa). O conteúdo pragmático contém 10 temas divididos em 4 módulos:

- Módulo 1: contexto da saúde global (17 a 21 de setembro)
- Módulo 2: abordagens e estratégias em saúde global (24 a 28 de setembro)
- Módulos 3: diplomacia e governança global (1 a 5 de outubro)
- Módulo 4: integração de conhecimentos – saúde global: da teoria à prática (8 a 12 de outubro).

De acordo com a página da FSP / USP²⁴, colaboradora do curso, 1162 se interessaram pela iniciativa da ALASAG. A maioria composta por latino-americanos, México (405 inscritos),

²⁴ Para saber mais acessar: <http://novahygeia.fsp.usp.br/site/noticias/mostra/8262> acesso em 28 de julho de 2018.

Colômbia (289), Brasil (197), Chile (57), Costa Rica (74), Argentina (46), Peru (42) e alguns poucos de outros países: Austrália, Estados Unidos, Alemanha, Costa de Marfim e Estônia.

A ação 3 planifica as metas de pesquisa em saúde global da ALASAG. De 2012-14 o tema é tratado no plano de trabalho como o angariamento de recursos financeiros em concursos internacionais e publicação em revistas científicas. De 2014-16 a secretaria técnica da Aliança propôs às instituições membros a criação de uma agenda temática em saúde global. De 2017-18 os temas de financiamento, publicação em revistas científicas e proposição de agenda temática foi substituída pelos *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030* (ODS-2030) por meio da criação de comissões nacionais da ALASAG em cada país com a finalidade de apoiar o processo de implementação dos objetivos ODS-2030, este acabou sendo o grande tema trabalhado pela ALASAG no ano de 2017.

A ação 4 a princípio volta-se ao tema imagem e comunicação por meio da criação do site da Aliança. Em 2014-16 transforma-se em um comunicado de apoio ao ISalud/Argentina para realização do IV Congresso em Buenos Aires. Já em 2017-18 esta ação foge a ideia principal ao definir como meta a promoção de alianças nacionais e internacionais entre a ALASAG e instituições que trabalham no campo da saúde global. As instituições alvo são *Global Health International Advisors* (GHIA), *Organización Internacional para las Migraciones* (OIM), *World Federation of Academic Institutions for Global Health* (WFAIGH).

Em 2012-14 a ação 5 refere-se à realização de congressos dedicados ao tema da saúde global pela Aliança. Para os anos 2014-18 esta ação converte-se ao tema financiamento e prestação de contas – sobretudo no plano 2014-16. Em 2017-18 ao tema financiamento é agregado a questão a gestão administrativa da ALASAG e estipula-se como meta de incluir ao menos 6 novas instituições membros à iniciativa.

3. CONGRESSOS NA AMÉRICA LATINA E O LUGAR DA SAÚDE GLOBAL NA PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

Começaremos com os congressos brasileiros realizados pela Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrascoⁱⁱⁱ (CCSHS / ABRASCO), que junto das comissões de Política, Planejamento e Gestão, e Epidemiologia, constituem as três macro áreas disciplinares da Saúde Coletiva na associação.

A primeira menção oficial enfática, relativa ao temário da saúde global feita pela CCSHS / Abrasco, ocorreu no 4º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado na cidade de Salvador /BA no ano de 2007. Diferente do formato dos congressos anteriores, o 4º Congresso ocorreu simultaneamente ao 10º Congresso da Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) e 14º ao Congresso de Associação Internacional de Políticas de Saúde (IAHP). Neste congresso, a saúde foi definida como “direito inalienável, como fator intrínseco e indissociável da seguridade social e como condição e determinante do desenvolvimento global” (ABRASCO, 2007, p.2). Nas palavras do Presidente do X ALAMES à época, a realização dos quatro congressos simultaneamente ocorreu diante da necessidade de

gerar uma coligação global em prol da equidade e justiça social, para desenvolver uma agenda que dispute terreno com a agenda hegemônica no campo sanitário, que segue empenhada em privatizar a saúde e por esta via aumentar as iniquidades e exclusões sociais no mundo. Nós consideramos que esta é uma iniciativa importante na qual queremos colaborar junto à WFPHA, o Movimento Mundial de Saúde dos Povos, o Fórum Social Mundial da Saúde, a IAHP, ABRASCO, CEBES, entre outros atores sociais. [...]. Por último, a ALAMES quer avançar numa perspectiva ética no atual contexto de globalização de forma que possibilite superar iniquidades e garantir o direito à saúde, o que passa por impulsionar processos de integração regional, horizontais e solidários (ABRASCO, 2007).

Para a Associação, houve três acontecimentos que a colocaram em contato com o âmbito internacional:

O primeiro, o mote do último Abrascão – Saúde Coletiva em um Mundo Globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas – quando em conjunto com a Federação Mundial de Associações de Saúde Pública / WFPHA, reunimos, em agosto de 2006, no Rio de Janeiro, 12 mil participantes para um debate crítico em torno dos grandes desafios da Saúde Coletiva e das ideias e proposições frente aos impactos da globalização sobre a saúde e a qualidade de vida dos povos. A *Declaração do Rio de Janeiro*, elaborada e aprovada naquele fórum internacional é a expressão do

compromisso nesta direção. O segundo, a agenda do Comitê internacional de Determinantes Sociais da Saúde e seus comitês correlatos na região (Brasil e Chile). Em 2007 no Brasil, com base no Plano de Trabalho 2006-2009 do Comitê Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) e em consonância com os princípios e valores defendidos na *Declaração do Rio de Janeiro*, foram destinados oito milhões de reais no desenvolvimento de pesquisas na área de iniquidades no acesso à serviços e tecnologias em Saúde, direitos humanos, ética, raça e etnia e ambiente. O terceiro acontecimento, a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema *Saúde e qualidade de vida: Política de estado e desenvolvimento*, renova nossos compromissos e missão. Este fórum nacional envolve o conjunto de membros do CNS – incluindo a ABRASCO, o CONASS, e o CONASEMS, lideranças dos movimentos sociais e atores do SUS nas três esferas de governo. [...]. A solidariedade e responsabilidades globais são motrizes de nossa advocacia e ação pela saúde e qualidade de vida de todos (ABRASCO, 2007, p. 2-3).

Dentre as oficinas realizadas no 4º Congresso, ainda que a sua proposta fosse discutir a saúde coletiva no contexto da mundialização, boa parte das atividades não tratou do tema profundamente, dedicando-se ao debate de assuntos variados relativos ao cenário da saúde pública brasileira. Um assunto recorrente, proferido majoritariamente por pesquisadores brasileiros dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, foi a questão da legitimidade científica das ciências humanas e sociais na área da saúde coletiva. Na oficina *Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização*, a fala da pesquisadora Madel T. Luz (IMS / UERJ) transcrita e divulgada no boletim informativo da Abrasco nos oferece um exemplo:

[...] a saúde coletiva é fruto da “humanização” da Saúde Pública, através da incorporação das Ciências Humanas e da Política, por isso é um campo eminentemente transdisciplinar de saberes e práticas. Afirmando que a produção científica do campo é reconhecida no exterior, Madel argumenta que não é possível que a Saúde Coletiva, diante da medicina ou da grande área de saúde, não seja considerada a sua ponta avançadas em termos de conhecimento (Abrasco, 2007).

As falas mais polêmicas, algumas próximas do tom de denúncia, partiram de outros pesquisadores latino-americanos, como o pesquisador Jaime Breilh – Centro de Estudos e Assessoria em Saúde do Equador, questionou aos presentes sobre a possibilidade do academicismo funcional e o paradigma científico reducionista estarem presentes na área comprometendo a independência do pensamento da saúde pública, conduzindo-a uma domesticação e a colocando à serviço das corporações. A pesquisadora mexicana Catalina Eibenschutz, da Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, ao falar da equidade e o direito à saúde, referiu-se ao México como um estado magro, no qual o discurso moderno de equidade em saúde não passava de retórica (Abrasco, 2007).

As oficinas que mais se aproximaram da proposta do congresso foram as que discutiram a saúde do trabalhador no Mercosul, a cooperação internacional no continente africano por meio da formação de técnicos em saúde, e a oficina dedicada ao tema gestão em saúde global. Nos dedicaremos a última oficina que teve como objetivo final a formulação de uma proposta de mestrado profissional em Brasília.

A realização do 4º Congresso foi tomada como uma “oportunidade ímpar” para discutir um programa de formação para “atores em processo de mudança de realidade”. Os pesquisadores responsáveis foram Edmundo Gallo (Fiocruz/Brasília), Mario Rovere, Sebastián Tobar e Ricardo Burg Ceccim. Dentre as considerações para elaboração do projeto, destacamos

aprofundar termos e confronto de termos que envolvem uma formação em saúde global: saúde global X saúde internacional; relações de poder entre países decorrentes e de interesses econômicos internacionais entre governos; democratização global X globalização neoliberal [...]. Definir um projeto ético-político [...]. Constituir redes de colaboradores entre gestores e especialistas internacionais (Abrasco, 2007).

Surgiram alguns questionamentos à respeito da nova formação, que foi entendida por alguns participantes da oficina como nova uma profissão:

a certificação dos cursos pode ter validade internacional? Será uma nova especialidade ou será um conjunto de conhecimentos para o avanço dos sistemas de saúde e, assim, uma temática para as várias áreas de formação ou um projeto de especificidade interna a si mesmo? Deve-se investir em uma nova especialidade ou investir conhecimentos nas formações já existentes? A oferta de cursos com foco na saúde internacional dirige-se apenas aos gestores de sistemas de saúde ou envolve demais dirigentes governamentais? (Abrasco, 2007)

O último tópico de discussão da oficina tratou dos temas a serem considerados no curso de Gestão em saúde global:

saúde global e sistemas locais de saúde no contexto geopolítico mundial; modelos tecno-assistenciais e sistemas nacionais de saúde – estudos comparados na América Latina; gestão da tecnologia e da inovação (criação de redes); tecnologias de gestão de sistemas, redes e serviços de saúde e os desafios internacionais de saúde; ética e direito internacional; ecossistemas e a preservação ambiental; história social e determinantes histórico-sociais da saúde global; história e organização social e política do SUS – Reforma Sanitária Brasileira (Abrasco, 2007).

O 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde ocorreu na cidade do Rio de Janeiro em 2013, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS / UERJ), com o tema *Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da Saúde Coletiva*. Contou com um expressivo número de convidados internacionais na área, tendo dois representantes de países latino-americanos: Marcos Cueto / Peru e Jorge Humberto Marquez Valderrama / Colômbia. Os demais pesquisadores vieram da Europa e Canadá: Alain Caillé / França, Alain Giami / França, Christian Chauvigné / França, Gilles Monceau / França, Jeannie Shoveller / Canadá, Jeremy Greene / EUA, Jonathan Gabe / UK, Laurence Kirmayer / UK, Nathalie Bajos / França e Sahra Gibbon – Reino Unido.

Segundo o boletim informativo da Associação, dentre os temas emergentes mais debatidos, destacam-se

o produtivismo no contexto do capitalismo atual; as repercussões na saúde geradas pelo racismo, homofobia e outras formas de discriminação; o crescente poder do pensamento fundamentalista, a reemergência da mobilização social e a precarização do trabalho (ABRASCO, 2013, p. 10).

No 6º Congresso da CCSHS da Abrasco, dentre os 35 grupos de trabalho registrados, apenas um deles considerava a saúde em um contexto global já no título, trata-se do *GT 9 – Diagnóstico psiquiátricos e globalização da saúde mental: desafios atuais*, coordenados pelos pesquisadores Rafaela Zorzanelli e Joaquim Javier Guerrero Ortega, ambos do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Em acordo com o título do grupo, boa parte dos trabalhos apresentados centram-se no tema de diagnósticos psiquiátricos no contemporâneo ao tratarem de enfermidades como o TDHA, a depressão em mulheres e o autismo. No total dos 1.861 trabalhos aceitos em 35 grupos de trabalho, encontramos 8 pesquisas que trabalham a saúde na perspectiva das CHES considerando o contexto globalização ou tratando o saúde em âmbito global, e mais importante, considerando os impactos deste cenário no desenvolvimento de suas pesquisas e apresentação dos resultados. Os resumos selecionados seguem abaixo.

Quadro 4 – Resumos selecionados nos congressos da CCHSS da Abrasco (2007 – 2013)

AUTOR (ES)	TÍTULO	RESUMO
Martins, C.M. Stauffer, A.	Política linguística e política de comunicação em saúde: CPLP e OMS na rede E-Portuguese	O trabalho pretende analisar o papel desempenhado pela noção de língua no campo da comunicação em saúde, a partir da discussão sobre a Rede e-PORTUGUESe, plataforma da Organização Mundial de Saúde (OMS) dedicada, segundo a página da Rede, a apoiar o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nos países de língua portuguesa, fortalecendo a colaboração, entre estes países, “na área da informação e capacitação em saúde”. [...]. A análise, de caráter exploratório, busca, assim, discutir a relação entre língua, comunicação e formação em saúde, a partir desta ação educativa da OMS. [...]. Ou seja, a análise aponta para a inserção das noções de língua e cultura na legitimação de discursos hegemônicos de formação e comunicação em saúde, em um momento histórico em que a língua portuguesa emerge como “língua global” ou “língua transnacional”(Fontana, 2009). Por fim, discute-se ainda o papel que a CPLP ocupa neste contexto, considerando a história desta entidade (Freixo, 2009).
Gondim, Roberta	A concepção de negligência e a demarcação de trópicos como operadores de corpos e territórios: os (não) diálogos entre políticas globais e práticas locais para as doenças infecciosas	[...] discuto diretrizes de políticas globais e nacionais que atuam no controle de doenças infecciosas, comuns nos continentes Africano e Sul Americano, e que recebem a designação de ‘Doenças Tropicais Negligenciadas’. [...]. Parto do pressuposto que as terminologias ‘tropical’ e ‘negligência’ utilizadas pelos agentes de diretrizes globais para designar um conjunto de doenças infecciosas, partem e preservam uma herança colonial subalternizante. [...]. A partir do estudo exploratório sobre as linhas de atuação da WHO e de políticas e práticas no Brasil, trago elementos para se pensar em linhas de continuidade e semelhanças nas estratégias de controle sobre corpos e territórios. Além disso, sublinho a existência de ‘falhas dialógicas’ entre as epistemologias e práticas em saúde, hipótese alvo de estudo em curso. Percebeu-se que o destaque do conjunto significativo de iniciativas internacionais é voltado para a pesquisa, produção e acesso a medicamentos, assim como para o controle e alteração de elementos do meio ambiente. Considero essas iniciativas de alto interesse analítico, não apenas em face da relevância do problema de saúde que pretende reverter, mas também pelo foco de suas ações no predomínio de soluções pautadas num modelo centrado em artefatos biotecnológicos e de condicionantes ambientais. O desafio de combater essas doenças significa necessariamente abordar os dispositivos econômicos, sociais e culturais da saúde. Nesse sentido, não há como excluir dos diálogos e dos espaços decisórios de políticas públicas a dimensão do sujeito e dos coletivos sobre os quais essas políticas atuam. [...]. No paradigma de vigilância em saúde válido na esfera da medicina tropical, o controle de pessoas e

		ambientes assume o protagonismo enquanto modo de operar, o que é incompatível com o princípio da autonomia, seja de indivíduos, coletivos ou mesmo de nação. Essa diferenciação nos remete às bases do pensamento abissal (Santos, 2010), onde para a metrópole (Norte global) o conceito de vigilância se insere no paradigma autonomia/regulação, enquanto que para as zonas endêmicas (Sul global) o que vale é o binômio apropriação/violência de culturas, conhecimentos e da autonomia dos sujeitos.
Silva, A.M. da	Quando a economia “engloba” a saúde: o lugar da sexualidade e HIV/AIDS na agenda OCDE	[...]. Este estudo é uma pesquisa documental que pretende mapear as orientações da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em relação às questões referentes à sexualidade e ao combate da epidemia de HIV/AIDS a partir dos documentos publicados em seu site. [...]. Dentre os resultados encontrados, destaca-se a ideia do primado do econômico em detrimento de outras dimensões (social, política e cultural), principalmente nos debates sobre a globalização. A lógica econômica é o referencial de todo o tipo de intervenção silenciando os outros discursos como a discussão da sexualidade e dos direitos. [...]. Dois campos então se apresentam: um que se apóia na ideia que a sexualidade é uma dimensão fundamental da vida humana, é parte de uma política de afirmação de direitos e, portanto, indispensável na discussão sobre saúde, procurando interferir o mínimo possível para que as pessoas levem a vida mais próxima do normal; e o outro campo, que trabalha na direção contrária, com a máxima interferência e sem respeito às escolhas das pessoas.
CAMPOS, André Luzzi de	Participação social no contexto da cooperação sul-sul: desafios e perspectivas para a promoção da soberania alimentar no Brasil, Angola e Moçambique	[...] busca-se realizar uma reflexão crítica sobre a participação da sociedade civil no contexto das relações internacionais e de cooperação técnica entre o Brasil e dois países africanos no âmbito da implantação de políticas de segurança alimentar e nutricionais. [...] com a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a intensificação das relações do Brasil com países do chamado Eixo Sul-Sul, por exemplo, aqueles do continente africano. [...]. Por um lado verifica-se o compromisso em restabelecer um vínculo com o continente em uma perspectiva solidária para o desenvolvimento mútuo. Do outro, uma aliança pautada pela aliança comercial vislumbrando a ampliação de novos mercados para investimentos e ganhos econômicos para as empresas brasileiras, muitas vezes com características predatórias ao mercado local. Da mesma forma, a priorização do tema alimentação e nutrição ganha espaço também nas diretrizes e estratégias de ação dos Estados-membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP. [...]. Frente às profundas mudanças vividas em todas as nações em virtude do processo de globalização, propõe-se neste trabalho repetir e buscar elementos para compreender as relações do Brasil com esses países por dois prismas: os novos mecanismos de participação social em nível internacional

		e a garantia da soberania alimentar na perspectiva do direito humano à alimentação adequada DHAA.
Figueiredo, E.B.L; Gouvêa, M.V; Jorge, R.C	Globalização e Saúde Pública: um diálogo crítico	<p>A saúde pública no Brasil tem vivido uma constante tensão entre os avanços tecnológicos e a precarização dos serviços de saúde. A globalização favoreceu a sociedade e a saúde por meio do acesso as tecnologias e ao progresso científico, mas trouxe consigo o retrocesso da ideia de um Estado falido, ineficiente e que não dá conta dos problemas sociais e de saúde. O mito que essa globalização pudesse melhorar a vida do ser humano se desconstruiu, o que se observa é cada vez mais a expansão da pobreza e das desigualdades sociais. Assim, essa reflexão teórica objetiva relacionar a globalização sob a ótica de Milton Santos com o campo da saúde pública. O estudo se baseou na leitura integrativa da obra de Milton Santos: “Por uma outra Globalização”. Nesta obra, ele defende a ideia de que é preciso uma nova interpretação do mundo contemporâneo e uma nova globalização voltada para os problemas sociais e que se engaje a favor de todas as pessoas, num processo globalizado mais humano. O que temos percebido em nossas práticas de saúde é uma globalização como fábrica de ilusões, desencadeadas por uma profunda crise do Estado provedor de saúde e por meio da negação dos direitos fundamentais, dentre eles, o da saúde. Milton Santos arma que o problema não está nos recursos e sim na distribuição deles, o que torna os serviços de saúde extremamente desvalorizados e desprovidos de credibilidade. O estudo possibilitou observar a emergência de novos valores e novas atitudes diante dos fatos. Evidenciou que o nosso papel, enquanto profissionais de saúde, não pode ser neutro e precisa ser repensado. É necessário estar comprometidos com a saúde e com os sujeitos que dela se utilizam. Nesse sistema capitalista, em que os favorecidos sempre são os que são providos de dinheiro e os pobres, por sua vez, marginalizados em sua própria ignorância, é necessário não só garantir os seus direitos, sobretudo, de fazê-los conhecidos por eles. Um desses direitos é um atendimento humano e, capaz de atender as suas necessidades mais elementares, que disponha da tecnologia, mas que não falte o direito do pleno exercício da cidadania e autonomia. A mobilização dos profissionais de saúde na luta contra a globalização injusta, contra a precarização dos serviços de saúde e contra a exclusão social deve ser objeto de nossa militância de proporcionar melhores condições de saúde e de cuidado, não num futuro distante, mas hoje, aqui e agora.</p>
Behague, DP	Morbidade mental na mãe adolescente e a ciência do desenvolvimento em Pelotas / RS	<p>Estudo etnográfico realizado em Pelotas/RS, 1997 a 2007, cujo objetivo foi analisar o impacto local da popularização global de conhecimento científico, clínico e pedagógico que diagnostica a gravidez na adolescência como causa e consequência da patologia psico-neurológica específica da fase de desenvolvimento do adolescente. [...]. Demonstro que a relação entre a gravidez na adolescência e a morbidade mental na fase de</p>

		adulto se materializa (ou não) dependendo da colocação sociopolítica da jovem mulher. Mais especificamente, a maternidade na adolescência cria inquietude e até ‘ataque de nervos’ somente entre as mulheres jovens que são politizadas e críticas do que elas consideram ser uma ciência psicopedagógica discriminatória. [...]. Portanto, afirmo que um novo ‘tipo’ de (Hacking) de gravidez na adolescência está sendo produzida, nascente das desigualdades na sociedade brasileira, das inquietudes de uma agência política insurgente, e dum conhecimento científico que minimiza uma visão política do problema da gravidez adolescente. Por tanto, não basta somente dizer que a mãe com morbidade mental é uma construção sócio-científica. Em vez disso, poderíamos dizer que as práticas sócio-científicas estão contribuindo, até ao nível global, para a produção duma forma de maternidade na adolescência que gera consciência, e aflição, sócio-política.
Leibing, Annette	Quanto mais cedo melhor: diagnóstico precoce, <i>biomarkers</i> e a prevenção das demências	Esta palestra analisa a nova importância dada a um diagnóstico precoce das demências (Alzheimer). Estas práticas de prevenção fazem parte de um movimento global em saúde pública. No caso das demências, as práticas preventivas seguem uma longa história de tentar curar – sem sucesso – esta síndrome com intervenções medicamentosas. Embora práticas de prevenção (<i>brain training</i>) e a procura de <i>biomarkers</i> existam, uma nova ênfase aumentou imensamente uma procura dos primeiros sinais através de <i>biomarkers</i> cada vez mais vagas. Duas estratégias que estão tentando ancorar uma fase pré-clínica nas práticas biomédicas atuais – os <i>Dubois criteria</i> e os novos critérios do <i>National Institute on Aging and the Alzheimer’s Association’s</i> – serão analisados em profundidade para mostrar as complicadas interações entre (in)visibilidade, prevenção, interesses econômicos e novos grupos de risco.
Bezerra Jr.,B	Diagnóstico psiquiátrico entre a clínica e a política	Um das maiores críticas feitas aos programas de globalização da saúde mental se volta contra o uso dos sistemas de classificação de doenças da psiquiatria americana, cuja última versão – DSM5 – será publicada este ano (2013). Os DSM têm sido vistos como instrumentos de implementação de um modelo de atenção psiquiátrica de viés biológico, universalizante, normatizador, associados à expansão crescente de uma visão fiscalista da vida mental, e à ampliação da base de consumo de medicamentos impulsionada pelo amplo apoio fornecido pela indústria farmacêutica. Esta visão esconde a complexidade dos efeitos do uso dessa classificação, tanto em âmbito medico-clínico quanto sociocultural. Categorias presentes nos DSMs têm sido produzidas, contestadas, e reconfiguradas em função de embates entre atores e interesses cujo perfil só pode ser avaliado quando examinados em cada caso. O trabalho procura evidenciar a complexidade desses atores, processos e efeitos, tomando como exemplo o caso do autismo.

De 2007 a 2013, a Abrasco pareceu configurar-se mais como um campo político da saúde coletiva em nível internacional, ou em tempos de mundialização, do que abarcar de fato a saúde global como campo científico e conceito. A fala da presidente do VI Brasileiro de CCSHS da Abrasco, Soraya Maria Vargas Cortês (UFSC) endossou esta postura e admitiu que seria necessário algumas mudanças nos congressos da associação:

Creio que a Abrasco vai manter sua posição no debate sobre Saúde Coletiva, Políticas de Saúde, Saúde Pública e Medicina Social no cenário internacional. As denominações variam, mas o conteúdo básico em disputa é o mesmo. Disputa-se para que a Saúde Coletiva, Políticas de Saúde, Saúde Pública e Medicina Social sejam guiadas pelos ideais normativos expressos na agenda compartilhada pelas entidades que promoveram os nossos Congressos, [...]. Para manter esta posição protagonista, talvez tenhamos que repensar nossos congressos (SC, Epi., e CSH), em termos de periodicidade, de abrangência temática e de articulação entre eles (Abrasco, 25013).

No entanto, em julho de 2018, no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco, como tema *Fortalecer o SUS e os sistemas universais de saúde, os direitos e a democracia*, o termo saúde global foi incorporado no vocabulário abrasquiano e em sua plataforma acadêmico-política. A mesa de abertura foi coordenada por Joaquim Molina (OPAS / Brasil) e teve como conferencista a ex-presidente chilena Michelle Bachelet²⁵. Durante os seis dias de congresso, sete eventos tiveram a saúde global como tema:

Quadro 5 – Eventos no 12º Congresso da Abrasco que tiveram a saúde global como tema

Evento	Pesquisadores / Instituições
<p>Saúde Global na Agenda 2030 / Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Como participar e influir?</p> <p>Oficina pré-congresso (OF12A)</p>	<p>Coordenador: Eduardo Faerstein - IMS-UERJ (RJ)</p> <p>Coordenador: Paulo Gadelha - Fiocruz (RJ)</p> <p>Coordenadora: Celia Almeida - ENSP/Fiocruz (RJ)</p> <p>Coordenador: Guilherme Franco Netto - Fiocruz (RJ) Ronald Labonté (Canada)</p>
<p>Importância da Análise de Estimativas de Carga Global de Doença – o estudo <i>Global Burden of Disease</i></p> <p>Curso pré-congresso (C26A)</p>	<p>Coordenadora: Maria de Fatima Marinho de Souza - Ministério da Saúde (DF)</p> <p>Deborah Carvalho Malta - UFMG (MG)</p>

²⁵ Michelle Bachelet é médica-cirurgiã, foi presidente do Chile de 2006 a 2010, e 2014 a 2018. Atualmente é chefe dos direitos humanos na ONU.

	Professora: Elisabeth Barboza França – UFMG (MG)
<p>Diplomacia em Saúde e Saúde Global: Perspectivas na Conjuntura Atual</p> <p>Curso pré-congresso (C27A)</p>	<p>Coordenador e Professor: Paulo Marchiori Buss - Fiocruz (RJ)</p> <p>Luiz Eduardo Fonseca (Brasil)</p> <p>Celia Almeida (ENSP/ Fiocruz/RJ)</p> <p>Sebastian Tobar (Brasil)</p> <p>Felix Rígoli – ISAGS (SP)</p> <p>José Paranaguá de Santana (Brasil)</p> <p>Pedro Burger - Fiocruz (RJ)</p> <p>Augusto Paulo José da Silva - Fiocruz (RJ)</p> <p>Miryam Minayo (Brasil)</p> <p>Cristiane Machado Quental - Fiocruz (RJ)</p> <p>Luiz Augusto Cassanha Galvão - Fiocruz (SP)</p> <p>Cláudia Chamas - Fiocruz (RJ)</p> <p>Mauricio Lima Barreto - CIDACS/Fiocruz (BA)</p>
<p>Saúde global num mundo desigual</p> <p>Mesa Redonda (MR15)</p>	<p>Coordenador: Paulo Marchiori Buss - Fiocruz (RJ)</p> <p>Carlos R. S. Milani - IESP-UERJ (RJ)</p> <p>Deisy de Freitas Lima Ventura - USP (SP)</p> <p>Samuel Pinheiro Guimarães Samuel Guimarães - (DF)</p>
<p>Medicamentos essenciais - avançando a agenda global para uma abordagem regional</p> <p>Mesa redonda (MR31)</p>	<p>Coordenador: Jorge Bermudez - ENSP/Fiocruz (RJ)</p> <p>Tomas Pippo - OPAS/OMS (DF)</p> <p>Carina Vance - Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - UNASUR (RJ)</p> <p>Gabriela Costa Chaves - Ensp/Fiocruz (RJ)</p>
<p>Diplomacia em Saúde Global</p> <p>Comunicação Oral (CO28b)</p>	<p>Coordenadora: Celia Almeida - ENSP/FIOCRUZ (RJ)</p>
<p>Saúde Global, vulnerabilidades e direitos humanos: perspectivas críticas e desafios práticos</p> <p>Mesa redonda (MR120)</p>	<p>Coordenadora: Miriam Ventura da Silva – IESC/UFRJ (RJ)</p> <p>Richard Parker - IESC/UFRJ (RJ)</p>

	João Guilherme Biehl - Princeton University (United States) José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres – FSP/USP (SP)
--	---

Vale lembrar que este foi um congresso diferente dos últimos devido à comoção geral dos presentes pelos últimos acontecimentos políticos no país: assassinato da vereadora do município do Rio de Janeiro Marielle Franco em março de 2018²⁶, o impeachment da ex-presidente Dilma Russel, a reforma trabalhista, e os cortes na saúde e educação pela PEC 241²⁷ que congelaram os recursos da saúde e educação por 20 vinte anos. O então presidente da Associação, Gastão Wagner, fez uma fala emocionada²⁸, na qual assumiu e publicizou o forte caráter político do congresso ao classificá-lo como um congresso híbrido pelo seu conteúdo acadêmico e político:

esse congresso, o Abrascão Marielle, como os outros congressos nossos são congressos híbridos. É um congresso científico, tem um componente científico bastante importante, no caso, a investigação, a discussão, a compreensão, o diálogo sobre saúde coletiva, direito à saúde, sobre os meios de construir e assegurar esse direito à saúde, mas ao mesmo tempo sempre foi [...], é um congresso político, em que a nossa comunidade de saúde coletiva vem ao congresso para trocar ideias entre nós, para discutir, para escutar, para falar, para aprender, a gente vem para tirar diretrizes [...] para a nossa ação ao longo dos últimos anos, ação em cada local de trabalho, em cada sala de aula, em cada serviço de saúde, ações nos grandes movimentos sociais deste país e é um congresso que a gente vem para recarregar a nossa energia, confirmar para nós mesmos e para outras pessoas que a esperança somos nós. [...]. E o fato desse congresso estar acontecendo na cidade do Rio de Janeiro, aconteceu ontem o pré-congresso na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, [...], quando nós contratávamos a realização do pré-congresso da UERJ há um ano, a UERJ era uma síntese, um símbolo agudo, grave, da crise, do descaso, da perseguição conservadora contra a universidade pública, e as reuniões que fizemos na UERJ, eu confesso que me senti [em um cenário] desolador, a universidade vazia, com pouquíssima gente, uma greve, uma impossibilidade de funcionar há meses, os funcionários, trabalhadores, professores sem salários. E ontem e anteontem nós encontramos uma UERJ viva, cheia de vida [aplausos], nós encontramos uma UERJ que resiste, esse é o espírito do nosso congresso, é um movimento que resiste, é um movimento que insiste, é um movimento que resiste avançando. A UERJ, como a universidade pública brasileira, como a nossa política de pós-graduação e ciência e tecnologia vai enfrentar, está enfrentando dificuldades e nós vamos sair dessa crise melhor do que nós entramos, [...]. A Fiocruz, que está nos recebendo, [...], nós

²⁶ Para saber mais, acessar: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/03/14/marielle-franco-vereadora-do-psol-e-assassinada-no-rio.htm>.

²⁷ Para saber mais, acessar: <https://www.cartacapital.com.br/politica/deputados-congelam-verba-da-saude-e-educacao-por-20-anos>

²⁸ Para ver a fala completa do presidente da Abrasco, Gastão Wagner, acessar o vídeo por meio do link: https://www.youtube.com/watch?v=5F6Ri3p_djc&t=1371s

escolhemos a Fiocruz, que é uma das instituições mais antigas da saúde pública brasileira, é uma instituição pública que vem resistindo há anos a diversas conjunturas, mostrando que a ação política, que a determinação não é onipotente, não resolve todos problemas, que a esperança somos nós, que a nossa ação pode assegurar a instituição pública. A Fiocruz é uma instituição pública que honra o SUS, que honra o Brasil, uma instituição de tem uma autonomia de cada governo que passa bastante importante [...], é uma instituição pública que faz ciência e tecnologia, que produz grande parte dos insumos que a gente precisa na saúde coletiva no SUS, e é uma instituição pública que vem conseguindo se organizar de forma efetiva e consciente, de forma republicana sem o recurso da privatização. Demonstra que é um mito que o SUS, que a universidade pública [aplausos] é uma demonstração concreta, real, de que nós não precisamos de terceirização, de privatização, o que nós precisamos é de gestão pública, participativa, de conferência, com constituição. É por isso que nós estamos na Fiocruz. E porque a Fiocruz também está sendo atacada pelo o espírito da ação conservadora do governo federal dos últimos dois anos, tá passando uma série de dificuldades, por isso nós estamos aqui. Esse é o espírito do Abrasco! Isso nos simboliza! É Marielle! É UERJ! É Fiocruz! E somos todos nós! Esse é o nosso congresso. [...]. Porque nós precisamos resistir? Porque esses dois anos do governo, do golpe parlamentar-judiciário-midiático não tiveram e não terão a capacidade de desconstruir todos os nossos direitos, nós estamos fazendo 30 anos da constituição cidadã, do SUS [...]. Nós não podemos ficar no criticismo, no chororô, na lamentação, como se o SUS não existisse, como se não houvesse ocorrido a reforma da saúde mental, como se a gente não tivesse fechado 50% dos hospitais psiquiátricos, ainda faltam os outros 50%, como se a gente não tivesse 50% de atenção primária, como se a gente não tivesse milhões de estudantes com cotas nas universidades públicas brasileiras [...]. Nós temos que buscar reconhecer a reconstrução social da esperança, nós temos que ir fazendo o que é possível [...]. Nós podemos ter uma política de desenvolvimento econômico integrada ao desenvolvimento humano, ao desenvolvimento sustentável do planeta, não vale desenvolvimento econômico se não é para nós, não vale inovação tecnológica se não é apropriada pela maioria da população. [...]. nós temos que estar atentos ao cotidiano, ao que está acontecendo agora. E nos últimos dois anos a gente tem um governo federal que se transformou num adversário da Abrasco, a Abrasco é uma associação [o movimento da reforma sanitária] é político, mas é apartidário. Apesar disso, após consulta às suas bases, nós nos opusemos ao golpe e somos oposição ao atual governo. [...]. É muito incômodo que o candidato a presidente, [tô falando do Lula], com maior apoio popular não possa fazer campanha, não possa aparecer na televisão por processo completamente esdrúxulo e arbitrário [aplausos e gritos de Lula-livre]. (ABRASCO, 2018).

Conforme afirmamos acima, a constituição do campo científico da saúde global vem ocorrendo em outros espaços que não são exclusivamente voltados ao tema saúde. Com o congresso de CCHSS da Abrasco fizemos o caminho da saúde para as ciências sociais, agora, faremos o caminho inverso, das ciências sociais para saúde, sempre orientadas pelo objetivo desta tese.

Investigamos o Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO) que define-se como

instituição internacional não governamental associada a UNESCO, fundada em 1967. Atualmente, reúne 611 centros de pesquisa e pós-graduação no campo das ciências sociais e humanas em 47 países da América Latina, Estados Unidos, Canadá, Espanha, França e Portugal (CLACSO, 2017).

Dentre os 10 objetivos e 10 eixos centrais do CLACSO, selecionamos os que consideramos que estão mais diretamente relacionados a esta tese. Dentre os objetivos: 3) Reforçar as pontes entre a pesquisa social e as políticas públicas, incentivando ações inovadoras, criativas e viáveis diante dos grandes desafios sociais, educativos, culturais e ambientais na América Latina e Caribe; 5) Fortalecer os processos de internacionalização acadêmica na América Latina e Caribe; 6) Ampliar a cooperação e diálogo acadêmico Sul-Sul e Norte-Sul; 7) Estimular o desenvolvimento e a consolidação das ciências sociais e do pensamento crítico nos países mais pobres da América Latina e do Caribe; 10) Gerar condições de acesso aberto a produção acadêmica latino-americana e caribenha [...] (CLACSO, 20017). Dentre os 10 eixos centrais do CLACSO: 3) Garantia e proteção legal nos processos migratórios e na mobilidade humana; 6) Promoção do acesso aberto e a democratização do conhecimento; 10) Promoção de políticas de desenvolvimento econômico, social e ambientalmente sustentáveis.

No CLACSO a saúde global está presente nas atividades dos Grupos de Trabalho (GT) gestão 2016-2019. A conformação destes grupos destina-se a construir redes interdisciplinares de pesquisadores que trabalhem temas socialmente relevantes à conjuntura latino-americana e caribenha. Suas atividades são organizadas a partir de concursos públicos nos quais os pesquisadores apresentam suas propostas de formação de um GT e um plano de trabalho tri anual. Abaixo temos dados numéricos a respeito das e quantidade de pesquisadores integrantes dos GT do CLACSO nos últimos dez anos.

Quadro 6 – Grupos de trabalho do CLACSO – 2003 a 2016

	2003-2006	2006-2009	2009-2012	2012-2013	2013-2016
Grupos de Trabalho	16	14	25	25	46
Pesquisadores integrantes dos Grupos de Trabalho	240	329	556	693	1.850
Países representados nos Grupos de Trabalho	19	21	22	22	31

Fonte: CLACSO, 2015.

Dentre estes grupos de trabalhos apresentados, onde está a saúde global? De 2013-2006, um grupo de trabalho denominado *Estudos Sociais para a Saúde*, coordenado pela pesquisadora mexicana Carolina Tetelboin Henrion investigou a saúde na perspectiva das CheS. Neste mesmo período de tempo, outros dois GT trataram de temas correlatos ao temário da saúde

global: *Mudança ambiental global, mudanças climáticas e movimentos sociais*, coordenado pela pesquisadora argentina Mirta Geary e a pesquisadora colombiana Andrea Lampis; *Migração, cultura e políticas*, coordenado pela pesquisadora mexicana Liliana Rivera Sánchez e o pesquisador argentino Eduardo Domenech. Conforme se nota, são os GT que pesquisam temas ambientais e migratório, que mais se aproximaram do contexto global no período de 2013-2016.

No entanto, no triênio 2016-2019²⁹, encontramos um grupo de trabalho que se propõem a trabalhar a saúde global explicitamente. Trata-se do GT *Saúde internacional e soberania sanitária*, liderado pela pesquisadora equatoriana María Belén Herrero da *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales* (FLACSO) e que conta 26 pesquisadores³⁰.

Dentre as motivações dos pesquisadores integrantes do grupo, está a consideração de que em um

contexto de aumento das desigualdades sociais, iniquidades em saúde e a expansão de setores excluídos da população, a política social, em particular, os sistemas e políticas de saúde são núcleos de disputa de significado e bandeira de mudança nos países na

²⁹ este mesmo período de tempo, o GT Estudos sociais de saúde foi reeleito e segue coordenado pela pesquisadora mexicana Carolina Tetelboin Henrion, no entanto, o tema saúde global na perspectiva das CheS não aparece em sua proposta de trabalho divulgada na plataforma digital da CLACSO.

³⁰ **Alane Andreilino Ribeiro** (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES /Brasil), **Antonio Hernandez** (Red de Sistemas y Políticas de Salud de ALAMES / El Salvador), **Carmen Yon Leau** (Centro de Investigaciones Sociales, Económicas, Políticas y Antropológicas - CISEPA/Pontificia Universidad Católica del Perú / Perú), **Clara Vallejo** (Médicos del Mundo), **Cristina Haydee Arroam Suhurt** (Instituto de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción – ITS / UNA – Universidad Nacional de Asunción / Paraguay), **Daniel Godoy** (Instituto de Estudios sobre Estado y Participación - IDEP/ATE/CTA Asociación de Trabajadores del Estado / Central de Trabajadores Argentinos /Argentina), **Elba Beatriz Nuñez Ibañez** (Instituto de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción - ITS-UNA Universidad Nacional de Asunción / Paraguay), **Erika Lorena Arteaga Cruz** (Universidad Andina Simón Bolívar / Ecuador), **Felix Julio Rosenberg** (Fundação Oswaldo Cruz / Fiocruz - Brasil), **Gonzalo Basile** (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – FLACSO / República Dominicana), **Jimmy Almoza** (Asociación Latinoamericana de Medicina Social – Haití), **Jorgelina Loza** (Instituto de Investigaciones Gino Germani - IIGG/UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires / Argentina), **José Selig** (Miuca Escuela Multitemática – MIUCA /República Dominicana), **Juana Pilar Campana Segovia** (Centro de Investigaciones Sociales, Económicas, Políticas y Antropológicas - CISEPA/PUCP, Pontificia Universidad Católica del Perú /Perú), **Marcela Beatriz Belardo** (Departamento de Ciencias de la Salud (Unlam) y Departamento de Derecho Público / UBA /Argentina), **María Belén Albornoz Barriga** / Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ecuador – FLACSO / Ecuador), **María Belén Herrero** (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Argentina – FLACSO), **Maria Celeste Schnyder** (Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud - FHCSyS/UNSE - Universidad Nacional de Santiago del Estero / Argentina), **Marinilda Rivera Díaz** (Centro de Investigaciones Sociales, Puerto Rico - CIS/UPR Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico – Puerto Rico), **Mario Esteban Hernández Álvarez** (Doctorado Interfacultades en Salud Pública/Universidad Nacional de Colombia / Colombia), **Matías Bosch Carcuro** (Fundación Juan Bosch – FJB / República Dominicana), **Monica Bustamante Salamanca** (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / Ecuador), **Santiago Emanuel Lombardi Bouza** (Dirección de Cooperación Multilateral - Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto /Argentina), **Sara Yaneth Fernández Moreno** (Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y humanas, Departamento de Trabajo Social /Colombia), **Sergia María Cubillan Carrizo** (Ministerio del Poder Popular para la Salud /Venezuela), **Ylonka Tillería Muñoz** (Universidad Andina Simón Bolívar / Ecuador).

região. O acesso inadequado aos cuidados médicos e a medicamentos continuam sendo um problema na AL, e são reconhecidos como determinantes sociais do processo saúde-doença e das desigualdades sociais. A este contexto, juntamente com o aumento dos problemas transfronteiriços, de epidemias, as migrações por falta de emprego e más condições de vida, os desastres e emergências socioambientais, fez países latino-americanos verem a necessidade de coordenar mecanismos de integração e cooperação regional, com ênfase nas políticas sociais, em particular através da lente da saúde (Herrero e Tussie, 2015). [...]. Embora haja, sem dúvida, um novo cenário regional (com uma mudança de ciclo), onde, claramente, nos indica que o campo de ESTADO, SOCIEDADE e SAÚDE INTERNACIONAL não é um espaço neutro nem há um modelo único de abordagem e compreensão histórica, conceitual e metodológica. A saúde é um exemplo paradigmático que encontrou na cooperação regional a possibilidade de expandir cadeias de políticas públicas. [...]. Mais além das discussões a respeito do conceito de Saúde Internacional (Birn, 2006), entende-se como saúde pública em escala mundial que tem prioridades de pesquisa e ação a partir de uma abordagem inter/transdisciplinar das ciências da saúde, das ciências sociais, economia e outros campos (Almeida Filho, 2006). [...]. Neste contexto, surge uma nova interpretação dos problemas de saúde internacionais com base no primado da globalização nas últimas décadas: a chamada "saúde global" (Birn, 2011). Assim, o termo "saúde global" começa a dominar o discurso político global sobre a saúde que articula um novo paradigma. Embora este conceito tenha sido usado pela primeira vez por agências internacionais e fundações privadas, foi posteriormente incorporado pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS). Deve-se notar que, em geral, o uso desta palavra não é "neutro" e contém conflitos de interesses, conflitos e tensões que determinam agendas políticas em saúde internacional. Desde meados da década de 1980, uma perspectiva internacional da saúde vem se desenvolvendo na América Latina e no Caribe, que procura desarticular o etnocentrismo dos países centrais que consideram o problema da saúde pública a partir de suas próprias perspectivas, de seus próprios interesses e suas próprias receitas de resposta, [...] "uma perspectiva colonialista que se estende ao que agora é chamado de saúde global" (Rovere, 2014). [...]. A saúde internacional do Sul-Sul tem como objetivo, em matéria de políticas de saúde, afastar-se das velhas matrizes da geopolítica Centro-Norte e de suas organizações internacionais até uma direção estratégica e inovadora da cooperação Sul-Sul, para uma soberania sanitária para a região. [...]. Ao mesmo tempo, é fundamental definir de que perspectiva são analisados os processos social e saúde-doença, por trás do debate epistêmico sobre conceitos e campos de "saúde internacional" e "saúde global", as atuais tensões sobre saúde entendida como bem público e direito social dos povos, ou saúde como mercadoria privada para acumulação de capital. Estas perspectivas têm ramificações variadas, mas, majoritariamente, implicam em como a partir destes conceitos se invisibilizam processos determinantes da saúde (CLACSO, 20017).

O CLACSO, diferentemente dos congressos de CCHSS em saúde da Abrasco e da ALASAG, assume uma postura explicitamente crítica ao conceito de saúde global e à vinculação da OMS ao termo, que eles não assumem como campo científico, mas como uma ferramenta política de re-colonização pelos países do Norte dos países do Sul. Em seu lugar, tomam para si o conceito de saúde internacional e defendem a tomada da saúde em uma perspectiva Sul-Sul em nome da construção de uma soberania sanitária latino-americana e caribenha.

3.1 Figuração (Elias & Scotson)³¹ ‘Estabelecidos’³² e ‘Outsiders’ aplicada ao campo da Saúde Global na América Latina

Foram, Bourdieu e Elias, autores estabelecidos em seu tempo³³? Reunimos no quadro abaixo alguns fatores sociobiográficos dos autores para tecermos breves considerações a respeito desta pergunta.

Contexto sociobiográfico e intelectual	NORBERT ELIAS	PIERRE BOURDIEU
Nascimento e Morte	1897 – Breslau (antigo território alemão, hoje, Wrocław – Polônia) 1/08/1990 – Amsterdã – Países Baixos	1930 – Béarn – Sudoeste da França 23/01/2002 – Paris – França
Condição financeira	Classe alta – educação alemã clássica	Classe média baixa
Origem familiar	Família judia de comerciantes – mãe assassinada durante o Holocausto	Família camponesa francesa – Pai funcionário dos Correios
Formação inicial antes de migrar para a sociologia	Filosofia e Medicina (incompleto)	Filosofia – École Normale Supérieure
Acontecimento-marco para	Ainda criança, manifestou o desejo de tornar-se professor universitário, mas devido a sua	Bourdieu se interessa pela sociologia – uma disciplina pária na época, ao efetuar

³¹ A ideia de usar a figuração proposta por Elias & Scotson partiu da leitura do artigo de Ana Maria Canesqui denominado *As ciências sociais e humanas em saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva*, publicado em 2008 na Revista Physis.

³² As palavras *establishment* e *established* são utilizadas, em inglês, para designar grupos e indivíduos que ocupam posições de prestígio e poder. Um *establishment* é um grupo que se autopercebe e que é reconhecido como uma ‘boa sociedade’, [...], uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência [...]. Na língua inglesa, o termo que completa a relação é *outsiders*, os não membros da ‘boa sociedade’, o que estão fora dela. [...]. Os outsiders, [...], existem sempre no plural, não constituindo propriamente um grupo social. Os ingleses utilizam os termos *establishment* e *established* para designar a ‘minoridade dos melhores’ nos mundos sociais mais diversos: os guardiões de bom gosto no campo das artes, da excelência científica, [...]. (Neiburg, F. *apud* Elias N. & SCOTSON J.L., 1994, p. 7).

³³ Fontes: CERRI, Fernando Luis; SILVA, José Alexandre. Norbert Elias e Pierre Bourdieu: biografia, conceitos e influências na pesquisa educacional. Revista Linhas, Florianópolis, v. 14, n. 26, jan./jun. 2013. p. 171 – 198. WACQUANT, L. Dossiê Pierre Bourdieu no campo – Seguindo Pierre Bourdieu no campo. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 26, jun. 2006, p. 13-29. Consultar referência completa nas Referências.

migração para as Ciências Sociais	<p>origem judaica, foi desencorajado e até ridicularizado pelos colegas de classe e professor. Entre 1917 a 1919, matricula se nos cursos de medicina e filosofia, abandonando o primeiro e defendendo sua tese de filosofia em 1924. Devido a uma crise econômica que arruinou a vida financeira de sua família, trabalhou em uma fabrica de produtos metálicos.</p> <p>‘A experiência dessa época, somada à vivencia da guerra, influenciou sua determinação de migrar dos estudos de filosofia para a sociologia’ (BRANDÃO <i>apud</i> CERRI & SILVA, 2013, p.175).</p>	serviço militar na Argélia, entre 1958 e 1960, fazendo dela sua “vocação” e seu “esporte de combate”.
Instituições por onde passaram	<p>Universidade de Frankfurt</p> <p>London School of Economics</p> <p>Universidade de Leicester</p> <p>Universidade de Gana</p>	<p>Universidade da Argélia</p> <p>Universidade de Lille</p> <p>Sorbonne</p> <p>Collège de France</p>
Marcas pessoais no mundo acadêmico	<p>Construiu uma teoria original no campo da sociologia.</p>	<p>Sociólogo do povo</p> <p>Intelectual coletivo</p> <p>Defendeu a independência intelectual e a interdisciplinaridade das ciências humanas.</p>
Reconhecimento (internacional)	<p>Tardamente, nos anos 70, aos 80 ano praticamente no fim de sua vida.</p>	<p>Por volta da década de 60, quando volta da Argélia, quando publica o livro Sociedade Cabila (1964). Consagra o reconhecimento internacional em 1981 ao integrar o Collège de</p>

		France, e atualmente, figura entre os sociólogos contemporâneos mais citados.
--	--	---

Intempéries financeiras familiares e guerras, tiveram efeitos consideráveis na vida destes dois grandes autores da sociologia do século XX, mas em estágios diferentes. Bourdieu nasceu em uma família humilde no interior da França e cursou a universidade devido aos seus dotes esportistas e intelectuais (que possibilitaram que estudasse no famoso curso preparatório *Khâgne do Liceu Luis-Le-Grand*, para *École Normale Supérieure*), e teve sucesso e reconhecimento profissional, inclusive internacional, desde o início de sua carreira.

Norbert Elias nasceu rico em uma família de comerciantes judeus em antigo território alemão, e devido a uma crise financeira que atingiu os comerciantes alemães pouco antes da II Grande Guerra, e depois, devido à própria guerra, deixou sua condição privilegiada migrando e vivendo como *outsider* em muitos dos países onde viveu antes de estabelecer-se em Amsterdã e obter reconhecimento internacional da sua obra já quase no fim de sua vida aos 80 anos, na década de 70.

Aspectos sociobiográficos relacionados com acontecimentos históricos influenciaram a vida e obra destes autores. O contexto vida-história propiciaram a eles um olhar diferenciado de importantes fenômenos sociais transformados por eles em teorias robustas, originais e amplamente utilizadas no mundo por intelectuais de diversas áreas. Distintas análises, e eles próprios ressaltaram esta relação e fizeram análises muito profundas e originais do seu tempo presente.

Ambos possuíam formação inicial em filosofia e atribuíram às suas respectivas experiências, que envolviam guerras, a guinada para a sociologia. Ao que parece, a miséria humana por ambos vivenciada - Bourdieu servindo a França na Argélia e Elias servindo a Alemanha na Primeira Guerra -, talvez em graus diferentes, influenciou suas trajetórias acadêmicas. Ambos também tinham princípios muito semelhantes no que diz respeito às suas práticas profissionais e à concepção do que um sociólogo deve fazer. [...] Bourdieu concebia uma Ciência Social unificada como um “serviço público” cuja missão é “‘desnaturalizar’ e ‘desfatalizar’ o mundo social e ‘requerer condutas’ por meio da descoberta das causas objetivas e das razões subjetivas que fazem as pessoas fazerem o que fazem, serem o que são, e sentirem da maneira como sentem. [...]”. Elias, por sua vez, afirmou, “[...] eu queria de fato [...] levantar o véu das mitologias que mascara nossa visão da sociedade, a fim de que as pessoas pudessem

agir melhor e de maneira mais sensata; pois tinha a convicção de que uma visão assim deforma o olhar que se tem sobre as coisas” (CERRI & SILVA, 2013, p. 177-178).

Bourdieu concebe a ideia de agentes – que ‘classificamos’ nesta tese como um conceito intermediário, para descrever os pesquisadores – indivíduos e instituições, como princípios ativos na constituição do campo científico. Individualmente, um agente, tem raríssimas chances de moldar o campo científico à sua própria vontade. Ele depende do quanto ele tem, de crédito de capital científico acumulado, e da proporção deste capital em relação ao capital dos demais. Elias & Scotson concebem a figuração Estabelecidos e Outsiders para descrever grupos de indivíduos que vivem baixo uma identidade social preexistente e mantida mediante a submissão de um grupo pelo outro, sendo que os submissos – *outsiders*, têm também raríssimas chances de mudar de ‘lugar’ neste sistema fortemente estruturado, e para tal, dependeriam da supressão total da classe dos estabelecidos. Empregamos estes dois ‘conceitos’ para organizar os grupos de agentes que encontramos no decorrer da pesquisa em busca da resposta a existência ou não de um campo científico da saúde global latino-americano.

As duas interpretações nos parece complementares e não excludentes. Se dividíssemos a SG na AL, tal qual Winston Parva, entre estabelecidos (que chegaram antes e ocupam cargos importantes e portanto, com capital suficiente para moldar o campo ao gosto dos seus pares – o conceito de Saúde Global proposto ao mundo por Koplan *et al* é um bom exemplo para este cenário) e os outsiders (os pesquisadores recém chegados ou antigos pesquisadores cujos currículos foram classificados como híbridos – o Clacso por exemplo) temos a replicação do paradigma empírico criado pelos referidos autores.

Ressaltamos que o que importa não é verificar se as CheS ocupam ou não um papel secundário na SG na AL, como pensávamos antes, mas sim, verificar ‘quem’ chegou primeiro, configurou e ocupou o campo, fincando sua bandeira e regras do jogo científico para a economia simbólica da ciência em SG na AL. Lembrando que mesmo entre os primeiros, há discordâncias: uns não aderem ao termo saúde global e preferem saúde coletiva em tempos de globalização (Fiocruz), enquanto outros aderem ao termo (USP/Insp – México/Chile, Argentina, Colômbia e Costa Rica). Mesmo entre os primeiros há uma relação de subjeção aos outros, os primeiríssimos, os países ricos que financiam seus estudos e consequentemente ‘sugerem’ a adoção do termo saúde global para um bem maior, claro. Mesmo que isso signifique a impossibilidade de criação de

um conceito de SG próprio, latino-americano, mais próximo da realidade da região. Nos deparamos como uma questão muito mais complexa do que imaginávamos, um amplo cenário com indivíduos e instituições interdependentes que revelam uma série de camadas veladas.

Temos, então, em nossos dois autores a utilização da mesma ideia mas com perspectivas diferentes, e não excludentes. Elias trabalhou em termos civilizacionais na maioria de suas obras, mas demonstrou em “os estabelecidos e os outsiders” como sua teoria também pode servir para pensar as diferenças de poder em pequenos grupos, como é o caso da comunidade da saúde global latino-americana. No caso desse estudo específico, o autor chegou à conclusão de que o grupo dominante era o que residia há mais tempo na cidade, o que lhes possibilitara realizar uma rede de relações mais sólidas e lhes permitira excluir os habitantes mais recentes dos cargos de poder e dos lugares de visibilidade. Mais que isso, esses últimos acreditavam de fato que eram pessoas de menor honra e valor que os habitantes mais antigos, graças a mecanismos como a “fofoca depreciativa”. Isto pode explicar como uma “mentalidade”, ou um *habitus*, pode ser gerado no curto espaço de algumas décadas e justificar que um grupo possa manter-se no poder. (Elias & Scotson, 1994, pg 188).

Ao analisarmos os congressos em saúde e em CheS para saber do tema da saúde global (2007 a 2019), notamos uma semelhança nos resultados da pesquisa conduzida por Norbert Elias & John L. Scotson no povoado industrial na Inglaterra. A semelhança na estrutura social dos habitantes mais antigos sobre os habitantes recém-chegados no povoado, pode ser replicada à estrutura social acadêmica encontrada no campo científico da saúde global na América Latina. Semelhança esta que não necessariamente compromete o nosso uso da análise de Bourdieu sobre a Academia e seus pesquisadores. Pelo contrário, são análises que se complementam porque os referidos autores analisaram estratos sociais específicos da sociedade que fazem uso de regras rígidas para incorporação ou exclusão de seus membros a partir de um conjunto de normas complexos que conferem poder aos seus portadores, como também é o caso do campo científico da saúde global na América Latina e seus integrantes.

É importante ressaltar que a posição na figuração estabelecidos & *outsiders* proposta por Elias & Scotson (moradores mais velhos de Winston Parva *versus* moradores recém chegados ao povoado) não é permanente, embora, os autores reconheçam que a possibilidade de mobilidade social dos *outsiders* para o campo dos estabelecidos seja extremamente difícil, e praticamente

condicionada à supressão dos estabelecidos. Acreditamos que podemos fazer uso da figuração dos autores para o caso da classe acadêmica mediante o fato de que encontrarmos algumas semelhanças entre Winston Parva e o ‘povoado acadêmico da saúde global na América Latina.

A ideia de usar esta figuração partiu do artigo de Canesqui (2008, p. 238 e 243) no qual ela relata uma prática polêmica e comum no campo das CheS em saúde coletiva de classificação dos integrantes do campo entre ‘puros’ e ‘híbridos’, que analisando detalhadamente, relaciona-se com a própria gestão do campo da saúde no qual os que chegaram primeiro, estabeleceram-se e estabeleceram as regras do jogo do campo científico da saúde coletiva na América Latina, e a reproduziram no campo da saúde global. O que nos remete a Pierre Bourdieu quando ele diz que o campo científico é um jogo cujas regras são definidas dentro do próprio jogo, e por aqueles que detêm maior capital científico em relação ao demais competidores. Vamos ao trecho ao nos referimos:

A polêmica em torno do perfil dos intelectuais, praticantes das ciências sociais em saúde, se reflete nos critérios da composição da comissão, no reconhecimento de sua produção científica e identidade de seus praticantes. De um lado, incluem-se na categoria “híbrida” os não detentores de graduação em ciências sociais e humanas, titulados nos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva ou naquelas ciências, que acumularam grande experiência no ensino e pesquisa na subárea. De outro, estão os autodesignados como “puros”, cientistas sociais graduados nas ciências sociais e humanas, portadores de pós-graduação em Saúde Coletiva / Saúde Pública ou naquelas ciências, concebidos como “verdadeiros detentores do conhecimento”, cujas relações acadêmicas no campo científico e na hierarquia de poder estabelecida em torno da autoridade científica empurram os “híbridos” para o estado liminar permanente e nas posições inferiores daquela hierarquia, muitas vezes independentemente da qualidade científica de sua produção - isto é, pela imposição de categorias classificatórias de inferioridade em relação à sua capacitação, em relação aos “puros”. [...]. A crescente magnitude dos eventos implementados atesta a importância e reconhecimento das ciências sociais e humanas no âmbito da Saúde Coletiva em alguns aspectos: fornecer visibilidade à sua crescente produção acadêmica; discutir uma agenda própria capaz de diagnosticar, debater e formular soluções para os problemas específicos desta área no ensino, pesquisa e serviços; aglutinar seus profissionais e instituições; fazer interlocução com outras áreas da Saúde Coletiva e entre as próprias ciências sociais e humanas. Tudo isto certamente se soma ao reforço da Saúde Coletiva. No entanto, é salutar resguardar o caráter amplo e representativo das diferentes regiões e instituições na comissão, assim como reiterar e lembrar o perfil “híbrido” dos profissionais que convivem ao lado dos que se designam como “puros”, por serem formados nas disciplinas das ciências sociais ou das ciências humanas, que, respeitadas as exceções, continuam reivindicando identidade própria. Ecoam querelas desta natureza em torno do debate e propostas formuladas de revisão da estrutura e composição das comissões, sejam os que insistem na preservação das identidades disciplinares, sejam os que circunscrevem os critérios de inclusão na comissão apenas aos graduados em ciências sociais e humanas, embora seja estratégico compor o campo acadêmico com a presença mais incisiva de cientistas sociais.

Canesqui (2008, p. 238) menciona Bourdieu ao analisar esta prática polêmica no campo das CheS na saúde coletiva ao mencionar que

disputas acirradas, veladas ou não em torno da autoridade científica [...] parecem se refletir ainda nas discussões em torno dos critérios de inclusão no sistema de representação da comissão, que podem ser mais e menos excludentes, segundo as concepções contidas nas diferentes propostas formuladas a respeito.

A declaração da autora é importante porque publiciza uma prática velada e conhecida no campo das CheS na saúde coletiva, que acreditamos, é reproduzida no campo da saúde global por estes mesmos agentes ‘puros’ que seguem sujeitando os agentes ‘híbridos’ às suas regras de filiação ao campo científico da saúde coletiva na América Latina. Esta mesma lógica de ‘puros’ tentando conter a inclusão dos ‘híbridos’ no campo levantando a bandeira da ‘preservação das identidades disciplinares’ foi verificada em Winston Parva pelos estabelecidos que tentavam coibir a inclusão dos *outsiders* sob a justificativa de que os antigos moradores de Winston Parva, que se conheciam a gerações já haviam estabelecido para si um ‘estilo de vida comum e um conjunto de normas’ (1994, p. 25), das quais eles se orgulhavam e lutavam a todo custo para manter, ainda que significasse a estigmatização social dos recém-chegados, seus compatriotas.

Nobert Elias, no ‘Ensaio teórico sobre as relações entre estabelecidos e outsiders’³⁴ teceu uma série de esclarecimentos sobre como ‘aplicar sua teoria a toda uma gama de padrões mutáveis da desigualdade humana: relações entre classes, grupos étnicos, colonizadores e colonizados, homens e mulheres, pais e filhos, homossexuais e heterossexuais’ (Mennel, S. *apud Elias N. & SCOTSON J.L., 1994, p. 13*).

Entres estes intelectuais, temos os que estão no campo há mais tempo, muitos deles, ocupando posições em entidades representativas como a ALASAG, a ABRASCO, o CLACSO, o ISA; e temos também aqueles que ingressaram no campo há menos tempo, e iniciam agora suas carreiras dado um caráter contemporâneo que solicita e/ou aceita currículos e trajetórias profissionais diferentes, mais multidisciplinares, digamos. Os primeiros, classificam-se entre ‘puros’ (CANESQUI, 2008, p. 238), e batalham por cada centímetro do campo científico da saúde global que vem sendo construído por meio de cargos em diferentes instituições representativas e tem papel muito relevante na modelagem do pensamento em seus programas

³⁴ Publicado pela primeira vez em 1975, quando da tradução para holandês de Estabelecidos e Outsiders.

de formação em suas universidades. Os segundos, os híbridos ou *outsiders*, acumulam uma trajetória que ‘corrompe’ a categoria dos puros, transitam em diferentes meios, posicionam-se criticamente mais frequentemente e acreditamos que fazem o uso mais intenso da internet e mídias sociais para conformar seu próprio grupo. Provavelmente, a questão geracional tenha uma papel importante neste assunto quando consideramos os jovens pesquisadores do campo da saúde global latino-americana, embora acreditemos que não seja fundamental porque é provável que não signifique que não existam ‘antigos’ pesquisadores que mantenham uma postura, ou sejam classificados pelos demais, como *outsiders*.

Esta classificação ‘denunciada’ por Canesqui (2008) é o que Elias & Scotson chamou de ‘sociodinâmica da estigmatização’, e o que Pierre Bourdieu afirma ter efeitos paralisantes ou devastadores nas carreiras científicas de pesquisadores, e que acreditamos, pode impactar negativamente a nova safra de pesquisadores e intelectuais da saúde global na América Latina. Destes jovens pesquisadores, apenas terão sucesso àqueles que aliarem-se aos classificadores de ‘puros’ *versus* ‘híbridos’? Abaixo apresentamos um quadro com a nossa tentativa de organizar as principais características destes agentes do suposto campo científico da SG na AL.

Quadro 7 – Agentes das CheS Estabelecidos & Agentes das CheS *Outsiders* no campo científico da Saúde Global na América Latina 2007 – 2019

CheS Global dos ‘estabelecidos’	
Missão:	Pela legitimidade científica do campo da CheS na saúde e classificação rigorosa de seus integrantes a partir de uma linearidade disciplinar.
Desde quando integram o campo?	Brasil – desde anos 70 No demais países da América Latina não sabemos dizer ao certo, embora saibamos que o Brasil manteve forte influência na conformação dos campos da saúde pública em vários países latino-americanos, principalmente, países que passaram por regimes políticos totalitários.
Quem são?	Os cientistas sociais e humanistas que integram a área pública e saúde coletiva – caso brasileiro, desde os anos 70.
Postura frente a Saúde Global?	Desde os anos 2000 pareciam menos abertos à perspectiva da saúde global, ou incluí-la em seus estudos. A partir de 2015, foi inevitável a inclusão dessa ‘nova perspectiva’ na saúde.
Temas pesquisados:	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS – 2030) Estimativas de cargas globais de doenças Diplomacia em saúde Governança em saúde global Epidemias (Zica, Ebola, HIV_AIDS)

Para Pierre Bourdieu...	<i>Homus academicus</i> – classificador entre classificadores, entre suas próprias classificações. Pólo do poder que se conclama responsabilidade social. Mais politizado e por isso mais sujeito às pressões externas e de pessoal não especializado.
Currículo:	Na área das CheS desde a graduação e pós-graduação nas áreas da saúde pública, coletiva, internacional e global.
CheS Global dos ‘outsiders’	
Missão:	Não parecem ter uma missão definida ou auto proclamada, sobretudo os jovens pesquisadores. No entanto, verificamos na Clacso uma postura <i>outsider</i> ao opor-se ao uso do termo saúde global, e definir como projeto a soberania sanitária <i>sur-sur</i> para os países da América Latina.
Desde quando integram o campo?	As entidades que mantêm uma postura <i>outsider</i> integram o campo desde os anos 70, assim como os estabelecidos. Os jovens pesquisadores são pertencem a ‘leva’ pós anos 2000.
Quem são?	Pesquisadores que circulam por congressos não específicos da área da saúde e de caráter multi/inter/transdisciplinar. Resistência ao grupo dos estabelecidos por meio do traçado de um caminho não ‘tradicional’. Parecem menos preocupados com a autoclassificação e a classificação dos demais.
Postura frente a Saúde Global?	Estão abertos à perspectiva da saúde global e a incluí-la em seus estudos.
Temas pesquisados:	Sustentabilidade Justiça ambiental (JA) Os efeitos da pane climática sobre as populações locais – JA Conflitos territoriais e ambientais Migração
Para Pierre Bourdieu...	Parece ser o polo de saber caracterizado pela liberdade acadêmica.
Currículo:	Híbridos – áreas do conhecimento não tradicionais, ou cujo currículo não possui uma linearidade disciplinar, passando por distintas áreas do conhecimento.

Fonte: autora.

4. PROGRAMAS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL NA AMÉRICA LATINA

Mas é à educação, na sua forma escolar, que Pierre Bourdieu dedica a maior parte de sua vida intelectual. Ele percebe desde os primeiros estudos sobre o sistema de ensino (francês) que a cultura escolar inculca um conjunto de categorias de pensamento graças às quais os indivíduos se comunicam e se relacionam, partilhando uma cultura de classe fundada na primazia de certos modos de refletir, exprimir, julgar e agir que os predispõem a manter, com seus iguais, uma relação de cumplicidade e de comunicação específica (VALLE apud BOURDIEU, 2011, p.15).

Os programas de formação em saúde global na América Latina são considerados por nós como o âmbito no qual se incute o *habitus* nos pesquisadores acadêmicos em formação, reproduzindo as estruturas estabelecidas do fazer ciência na investigação que estamos conduzindo acerca da constituição ou não do campo da saúde global na América Latina. Analisaremos os programas de formação em SG na AL das instituições pertencentes à ALASAG.

4.1 BRASIL: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo³⁵ – Programa de saúde global e sustentabilidade

A criação do programa de doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo (USP), na Faculdade de Saúde Pública (FSP), em 2013, decorreu da criação de outros centros e instituições de formação internacional, que passaram a identificar a denominação saúde global como um conceito a substituir a terminologia saúde internacional. A composição do doutorado foi concebida tentando manter um equilíbrio entre os programas e temas já constituídos em outras instituições e agências internacionais, com uma singularidade presente na própria instituição de criação do doutorado, os Departamentos de Saúde Ambiental e de Prática de Saúde Pública.

As primeiras aproximações se deram por eventos bilaterais organizados pela Faculdade, contribuindo para a sua concepção teórica e definição das suas linhas de pesquisa: em 2010, o

³⁵ Este subcapítulo é resultado do artigo *Constructing the field of knowledge of Global Health and Sustainability at the Universidade de São Paulo in the Latin American context*, publicado na Revista Brasileira de Pós-graduação (RBPG – CAPES), em dezembro de 2017. Para a construção do perfil do corpo discente do programa de pós-graduação em SGS da USP, utilizou-se a ferramenta disponibilizada na plataforma de questionários web SurveyMonkey®. O questionário foi enviado a todo corpo discente por meio do e-mail institucional da USP no dia 14-07-2015, no qual constava o link de acesso. Para acessar o artigo completo e suas referências bibliográficas, acessar o seguinte link: <http://ojs.rbpg.capes.gov.br/index.php/rbpg/article/view/1451>.

curso de extensão em Saúde Internacional, com colaboração da Universidade de Georgetown, Washington DC, EUA; em 2012, o curso de verão em Saúde Global e Bioética, em parceria com a Universidade de Brasília e a Organização Pan-Americana de Saúde, com turmas em São Paulo – SP e em Brasília – DF; em 2013-14, os cursos de verão em Saúde Global e Bioética (FSP-USP); e a participação no congresso da ALASAG como signatários de sua fundação; e, publicação do livro Saúde Global, com a participação de docentes e estudantes do programa³⁶.

Em 2012, a proposta de criação de um terceiro programa de pós-graduação na FSP, Saúde Global e Sustentabilidade, estava consolidada, e foi encaminhada e aprovada pelos órgãos de pós-graduação da USP (USP – FSP, 2012). Inicialmente, foi proposta à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a sua inserção na grande área Multidisciplinar e de avaliação Interdisciplinar, área de conhecimento Saúde e Biológicas; que conta com outras três áreas: Meio Ambiente e Agrárias; Sociais e Humanidades; e Engenharia/Tecnologia e Gestão (CAPES, 2013). No entanto, a coordenação de avaliação da CAPES o inseriu na área de Saúde Coletiva.

Considerando a relevância atribuída “aos princípios da internacionalização, interdisciplinaridade, e interinstitucionalidade e nucleações, particularmente na formação no quarto grau do ensino acadêmico” (USP – FSP, 2012), o programa de pós-graduação *stricto sensu* SGS foi oficializado em 2013, e suas atividades letivas iniciaram-se em agosto do mesmo ano. Até o momento, houve três turmas entre os anos 2013-15, com 11, 9 e 14 estudantes, respectivamente. De natureza interdisciplinar, o programa “tem por objetivo a formação de docentes e pesquisadores com ênfase em políticas, sistemas e instituições internacionais de saúde global e ambiente sustentável; e em sustentabilidade, deslocamentos humanos e modos de vida no contemporâneo” (USP – FSP, 2012). Ao trazer como proposta de formação dos futuros docentes e pesquisadores a saúde global em conjunção com a sustentabilidade, o programa, que é o primeiro no Brasil³⁶, adianta-se em uma perspectiva interdisciplinar para tratar de assuntos complexos, como a saúde global e seus determinantes, cujos impactos espraiam-se nos níveis local, nacional e global em sociedades globalizadas e interdependentes.

Inicialmente, o programa apresentava a seguinte estrutura: uma área de concentração – Saúde Global e Sustentabilidade, e duas linhas de pesquisa: 1) Políticas, sistemas e instituições

³⁶ FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). Saúde global. São Paulo: Manole, 2014.

internacionais de saúde global e ambiente sustentável e 2) Sustentabilidade, deslocamentos humanos e modos de vida no contemporâneo. Em 2015, a comissão coordenadora do programa manteve a única área de concentração, e acrescentou a linha de pesquisa 3) Metodologias estatísticas para a análise comparativa de fatores de risco, morbidade, mortalidade e sistemas de saúde dos países.

A formação do corpo docente do programa é interdepartamental, multiprofissional e interdisciplinar. Composto por 20 orientadores, provenientes de quinze áreas do conhecimento: ciências sociais³⁷ – 2, engenharia³⁸ – 1, enfermagem³⁹ – 1; ciências políticas e sociais⁴⁰ – 1, geografia⁴¹ – 1, psicologia⁴² – 1, pedagogia⁴³ – 1, jornalismo e comunicação social⁴⁴ – 1,

³⁷ **José Leopoldo Ferreira Antunes** é cientista social, mestre e doutor em sociologia. É professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Editor Científico da Revista de Saúde Pública e Editor Associado de Oral Diseases. **Rubens de Camargo Ferreira Adorno** é graduado em Ciências Sociais pela UNICAMP, Mestre de Doutor em Saúde Pública pela USP e Livre Docente (1997). É professor Sênior da Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

³⁸ **Arlindo Philippi Junior** é engenheiro civil, doutor em saúde pública (USP), pós-doutor em estudos urbanos e regionais (mit/EUA) e livre docência em política e gestão ambiental (USP). Professor titular da USP. Chefe do departamento de saúde ambiental da faculdade de saúde pública, e membro do conselho deliberativo do *incline-interdisciplinarity investigation center on climate change* da USP.

³⁹ **Maria Rita Bertolozzi** possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1981), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1991), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1998), Livre-docente, nível III pela Universidade de São Paulo (2012). Atualmente Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.

⁴⁰ **Marcia Faria Westphal** possui graduação em Ciências Políticas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1965), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1974) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1982). É professora titular sênior da Universidade de São Paulo especialista em Saúde Coletiva/Saúde Pública com ênfase na Promoção da Saúde.

⁴¹ **Helena Ribeiro** é geografa, mestre em geografia pela Universidade de Berkeley, doutora em geografia física e climatologia. É professora no Departamento de Saúde Ambiental da FSP/USP e coordenadora do doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade USP.

⁴² **Maria da Penha Vasconcellos** é graduada em Psicologia, mestrado em Psicologia Social, ambas pela PUC-SP e doutorado e livre docência pela Universidade de São Paulo. Professora Associada 3 da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Orientadora dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade e Mestrado em Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, na Faculdade de Saúde Pública - USP. Pesquisadora e co-coordenadora do Núcleo interdisciplinar de estudos em Ciências Sociais e sustentabilidade - NIECSs. Membro da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa- AILPCSH.

⁴³ **Cláudia Maria Bógus** possui graduação em pedagogia (1987), especialização em saúde pública (1988), mestrado (1992) e doutorado (1997) em saúde pública e livre-docência (2009) em promoção da saúde pela faculdade de saúde pública da usp. É docente da FSP/USP desde 2004 .

⁴⁴ **Gabriela Marques Di Giulio** é professora do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Tem doutorado em Ambiente e Sociedade pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp-2010), mestrado em Política Científica e Tecnológica pelo Instituto de Geociências da Unicamp (2006), especialização em Jornalismo Científico pela Unicamp (2004) e graduação em Comunicação Social - Jornalismo pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp-2001).

odontologia⁴⁵ – 1, farmácia e bioquímica⁴⁶ – 1, sociologia – 1, economia⁴⁷ – 1, nutrição⁴⁸ – 1, medicina⁴⁹ – 4, direito⁵⁰ – 2, cientista social e engenharia civil⁵¹ – 1.

O perfil dos estudantes é majoritariamente feminino (18 mulheres e 9 homens), com faixa etária média de 39 anos. Até 2015, ingressaram 3 estudantes estrangeiros vindos de Portugal (2) e Uruguai (1). Os alunos brasileiros são provenientes dos seguintes estados^{xiv}: São Paulo (16), Rio

⁴⁵ **Paulo Capel Narvai** é dentista, mestre e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001.

⁴⁶ **José Alfredo Gomes Arêas** tem graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade de São Paulo (1973), Mestrado em Ciências dos Alimentos pela Universidade de São Paulo (1979), Doutorado em Food Science, University of Nottingham, Inglaterra (1983), Pós-doutorado junto ao Biomembrane Unit, Dep. of Biochemistry, University of Oxford, Inglaterra (1990-1993). Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da FSP/USP (2001-2006).

⁴⁷ **Alexandre Dias Porto Chiavegatto Filho** possui graduação em Economia pela FEA/USP, doutorado direto em Saúde Pública pela FSP/USP e pós-doutorado na Universidade de Harvard. É professor doutor do Departamento de Epidemiologia da FSP/USP na área de estatísticas de saúde, orientador dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e Saúde Global da USP e coordenador de cursos sobre o uso do R para a análise de dados e sobre machine learning em saúde.

⁴⁸ **Patricia Constante Jaime** é nutricionista. Mestre e Doutora em Saúde Pública USP. Pós-Doutora em Epidemiologia Nutricional pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde - NUPENS / USP e em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido. Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP).

⁴⁹ **Carlos Augusto Monteiro** é médico, mestre em medicina preventiva, doutor em saúde pública, todos cursados na USP, e pós-doutor pelo Instituto de Nutrição Humana da Columbia University. **Eliseu Alves Waldman** possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1972), residência médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (1973-1976); mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade de São Paulo (1982) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1991) e pós-doutorado no Departamento de Epidemiologia da School of Public Health of the Johns Hopkins University, Baltimore, EUA. É professor do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Ivan França Junior** é graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1984), é mestre (1993) e doutor (1998) em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É Livre Docente pelo Departamento de Saúde Materno-Infantil (2010) da Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP). É professor, desde 1998, no Depto de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade (antigo Saúde Materno-Infantil) na FSP/USP, com dedicação integral à docência e à pesquisa. **Chester Luiz Galvão Cesar** possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Medicina Social pela London School of Hygiene and Tropical Medicine - University of London (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1989). Atualmente é Professor Titular Sênior da Universidade de São Paulo.

⁵⁰ **Deisy de Freitas Lima Ventura** é advogada, mestre em direito comunitário e europeu, doutora em direito internacional. Professora de direito internacional e livre-docente do instituto de relações internacionais da universidade de são paulo (IRI-USP); professora da faculdade de saúde pública (FSP) da usp e vice-coordenadora do programa de pós-graduação em saúde global e sustentabilidade. **Sueli Gandolfi Dallari** é advogada, possui mestrado, doutorado e Livre-Docência em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado em direito médico pela Université de Paris XII (França) e em saúde pública pela Columbia University (EUA). Atualmente é professora titular da Universidade de São Paulo.

⁵¹ **Wanda Maria Risso Günther** é graduada em Engenharia Civil pela Escola de Engenharia Mauá/IMT (1981) e Ciências Sociais pela Faculdade Filosofia, Letras e Ciências Humanas/USP (1986). É especialista em Engenharia de Saúde Pública pela FSP/USP (1985). Tem Mestrado (1993) e Doutorado em Saúde Pública (1998) pela Universidade de São Paulo, Pós-doutorado no Departamento de Geologia e Geoquímica da Universidad Autónoma de Madrid (2010) e Livre Docência em Gestão Ambiental (USP). É professora titular do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública/USP.

de Janeiro (2), DF (1), Ceará (1), Amapá (1), Rio Grande do Sul (1) e Goiás (1), evidenciando um predomínio da região Sudeste do Brasil (18).

Sobre a formação, a partir da classificação temática das áreas do conhecimento pela CAPES (2014), os estudantes apresentam a seguinte distribuição disposta nas figuras abaixo.

Figura 3 – Percentual dos cursos de graduação e mestrado dos alunos do programa de doutorado em saúde global e sustentabilidade da USP (2014 – 2015)

Com relação às áreas do conhecimento dos cursos de graduação e mestrado cursados pelos estudantes, há predominância de cursos na área de ciências humanas na graduação, e cursos na área de ciências da saúde no mestrado, mais especificamente, na área de saúde pública. Estes dados apresentam um cenário interessante de abertura à interdisciplinaridade durante a pós-graduação, colocando o doutorado em saúde global e sustentabilidade da USP no fluxo contemporâneo de produção do conhecimento. O *background* dos estudantes durante a graduação e mestrado garante uma diversidade considerável e necessária aos temas constituintes do escopo temático abordados pelo programa.

Em relação às linhas de pesquisa (quadro 1), do total dos estudantes, apenas 23 responderam corretamente a esta questão do inquérito. Dois mencionaram apenas a linha principal de pesquisa, esquecendo-se de informar a sublinha; e 1 respondeu com duas sublinhas de pesquisa, o que tornou impossível considerar válida sua resposta; e, um quarto respondente não contestou à pergunta. Conforme se nota no quadro abaixo, a linha de pesquisa 2 abrigava 51,85% dos estudantes, sendo a sublinha 2.1 com 40,74% a que tem maior peso entre todas as sublinhas de pesquisa. A sublinha 1.1 também apresenta uma percentagem razoável: 25,93%, que somada à

sublinha 1.2, corresponde a 33,3%. Excluindo os que responderam erroneamente, as sublinhas 2.1 e 1.1 representam 75% dos estudantes.

Quadro 8 – Linhas e sublinhas de pesquisa do programa de doutorado em saúde global e sustentabilidade da USP (2013 a 2015)

Linha e sublinha de pesquisa	N=27
Linha 1: Políticas, sistemas e instituições internacionais de saúde global e ambiente sustentável	
Sublinha 1.1: Funções de Estado, políticas, instituições e sistemas internacionais de saúde e ambientais	7 (25,93%)
Sublinha 1.2: Segurança sanitária, segurança nutricional, alimentar e ambiental	2 (7,41%)
Linha 2: Sustentabilidade, deslocamentos humanos e modos de vida no contemporâneo	
Sublinha 2.1: Mobilidades, deslocamentos humanos e modos de vida no contemporâneo	11 (40,74%)
Sublinha 2.2: Sustentabilidade e inovação tecnológica	3 (11,11%)
NS/NR	4 (14,81%)

As disciplinas cursadas pelos estudantes do programa, boa parte delas (21) foram ministradas na FSP, na Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas (FFLCH) (6); no Programa de pós-graduação em Ciência Ambiental do Instituto de Energia e Ambiente (PROCAM - IEE) (5); no Instituto de Relações Internacionais (IRI) (3); na Faculdade de Medicina (FMUSP) (1); Faculdade de Direito (FD) (1); e, na Escola de Comunicação e Artes (ECA) (1). Já em relação as disciplinas oferecidas pela FSP, a disciplina denominada Fundamentos de Saúde Global e Sustentabilidade foi cursada por 7 alunos, seguida de Seminários de Pesquisa Social: Teorias, Métodos e Técnicas de Investigação (4); Políticas e Instituições de Saúde Global no Contexto da Globalização (3); Sistema de Informações Ambientais para o Desenvolvimento Sustentável (2); e, Metodologia e Divulgação do Artigo Científico (2). As outras disciplinas foram cursadas exclusivamente por 1 estudante. Dentre as respostas que não foram incluídas encontram-se as dos recém ingressantes no programa, e que ainda não haviam feito inscrição em nenhuma disciplina, e os estudantes que disseram não se lembrar por terem cursado várias disciplinas.

Dentre as perguntas do questionário, resolvemos elaborar uma pergunta aberta e indagar os estudantes do programa sobre o conceito de saúde global e sustentabilidade ao qual estavam mais familiarizados. O quadro abaixo apresenta os resultados do uso da ferramenta *web* WordList® na categorização das respostas.

Quadro 9 – Palavras mais recorrentes nas definições dos alunos do programa de saúde global e sustentabilidade da USP (2014 – 2015) na definição dos conceitos de saúde global e sustentabilidade ao qual estavam mais familiarizados

Palavra	Nº	Palavra	Nº	Palavra	Nº
Saúde	21	Mundo	5	Ambientais	3
Global	8	Fronteiras	4	Contexto	3
Planeta	5	Sustentável	4	Concepção	3
Questões	5	Estudo	3	Conhecimento	3
Problemas	5	Pessoas	3	-	

O baixo índice de resposta à única pergunta aberta do questionário, que indagava o conceito de SGS, possivelmente teve os seguintes motivos: possibilidade de identificação dos questionários por tratar-se de uma população pequena, fazendo com que informações únicas e muito específicas, relacionadas a um único integrante do programa propiciasse sua identificação; receio por parte dos respondentes de terem suas respostas à questão avaliadas academicamente; e finalmente, a polissemia do conceito saúde global pode ter funcionado como um fator de incerteza acerca do tema, desencorajando alguns respondentes.

A partir do quadro 8, que apresenta os resultados do uso da ferramenta *web* WordList®, os autores propõem uma segunda categorização, de sentido e significado das palavras em cinco grupos:

- 1) O grupo da saúde com 21 citações. Esperava-se a maior recorrência desta palavra por tratar-se do grande tema do programa e com o qual, teceremos relações com os demais grupos de palavras.
- 2) O segundo grupo expressa a questão da territorialidade e/ou da falta dela: global (8); planeta (5); mundo (5) e fronteiras (4). É consenso entre os discentes que a nova abordagem em saúde se dá em uma perspectiva global. Nas respostas, as referências centram-se na insurgência do termo saúde global como resposta ao contexto globalizado

da saúde hoje e da complexidade inerente a esta conjuntura, considerando a escala global de assuntos de difícil resolução nacional com repercussão na saúde das populações como um todo, extrapolando os níveis nacionais e as fronteiras políticas, econômicas e territoriais.

- 3) O terceiro grupo expressa a complexidade inerente ao termo saúde global e sustentabilidade e é composto por duas palavras que aparecem em terceiro lugar em termos de recorrência: questões (5) e problemas (5).
- 4) O quarto grupo refere-se mais ao termo sustentabilidade, por meio das seguintes palavras: sustentável (4); pessoas (3); e, ambientais (3). O curioso é que este grupo apareceu, mais frequentemente, dissociado da palavra “saúde”, demonstrando uma dificuldade dos alunos em fazer o inter-relacionamento em suas respostas dos termos saúde global e sustentabilidade. As respostas dividiram-se entre aqueles que se preocupam mais com as questões de saúde em âmbito global, e aqueles que pensaram saúde global como questões e problemas ambientais ou pandemias. Este pode ser um efeito da polissemia em torno do conceito saúde global e da complexidade proveniente da associação entre o referido termo com outro conceito igualmente polissêmico: a sustentabilidade.
- 5) E finalmente, no quinto grupo, as palavras relacionam-se com a questão da investigação a ser empreendida para compreensão dos problemas a que se propõem os estudos e pesquisas no âmbito da saúde global e a sustentabilidade. Composto pelas palavras concepção (3); estudo (3); contexto (3); e, conhecimento (3); constam nas respostas, afirmações a respeito da falta de consenso e consequente multiplicidade de conceitos e abordagens, e a necessidade de estudos interdisciplinares para dar conta da referida complexidade da área.

A diversidade de conceitos expressos pelos estudantes a respeito do termo Saúde Global e Sustentabilidade, vão ao encontro do entendimento de Matta & Moreno (2014, p.12) a respeito da definição de saúde global como um campo que

[...] permanece em disputa entre os diversos atores e instituições que defendem seu uso acadêmico e político, apresentando diversas definições atreladas às novas necessidades de saúde em todo o planeta, bem como o entendimento de que essas necessidades e soluções constituem um desafio comum a todos os países.

Os referidos autores trazem ainda uma definição de saúde global que se relaciona aos achados nesta pesquisa, da “saúde global [entendida como] um construto social do campo científico e político em busca de estabilidade para impor-se como um novo paradigma na área político-sanitária internacional”.

O programa de doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo integra a vanguarda de iniciativas globais de compreensão do que se chama hoje, de “nova ordem mundial” (FORTES, 2015) e a referida interdependência planetária, ao congregar em seu escopo temas de investigação complexos, urgentes, emergentes, reemergentes e caros à vida das populações. O que torna o doutorado em SGS inovador, é a constituição de uma proposta dinâmica de interdisciplinaridade do programa desde a sua concepção, formação do corpo docente e discente; a identidade multicultural do programa – ainda tímida, mas existente, que reflete-se positivamente nas trocas de experiência em sala de aula e na constituição da identidade de programa; e, as próprias experiências profissionais e acadêmicas acumuladas pelos alunos que vêm de distintas áreas do conhecimento, que contribuem para análises não ortodoxas e mais próximas da realidade, tão necessárias na abordagem de um assunto complexo, que é a saúde das populações e dos ambientes em contexto global.

O programa SGS da USP integra o movimento de constituição de uma identidade própria da saúde global e sustentabilidade na AL em diálogo com outras regiões das Américas e de outros continentes, particularmente, ao aprofundar-se nas questões de saúde e ambientais, numa perspectiva crítica e analítica sobre os conflitos de interesses internacionais. Certamente, ao lidar com estes compromissos, de formação e pesquisa, estará contribuindo para um novo campo de conhecimento. A pesquisa realizada demonstra que os futuros profissionais de campo, pesquisadores, professores e influenciadores formados pelo programa apresentam perfil adequado para atuação, pesquisa e negociação em nível global. Considerando-se que outros países da América Latina estão formando mais profissionais, pesquisadores e professores habilitados a discutir criticamente saúde em um contexto global, em alguns anos, o continente terá um bom arsenal de pesquisadores empoderados para enfrentar e discutir saúde e ambiente sustentável em fóruns globais, numa perspectiva que leve em conta sua realidade sociodemográfica e territorial. Habilidade necessária se considerarmos os avanços do capital transnacional e o rastro de destruição ambiental, de pobreza e desemprego deixado por ele.

4.2 BRASIL: Centro Rio de Saúde Global – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

O Centro Rio de Saúde Global⁵² tem sede na UERJ e tem como missão “fortalecer vínculos que expandam o debate acadêmico e estimulem a ação intersetorial relacionada aos determinantes dessa realidade global crescentemente interconectada”. Entende a “saúde global [como] a saúde das populações num contexto que transcende as perspectivas e preocupações das nações individuais” (Centro Rio de SG – 2018).

De acordo com página do Centro Rio divulgada na internet, o centro conferirá relevância destacada a

projetos colaborativos [que explorem] os efeitos combinados da adversidade social e dos altos níveis de estresse psicossocial que resultam em complexos padrões de saúde, como por exemplo, as combinações de condições infecciosas e não infecciosas, e de alternativas além da capacidade atual de o setor saúde lidar de modo abrangente e efetivo (Centro Rio de SG – 2018).

A eleição deste tema não muito recorrente na SG latino-americana, provavelmente esteja relacionado com o área de atuação de um dos coordenadores da iniciativa, o professor Francisco Ortega, que segundo informações da página do centro “desenvolve pesquisas sobre a introdução de políticas de saúde mental global no Brasil e os desafios no desenvolvimento e implementação de cuidados de saúde mental primários no Brasil e na América Latina com foco no papel dos ambientes urbanos”.

A prioridade das atividades do Centro Rio voltam-se às “demandas prioritárias dos países de baixa e média renda, como o Brasil, [...]” e tem como objetivo geral

fomentar a disseminação de conhecimento e o debate sobre temas de saúde global. Para tal o Centro visa impulsionar conteúdos de crescente interesse em vários países, em resposta a múltiplos desafios relacionados a saúde populacional, cujos determinantes extrapolam as fronteiras nacionais. O Centro tem como objetivos focais:

- a) Promover discussões internacionais;
- b) Promover educação e treinamento à nível acadêmico sobre os temas da saúde global;
- c) Colaborar com e receber pesquisadores locais e internacionais;

⁵² Para saber mais, acessar o site: <http://centroriosaudeglobal.org> .

- d) Disseminar informação tanto ao público discente/docente assim como ao público “leigo” sobre saúde global;
- 5) Contribuir para a expansão de conexões internacionais em curso vinculadas ao tema de saúde global.

Sua equipe é pequena quando comparada a de outras instituições de SG na AL, conta com 1 coordenador geral⁵³ – médico; 3 coordenadores – 1 filósofo⁵⁴, 2 médicos⁵⁵ e 2 pesquisadoras associadas – 1 médica⁵⁶ 1 nutricionista⁵⁷. O Centro Rio tem duas linhas de pesquisa: avaliação de tecnologias em saúde global e saúde mental global, e mantém parceria com o Instituto de Medicina Social da UERJ, *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, *Imperial College London* e *London School of Hygiene & Tropical Medicine*.

Até o momento, a única atividade voltada à formação profissional e educativa de estudantes em SG na AL tocada pelo Centro Rio é a disciplina eletiva conduzida em parceria com os programas de pós-graduação da UERJ – Saúde Coletiva e Alimentação, Nutrição e Saúde do INU/Uerj. Trata-se do curso Panoramas da Saúde Global⁵⁸, que foi considerado como uma atividade-início de uma série de eventos pré 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – o Abrascão 2018. Nas palavras do coordenador geral do Centro Rio, Eduardo Faerstein:

Em meio à conjuntura político-econômica regressiva que vivemos tanto em nosso país como no mundo em geral, iniciativas multilaterais como a Agenda 2030, que traz os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), podem representar trincheiras de resistência, na medida em que sejam acompanhadas de processos radicalmente inclusivos e democráticos de debate e decisão. Nosso Centro busca somar-se às iniciativas em curso sobre a Agenda 2030, tanto as adotadas por instituições governamentais, como a Fundação Oswaldo Cruz, como as encampadas pela sociedade civil (Centro Rio, 2017).

⁵³ **Eduardo Faerstein** é médico, mestre em Medicina Social pelo IMS/UERJ e doutor em Epidemiologia pela Johns Hopkins University / EUA. É professor associado e chefe (2013-15) do Departamento de Epidemiologia do IMS-UERJ, onde integra o corpo permanente do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Saúde Coletiva. É coordenador-geral do Centro Rio de Saúde Global. Tem atuado principalmente nas seguintes áreas: determinantes sociais da saúde, epidemiologia do curso de vida, doenças crônicas não transmissíveis do adulto, saúde da mulher e métodos epidemiológicos. Ocupa uma vice-presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) para o triênio 2015-18. Para acessar informação completa, acessar: http://centroriosaudeglobal.org/?page_id=48.

⁵⁴ **Francisco Javier Ortega Guerrero** é filósofo, professor associado do IMS/RJ e também diretor do Centro Rio de Saúde Global da UERJ.

⁵⁵ **Kenneth Camargo Jr** é médico, mestre e doutor em saúde coletiva. Atualmente é professor associado da UERJ. Vice-presidente da ABRASCO no mandato 2008-2010. Vice-presidente honorário para América Latina e Caribe da American Public Health Association. **Mario Dal Poz** é médico, mestre em saúde coletiva e doutor em saúde pública. É professor associado do IMS/RJ.

⁵⁶ **Ana Carolina Feldenheimer da Silva** é nutricionista, mestre e doutora em saúde pública pela USP. Atualmente é professora adjunta do Departamento de Nutrição Social UERJ.

⁵⁷ **Anete Trajman** é médica, mestre em clínica médica UFRJ. Atualmente é professora visitante no IMS/RJ.

⁵⁸ Para saber mais, consultar: <http://site.ims.uerj.br/2017/09/20/vai-comecar-o-curso-panoramas-da-saude-global-no-ims-uerj/>

O curso foi dividido em 10 sessões, onde a cada dia, um ODS foi debatido por um palestrante e até dois debatedores convidados. As sessões foram realizadas no auditório do IMS/Uerj e tiveram transmissão *online*, com apoio do Laboratório de Telessaúde da UERJ. Convém mencionar que a UERJ passou inúmeras dificuldades financeiras e legais nos últimos três anos no governo de transição Dilma – Temer, e isso poder ter atrapalhado o planejamento e execução de ações do Centro Rio de Saúde Global – UERJ.

4.3 BRASIL: Fiocruz – I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde

Em 2008 a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) inaugurou o primeiro curso de especialização em saúde global e diplomacia em saúde, em Brasília. Segundo Almeida (2010, p. 148) a ideia era, por meio do curso, estruturar a área de saúde internacional na instituição e formar recursos humanos na área. Em 2006, a ideia começou a tomar forma e um grupo de trabalho foi instituído. A autora destacou a atuação de Paulo Buss, presidente da Fiocruz na época, José Roberto Ferreira, Diretor da Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz, que se transformou no Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (CRIS); Antonio Ivo de Carvalho, que foi diretor da ENP/Fiocruz; e Mario Rovere, especialista na área e consultor da OPS e da Fiocruz, e que foi coordenador de em 2007 do Seminário Internacional sobre Saúde Internacional – Rosario, Argentina; e Ulysses Panisset, consultor da OPS em Washington e, 2010, na OMS em Genebra.

A ementa do curso foi elaborada a partir do grupo de pesquisa CNPq Saúde Global e Diplomacia da Saúde (2008). A primeira e única edição do curso ocorreu em Brasília – DF, de maio de 2008 a abril de 2009, e teve como alunos representantes de diferentes instituições, como os departamentos da ENSP/Fiocruz, unidades técnicas da Fiocruz (Instituto Oswaldo Cruz–IOC; Casa de Oswaldo Cruz–COC; Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde–CDTS; e o Centro de Relações Internacionais da Fiocruz– CRIS), o Instituto de Relações Internacionais–IREL da Universidade de Brasília, o Instituto de Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica–PUC, do Rio de Janeiro, e professores de distintas áreas das relações internacionais que atuavam em outras instituições. No total, entre desistências, 26 alunos se formaram no referido curso em 2009. Grande parte deles, trabalhava no Ministério da Saúde brasileiro, e ‘73% [tinham] formação básica em áreas não propriamente da saúde,

sendo que 36,7% [eram] formados em relações internacionais’. Os professores foram ‘diplomatas e profissionais do Ministério das Relações Exteriores–MRE e autoridades do Ministério da Saúde–MS, do Brasil, [...] profissionais da Opas, de Washington, e da OMS, de Genebra[...]’(ALMEIDA, 2010, p.157).

O objetivo geral do curso foi ‘capacitar os alunos para analisar e discutir as relações entre a dinâmica da globalização e seu impacto sobre as políticas de saúde, os sistemas de saúde e proteção social e a saúde das populações em nível nacional e internacional’, e como objetivos específicos:

- 1) Analisar e discutir as formas como a globalização está impactando as políticas de saúde, os sistemas de saúde e a saúde das populações (em nível nacional).
- 2) Analisar e discutir que políticas (em nível nacional e global) são necessárias para responder aos desafios impostos por esses processos e evitar (ou pelo menos minimizar) o ônus que acarretam para a saúde das populações.
- 3) Analisar e discutir as questões relativas à saúde global que impactam as relações internacionais.
- 4) Identificar e analisar as questões relativas à saúde que são intrínsecas às relações internacionais.
- 5) Desenvolver os conhecimentos necessários para subsidiar o debate sobre relações internacionais e saúde.
- 6) Apoiar o processo de decisão para a construção e implementação de políticas voltadas para o alcance de maior equidade nos sistemas de saúde e de proteção dos bens públicos globais capazes de colaborar para o bem-estar da humanidade.

Abaixo segue um quadro síntese da estrutura do curso e coordenações do I Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia da Saúde (ALMEIDA, 2010, p.158).

COORDENAÇÃO GERAL: Celia Almeida (ENSP/Fiocruz), Rodrigo Pires de Campos (DIREB-Fiocruz/Brasília) e José Paranaquá de Santana (OPAS/Escritório de Representação no Brasil, Brasília)		
UNIDADE APRENDIZAGEM	HORAS	COORDENAÇÃO
UA 1 – Introdução ao tema da Saúde Global	30 horas	Celia Almeida, MD, MPH, PhD (ENSP/Fiocruz). Colaboração do CRIS/Fiocruz e de professores do IREL/UNB.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida, MD, MPH, PhD (ENSP/Fiocruz) e José Paranaquá Santana, MD, MPH (OPAS–Representação do Brasil, Brasília/Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos). Colaboração de Paulo Buss, do CRIS/Fiocruz.
UA2 – Saúde Global e Política Externa Brasileira: perspectiva histórica	30 horas	Gilberto Hochman, Doutor em Ciência Política (COC/Fiocruz). Colaboração de professores do IRI/PUC, Rio de Janeiro.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana. Colaboração de Paulo Buss e do CRIS/Fiocruz.
UA 3 – Cooperação Internacional: conceitos e práticas	60 horas	Rodrigo Pires de Campos, Doutor em Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Universidade Católica de Brasília-PUC, DIREB/Fiocruz. Colaboração da OPAS/Brasília e do CRIS/Fiocruz.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana. Colaboração de Paulo Buss.
UA 4 – Globalização e saúde	30 horas	Andrés Ferrari Haines, Mestre e Doutor em Economia (IEI/UFRJ; FE/UFF; ENSP/FIOCRUZ). Colaboração de professores dos Institutos de Economia da UFRJ e da UNICAMP.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana.
UA 5 – Globalização e reformas do setor saúde	30 horas	Celia Almeida, MD, MPH, PhD (ENSP/Fiocruz). Colaboração de Mario da Poz, OMS/Genebra, Cesar Veira, ex-OPAS/Washington
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana Colaboração de Paulo Buss.
UA 6 – Transnacionalização dos riscos	45 horas	Carlos Machado de Freitas, Doutor em Saúde Pública (ENSP/CESTEH/FIOCRUZ).
UA 10 – Instrumental	2 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana Colaboração de Ulysses Panisset e de David L. Heymann, da OMS/Genebra.
UA 7 – Globalização e Ciência e Tecnologia e Saúde	30 horas	Claudia Chamas, Doutora em Ciências (Biofísica) (IOC/FIOCRUZ)
UA 10 – Instrumental	2 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana Colaboração de Paulo Buss.
UA 8 – Globalização e recursos humanos em saúde	30 horas	Célia Pierantoni, Doutora em Saúde Coletiva (IMS / UERJ); José Paranaquá Santana, MD, MPH (OPAS–Representação do Brasil, Brasília/Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos); José Roberto Ferreira, Doutor Honoris Causa, ENSP/Fiocruz. Colaboração da Secretaria de Recursos Humanos do MS/Brasil.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana.
UA 9 – Diplomacia da saúde	45 horas	Rodrigo Pires de Campos, Doutor em Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, Universidade Católica de Brasília-PUC, Brasília, e DIREB/Fiocruz, Brasília. Colaboração de professores do IREL/UNB, diplomatas e profissionais do MRE/Brasil.
UA 10 – Instrumental	4 horas	Celia Almeida e José Paranaquá Santana.
SUB-TOTAL	360 horas	
Elaboração do Trabalho de Fim de Curso (TFC)	100 horas	Apoio e acompanhamento de 12 tutores, de diferentes instituições. TFC apresentados como posters na sessão de encerramento do Curso.
TOTAL	460 horas	

Fonte: ALMEIDA, C. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.148-164, mar., 2010. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19077/2/355-1619-1-PB.pdf> . Acesso: 31 de julho de 2018.

De acordo com Almeida (2010, p. 160), deste curso, surgiria uma pós-graduação *stricto sensu* denominada Mestrado em Saúde Global e Diplomacia da Saúde, e o curso de especialização seria mantido. De fato, em novembro de 2011, a Fiocruz e a OPAS abriram as inscrições para a primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde com 30 vagas. De acordo com a página Informe ENSP (2011)⁵⁹,

o mestrado tem por foco capacitar os alunos para analisar e discutir as relações entre a dinâmica do sistema mundial e seu impacto sobre a saúde das populações, em nível nacional e internacional, e também atuar nos âmbitos da saúde global e da diplomacia da saúde.

Infelizmente, não encontramos mais informações acerca da conclusão das turmas e dos trabalhos do II Curso de Especialização em Saúde Global e Diplomacia em Saúde, e tão pouco, do I Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde.

4.4 MÉXICO: Programa de Salud Global do INSP Instituto Nacional de Salud Pública México (INSP)

*“Salud global
un bien público
un tema de justicia social
un derecho universal”⁶⁰*

O Instituto Nacional de Salud Pública do México (INSP) é membro fundador e coordenador da ALASAG. A instituição sediou o I Congreso de Salud Global da entidade em abril de 2010 e atualmente abriga em sua plataforma digital o curso *Fundamentos de la salud global en América Latina*. Tem como missão é “contribuir para o avanço da saúde global e equidade social por meio de estratégias de pesquisa, ensino, vinculação e cooperação técnica, no interior do INSP e em âmbito nacional, regional e mundial.”⁵⁹ (INSP – México, 2017, p.1, tradução nossa).

Segundo informações contidas em seu site na internet, o programa possui três objetivos:

⁵⁹ Para consultar a notícia: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/27386>

⁶⁰ Tradução nossa: “Saúde global, um bem público, um tema de justiça social, um direito universal”. Lema do programa saúde global do INSP/México.

Desenvolver e capacitar recursos humanos de alto nível com perspectiva de saúde global que sejam capazes de analisar, com profundidade local e alcance global, os desafios que enfrenta a saúde pública e responder a eles prontamente. [...]

Incentivar e orientar a geração e condução de projetos de pesquisa interdisciplinares com foco em saúde global que responda a questões prioritárias de saúde pública na região das Américas e em âmbito mundial. [...]

Impulsionar e promover a colaboração horizontal vinculando pessoas e instituições por meio de alianças estratégicas com a finalidade de fomentar o diálogo e a cooperação para responder problemas e riscos de saúde emergentes e re-emergentes.

^{xvi} (INSP – México, 2017, p.1-2, tradução nossa).

O INSP/México possui reconhecimento e acreditação pelos seguintes órgãos internacionais: *Council on Education for Public Health* (CEPH), *International Network of Member Institutions for Higher Education in International/Global Health* (TropEd)⁶¹, e *Association of Schools of Public Health in the European Region* (ASPHER). De acordo com levantamento feito no site do programa de SG do INSP/México, a instituição mantém rede de pesquisa e/ou colaboração com 64⁶² pesquisadores distribuídos em 7 países latino-americanos, 6 países europeus e 7 países africanos.

No México, o INSP relaciona-se com as seguintes instituições:

- OncoIMSS
- COIDES
- Fundación Mexicana para la Salud A.C. Institución Privada al Servicio de la Comunidad (FUNSALUD)
- *IPAS.Health.Acess.Rights.*
- *Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C (MexFam A.C)*
- *Universidad Autónoma de México (UNAM)*

Na América, os países e instituições com os quais o INSP se relaciona são:

1. Colômbia

- CIES
- *Universidad Nacional de Colômbia*

⁶¹ Antigo *European Network of Institutions for Higher Education in International Health*.

⁶² Por meio de pesquisa na Internet nos sites das instituições aos quais os pesquisadores pertencem, foi possível levantar informações referente as instituições aos quais os pesquisadores fazem parte, país da instituição e área de conhecimento do curso de graduação de 61 dos 64 pesquisadores.

- *Universidad de Antioquia*
- 2. Venezuela
 - LACSO/Observatório de Violência Venezuelano
- 3. Brasil
 - Universidade do Estado do Ceará
 - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
- 4. Peru
 - ECOSAD/ *Universidad Nacional Mayor de San Marcos* / CoPEH-LAC
- 5. Costa Rica
 - *International Health Central American Institute Foundation* (IHCAI)
 - Chile
 - *Universidad Católica de la Santísima Concepción* (UCSC)
 - *Universidad de Chile*
- 6. Nicarágua
 - Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia – Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud (CNDR / MINSA)
- 7. Estados Unidos da América
 - *UC Berkely*
 - *Harvard University – Medical School*
 - *Johns Hopkins University*
 - *Northeastern University – College of Social Sciences and Humanities*
 - *Brown University School of Public Health*
 - *University of Miami's*

Na Europa, os países e instituições com os quais o INSP se relaciona são:

- 1. Alemanha
 - *Deutsche Gesellschaft Fur Internationale Zusammenarbeit*
- 2. Espanha
 - *Universidad de Navarra*
 - *Instituto Catalán de Oncología* (ICO)
- 3. Suíça
 - *Council on Health Research for Development* (COHRED)

- Université de Genève
4. Reino Unido
 - *London School of Hygiene and Tropical Medicine*
 - *Health Action Partnership International (HAPI)*
 5. França
 - *International Agency for Research on Cancer*
 - *Euroquality SARL (EQY)*
 6. Portugal
 - Sociedade Portuguesa de Inovação (SPI)

Na África, os países e instituições com os quais o INSP se relaciona são:

1. África do Sul
 - *University of the Witwatersrand Johannesburg*
 - *Centre for Health Policy (CHP)*
2. Quênia
 - *University of Nairobi*
3. Tanzânia
 - *Ifakara Health Institute Trust*
 - *National Institute for Medical Research (NIMR)*
4. Gana
 - *School of Public Health (SPH)*
5. Tunísia
 - *University Hospital Farhat Hached (UHFH)*
6. Ruanda
 - *National University of Rwanda – School of Public Health*
7. Zâmbia
 - Escola de Humanidades e Ciências Sociais da Universidade do Zâmbia (UNZA)

Segundo classificação do Instituto, os temas de pesquisa mais trabalhados no INSP/México são: saúde ambiental, doenças crônicas-degenerativas, saúde materna e infantil, estilos de vida, medicamentos, determinantes sociais de saúde, migração, tabaco, nutrição e grupos vulneráveis. De acordo com o site do programa, entre os anos de 2010 a 2015 foram iniciadas

16 linhas pesquisa e/ou projetos de pesquisa⁶³ que seguem abaixo. Destacamos as linhas de pesquisa que contém, ou contiveram, pesquisadores da área das CheS em SG na AL:

1. *Iniciativa de Liderazgo para Desarrollo del Campo de Ecosalud y Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV's)*

Ano: 2012.

Órgão(s) financiador(es): coordenada pelo INSP/México, em conjunto com CEIS/Colômbia, *Laboratorio de Ciencias Sociales* (LACSO/Venezuela), e a Red de Comunidad de Práctica sobre el Enfoque Ecosistémico en Salud Humana (Red CoPEH-LAC/del nodo Venezuela).

Dentre os 9 pesquisadores⁶⁴ integrantes desta linha de pesquisa, 6 são médicos – 1 deles é doutor em Antropologia, 1 é enfermeira e 2 integram a área das CheS – 1 sociólogo e 1 cientista política.

2. *SDH-Net: Desarrollo de la capacidad de investigación sostenible para la salud y sus determinantes sociales en países de medianos ingresos*

Ano: 2011.

Órgão(s) financiador(es): Comissão Europeia – Sétimo programa para o desenvolvimento de pesquisa e tecnologia (FP7 – *Seventh Framework Programme for Research and Technological Development*).

Dentre os 5 pesquisadores⁶⁵ integrantes desta linha de pesquisa, 1 é médico, 1 é psicóloga, e o restante integra a área das CheS – 1 sociólogo, 2 educadores. Esta linha parece integrar o grande projeto voltado aos Determinantes Sociais da Saúde, e parece importante para o México porque incluíram nela pesquisadores experientes e com atuação internacional: Dr. Nelly e Dr. Block; ambos pertencentes a área das CheS.

⁶³ Optamos por manter o nome das linhas de pesquisa no idioma de origem por questões autorais, de criatividade, e porque a tradução de alguns termos poderia comprometer o entendimento e busca na internet.

⁶⁴ **Roberto Briceño León** – sociólogo – (LACSO/Venezuela), **Olga Ávila** – cientista política, (LACSO/Observatório de Violência Venezuelano, Venezuela), **Andrea Caprara** – médico com doutorado em Antropologia (Universidade do Estado do Ceará).

⁶⁵ **V. Nelly Salgado de Snyder** (Investigadora Principal) – psicóloga – INSP/México; **Miguel Angel Gonzalez Block** – graduado em ciências naturais e antropología social e doutor em sociología – Diretor Adjunto do Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS/INSP/México), **Laura Magaña Valladares** – licenciada em Educação, Mestre em Tecnologia Educativa, Doutora em Administração Educativa – INSP/México.

3. *Desarrollo de mosquitos transgénicos resistentes a la transmisión de malaria y dengue*
Ano: 2011.

Órgão financiador: *Fondo de cooperación internacional de ciencia y tecnología.*

4. *Colaboración con IdiPAZ*

Ano: 2011.

Órgão financiador: não há informação no site.

5. *Molecular Subtypes of Premenopausal Breast Cancer in Latin American Women (PRECAMA): a multicenter population based case-control study*

Ano: 2012.

Órgão financiador: não há informação no site.

6. *Multilateral association for studying health inequalities and enhancing north-south and south-south Cooperation (MASCOT)*

Ano: 2014.

Órgão financiador: não há informações no site. Provavelmente o recurso vem da Suíça porque é o país coordenador do projeto *Council on Health Research for Development – Coordinador (COHRED)*.

Dentre os 3 pesquisadores⁶⁶ integrantes desta linha de pesquisa 1 é sociólogo, 1 é economista, 1 é enfermeiro.

7. *Optimizing the Prevention Response to HIV AIDS: Technical Efficiency in Prevention*
2012

Ano: 2014.

Órgão financiador: não há informações no site.

⁶⁶ **Miguel Angel Gonzalez Block** – graduado em ciências naturais e antropologia social e doutor em sociologia – Diretor Adjunto do Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS/INS/México), **Víctor Becerril Montekio** – Licenciado em Economia, mestre e especialista em Sociologia da Cultura pela Universidade de Paris VIII, Professor de Taichi (INSP/México).

Dentre os 12 pesquisadores⁶⁷ integrantes desta linha de pesquisa temos 1 sociólogo-cientista político, 1 sociólogo-economista, 1 sociólogo-filósofo, 5 economistas e 3 médicos.

8. *Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH/TS, y UDI de ambos sexos 2014*

Ano: 2014.

Órgão financiador: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria - Ronda 9.

Dentre os 3 pesquisadores⁶⁸ 1 é antropólogo e doutor em sociologia, 1 é psicólogo e 1 é especialista em educação.

9. *Estudio molecular de los parásitos de Plasmodium vivax que persisten en México y Nicaragua 2014*

Ano: 22 Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informações no site.

⁶⁷ **Sergio Bautista Arredondo** – economista, com mestrado em Economia da Saúde (INSP, México). **Sandra G. Sosa Rubí** – economista, ha colaborado en proyectos para analizar la eficiencia de intervenciones de prevención de VIH en Brasil (INSP/México). **Raluca Buzdugan** – bacharel em sociologia e ciência política, mestrado em sociologia e Ph.D em population health, research Scientist at UC Berkely, EUA. **Claire Chaumont** – graduação em planejamento e financiamento de políticas de saúde da london school of economics (LSE) e da London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), licenciado em Finanças e Estratégia pelo Instituto de Ciências Políticas de Paris (Sciences Po) (INSP/México), research and Teaching Fellow at Harvard University. **Felix Masiye** – PhD em economia, pós-doutor em saúde global em Harvard, reitor da Escola de Humanidades e Ciências Sociais da Universidade do Zâmbia (UNZA, Zambia – consultor independente no projeto MASCOT). **Joseph Kibuchi Wang’omb** – BA Awarded 1973 by the Universidade de Nairobi / departamento de sociologia, major Subjects - Economics and Sociology, mestrado em economia (Universidade de Nairobi). Ph D (Health Economics) Awarded 1985 by The University of Wales. **Richard G. Wamai** – Sociology/Philosophy, Egerton University, Kenya. Ms.Soc. social policy, University of Helsinki, Finland. Ph.D. in Health Policy, University of Helsinki, Finland. Post doc Public Health Policy, Harvard University School of Public Health. MA Economics (Health) Johns Hopkins University, Baltimore, MD. Assistant Professor – Dep of African American Studies and Integrate Initiative in Global Health at College of Social Sciences and Humanities at Northeastern University/EUA). **Omar Galarraga** – BA Economics (Summa Cum Laude) University of the District of Columbia, MA Economics (Development) American University, Washington, DC,(Brown University, EUA), MA Economics (Health) Johns Hopkins University, Baltimore, MD. PhD Health Economics Johns Hopkins University, Baltimore, MD. assistant professor of health services, policy & practice at Brown University of public health.

⁶⁸ **Miguel Angel Gonzalez Block** – graduado em ciencias naturales e antropología social e doutor em sociología – Diretor Adjunto do Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS/INS/México). **José de Jesús Vértiz Ramírez** – Psicólogo, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México y Maestro en Investigación en Servicios de Salud por la Facultad de Estudios Superiores, Iztacala, de la UNAM, es parte del grupo de Exbecarios del Seminario Mejoramiento de los Servicios de Salud Locales en los Países Centroamericanos, impartido por la Universidad de Tohoku, en Sendai Japón. **Laura Magaña Valladares** – La Dra. Laura Magaña Valladares, es licenciada en Educación.

10. Entendiendo la prevención de exposición a humo de tabaco de segunda mano en dos contextos nacionales 2014

Ano: 22 Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informações.

Nesta linha temos um pesquisador⁶⁹ graduado e doutor em ciência política.

11. Encuesta Mundial Tabaquismo en Jóvenes 2009-2010: Datos para el control del tabaco en México 2014

Ano: 22 Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informação no site.

12. Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención de VIH/SIDA en México

Ano: 22 Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informação no site.

Todos os 3 pesquisadores⁷⁰ são economistas especialistas em economia da saúde.

13. Determinación del contenido de ácidos grasos en alimentos preenvasados habitualmente consumidos en ciudades de Latinoamérica

Ano: 22 Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informação no site.

14. Costo-efectividad y retos de implementación de intervenciones interculturales de salud materna en poblaciones indígenas de México

Ano: 22 Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informação no site.

⁶⁹ **Tonatiuh Tomás González Vázquez** – México – INSP – graduação ciência política – doutorado em ciência política.

⁷⁰ **Sergio Antonio Bautista Arredondo** – México – INSP – economia – mestrado economia da saúde. **Monica Arantxa Colchero Aragonés** – México – INSP – graduação economia – mestrado em ciências – doutorado saúde internacional. **Sandra Sosa Rubí** – México – INSP – economia.

Nesta linha temos um pesquisador⁷¹ antropólogo e doutor em sociologia.

15. Carrera de desarrollo en la investigación en apoyo a los Grupos Temáticos y de Referencia para la Investigación en Enfermedades Tropicales

Ano: 22 Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informação no site.

Nesta linha temos um pesquisador⁷² antropólogo e doutor em sociologia.

16. Age of onset of breast cancer in Latin America and the Caribbean: a multidisciplinary approach to understanding determinants and health policy implications

Ano: Novembro 2014.

Órgão financiador: não há informação no site.

Nesta linha temos⁷³ 1 médico e 1 doutor em saúde pública.

4.5 CHILE: Programa de Salud Global – Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende – Universidad de Chile

O Programa de saúde global da Escola de Saúde Pública Salvador Allende, da Universidade do Chile, foi criado em janeiro de 2011 e tem por objetivos⁷⁴:

Formar alunos de graduação e pós-graduação em Saúde Global, preparando-os para enfrentar um mundo cada vez mais globalizado por meio de uma abordagem interdisciplinar.

Conduzir, promover e fortalecer pesquisas sobre questões de saúde global de relevância e impacto em nosso país e na América Latina.

⁷¹ **Miguel Angel Gonzalez Block** – graduado em ciências naturais e antropologia social e doutor em sociologia – Diretor Adjunto do Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS/INSP/México).

⁷² **Miguel Angel Gonzalez Block** – graduado em ciências naturais e antropologia social e doutor em sociologia – Diretor Adjunto do Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS/INSP/México).

⁷³ **Felicia Knaul** (Harvard Global Equity Initiative / Harvard Medical School, EUA). **Lizbeth López Carrillo** – México – INSP – doutorado saúde pública. **Gustavo Nigenda López** (INSP, México).

⁷⁴ Para saber mais, consultar: <http://www.saludpublica.uchile.cl/escuela/programas-academicos/100336/salud-global>

Gerar e participar de parcerias internacionais, fomentando atividades colaborativas no campo da Saúde Global.

Desenvolver atividades relacionadas ao ambiente da comunidade, divulgando os fundamentos da Saúde Global e questões de saúde que afetam a população com uma perspectiva global.

O programa conta com quatro professores – 1 economista⁷⁵, 2 – médicos⁷⁶, 1 – enfermeira⁷⁷; além de 10 colaboradores que participam das reuniões do programa. Embora exista um programa voltado à saúde global, a Universidade do Chile não conta com nenhum curso – *lato sensu ou stricto sensu*, exclusivamente voltado a esta temática. Ação formadora em saúde global latino-americana tocada por eles ocorre por meio de disciplinas eletivas oferecida a todos os estudantes da universidade.

Em 2017 e 2018, foi ofertada a disciplina de cunho geral para os cursos de graduação denominada Globalização e saúde: desafios para hoje e amanhã, e para a pós-graduação, apenas para o ano de 2017, foi oferecida disciplina Fundamentos aplicados aos desafios atuais da saúde global. Uma ação concreta e exclusivamente voltada à formação acadêmica em saúde global aparece nos planos de trabalho do programa 2012 – 2015, mas em uma efetiva implantação. Cabe recordar que o ensino superior no Chile é privado – quando não é financiado à juros altíssimos pelos quais os estudantes passam 10 a 20 anos pagando e com escasso financiamento público. Atualmente, e devido a uma grande e controversa reforma educacional iniciada pela ex-presidente Michelle Bachelet e mantida no atual governo Piñera – pelo menos até momento, o Chile pretende reverter este cenário educacional.

4.6 COLÔMBIA: *Salud Global – Área Estratégica – Universidad del Norte*

A UdeA não conta com um programa de formação voltado à saúde global. A instituição é signatária da ALASAG e abrigará neste ano, o *V Congreso Latinoamericano y del Caribe de*

⁷⁵ **Alex Alarcón Hein** é economista, mestre em políticas públicas e sociais – Pompeu Fabra / Johns Hopkins, doutor em sociologia – Universidade de Barcelona.

⁷⁶ **Jorge Ramírez Flores** é médico-cirurgião, especialista em saúde pública, mestre em saúde pública – Universidade do Chile, e doutor em saúde pública – Universidade da Califórnia (EUA), e atualmente atua como chefe do corpo acadêmico do programa de saúde global. **Giorgio Solimano Cantuarias** é médico-cirurgião, especialista em pediatria e diretor do programa de saúde global da Universidade do Chile.

⁷⁷ **Valeria Stuardo** é enfermeira, mestre em saúde pública – Universidade Autônoma de Barcelona, doutora em saúde pública – Universidade Pompeu Fabra – Barcelona – Espanha.

Salud Global com o tema: *Políticas globales y su impacto en la salud: la perspectiva latino-americana*.

Já a Universidade do Norte⁷⁸ conta com linha de pesquisa, desenvolvimento e inovação classificado por eles como uma área estratégica, chamada Saúde Global, juntamente com os temas Infância e Juventude, Energia, Biodiversidade e Comércio Internacional. Segundo. A palavra global, tem para eles

uma conotação que vai além do plano geográfico, onde a abordagem adequada das doenças e dos problemas de saúde requerem um olhar que contemple as distintas áreas que o compõem, passando pelo biomédico, o social, econômico, ambiental, legal e etc... Ou seja, falar em global, significa falar em uma visão holística dos problemas de saúde. Tal visão exige um trabalho multidisciplinar e apoio de vários países.

Após expressar a necessidade de uma visão holística da saúde global, a Universidade do Norte da Colômbia apresenta como objetivo geral da área 'estabelecer as bases de um programa global de saúde por meio da caracterização epidemiológica e biomédica de fatores de risco associados à síndrome metabólica e doenças infecciosas (HIV/AIDS e superinfecções bacterianas associadas a infecções respiratórias). E expõem seus 20 objetivos específicos:

- 1) Determinar a prevalência de síndrome metabólica e fatores de risco nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) durante o período de 2011-2013 na população adulta e no grupo de idosos na cidade de Barranquilla.
- 2) Estimar a eficácia de uma intervenção metabólica nutricional e nutricional na população adulta com a síndrome metabólica de Barranquilla.
- 3) Estimar a eficácia de uma intervenção em atividade física e autocuidado em uma subpopulação de adultos com síndrome metabólica de Barranquilla.
- 4) Analisar as novas regulamentações contidas na Lei 1438 de 2011, com o objetivo de apresentar políticas de prevenção da síndrome metabólica com o objetivo de materializar o direito de demandar ações específicas das instituições que compõem o sistema previdenciário em saúde e do mesmo Estado .
- 5) Estimar os fatores preditivos relacionados ao ambiente do adulto e do idoso e sua relação com a saúde a partir da estimativa de biomarcadores sanguíneos (colesterol, glicemia, vitamina D, entre outros), qualidade de vida relacionada à saúde e determinantes da saúde. âmbito geográfico e *habitat*.
- 6) Determinar a prevalência de dismenorreia e sua associação com níveis de insulina, glicemia, vitamina. De perfil lipídico em uma população de mulheres em idade reprodutiva em Barranquilla no período de 2011-2013.
- 7) Determinar as comunidades microbianas presentes no intestino de indivíduos recrutados tanto no contexto da síndrome metabólica quanto sem morbidade associada, relacionando a presença de enterótipos.
- 8) Estabelecer os polimorfismos genéticos nos genes FTO, LEP, LEPR, MC4R e UCP2 associados à presença de obesidade na população infantil e adulta da cidade de Barranquilla no período 2011-2013.

⁷⁸ Para saber mais, acessar: <https://www.uninorte.edu.co/web/investigacion-desarrollo-e-innovacion/salud-global>

- 9) Estudar o risco social e econômico do problema da insegurança alimentar, analisado a partir de cada um dos eixos temáticos do Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) 1996-2005.
- 10) Avaliar a correlação entre insuficiência de vitamina D, insegurança alimentar e síndrome metabólica.
- 11) Determinar as alterações na microbiota intestinal em indivíduos infectados pelo HIV e sua correlação com a carga viral e o estado imunológico.
- 12) Correlacionar as mudanças na microbiota com os níveis de vitamina D em pacientes com HIV e controles saudáveis.
- 13) Determinar os SNPs polimorfismo de tipo e de tagSNPs SLCO1B1 e genes CYP2B6 na amostra de pacientes com HIV / SIDA e os seus níveis de plasma influência de lopinavir / ritonavir e Efavirenz e a resposta clínica ao tratamento na cidade de Barranquilla.
- 14) Correlacionar os níveis de vitamina D com concentrações plasmáticas de lopinavir / ritonavir e o fármaco efavirenz, bem como os respectivos polimorfismos encontrados.
- 15) Determinar se há associação entre as mudanças que ocorrem na microbiota das vias aéreas em eventos de infecções respiratórias e a presença de infecção bacteriana em crianças asmáticas e não asmáticas.
- 16) Correlacionar hipovitaminose D com a presença de superinfecção bacteriana em crianças asmáticas e não asmáticas.
- 17) Determinar se existe uma associação entre alterações na microbiota e hipovitaminose D em crianças asmáticas e não asmáticas.
- 18) Determinar se há associação entre os polimorfismos de receptor de vitamina D e o surgimento de infecção bacteriana em crianças asmáticas e não-asmáticas.
- 19) Encontrar AE / extractos / substâncias puras, espécies *Piper peltatum*, *Suaveolens Hyptis* e *Croton niveus* como plantas potenciais para o tratamento de doenças infecciosas.
- 20) Estimar a atividade citotóxica, / extratos compostos químicos antioxidantes genotóxicos e antivirais AE / isoladas em plantas do Atlântico.

Não encontramos no site informações relativas a programas de pós-graduação voltados à saúde global de cunho humanístico, ou político social. Os objetivos expostos acima exprimem a ideia de área estratégica na saúde da população colombiana, em especial de Barranquilla, cidade para a qual a maioria dos projetos foram idealizados.

4.7 PERU: Salud Pública y Salud Global – Facultad de Salud Pública y Administración – Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)

A universidade peruana *Cayetano Heredia* oferece um curso bacharelado em Saúde Pública e Saúde Global⁷⁹, cujo objetivo é “analisar e estabelecer os motivos do adoecimento da população,

⁷⁹ Para saber mais, acessar o site: <http://www.upch.edu.pe/faspa/index.php/es/pregrado/salud-publica-y-salud-global/presentacion>

[e] criar planos de prevenção e controle de doenças que promovam o bem-estar em larga escala” (2018). O curso é patrocinado pela fundação estadunidense *Common Sense Medicine*⁸⁰.

O corpo docente é composto por 19 professores – 1 economista⁸¹, 10 médicos⁸², 1 administrador de empresas⁸³, 2 engenheiros⁸⁴, 3 antropólogos⁸⁵, 1 sociólogo⁸⁶ e 1 advogado⁸⁷.

⁸⁰ Para saber mais, acessar o site: <http://commonsensemedicine.org/lon-jones-and-jerry-bozeman/common-sense-medicine-research/>

⁸¹ **Pablo Best Bandenay** é economista – Universidad Estatal de Jarkov “A.M. Gorki” – Ucrânia, mestre em economia da saúde e políticas sociais – Universidade da Costa Rica.

⁸² **Magaly Marlitz Blass Blass** é médica-cirurgiã – Universidade Peruana Cayetano Heredia/Peru. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Washington, Seattle, EUA. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Washington, Seattle, EUA. **Jesús L. Chirinos Cáceres** é médico – Universidade Peruana Cayetano Heredia (UPCH), especialista em Medicina Interna do Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH-UPCH), mestre em Medicina/UPCH, mestre em Saúde Reprodutiva/Instituto Nacional de Saúde Pública/México, mestrado em Saúde Pública/UPCH, doutor em Medicina/UPCH e doutor em Saúde Pública/UPCH. **Mario Chuy Chiu** é médico – Universidade Peruana Cayetano Heredia/UPCH, mestre em Saúde Pública de Desenvolvimento da Saúde / Habana – Cuba. **Hernan García Cabrera** é médico-cirurgião/Universidade Nacional Federico Villareal, mestrado em gestão governamental/Escola Superior de Administração Pública, especialista em Pediatria pela Universidade Nacional de San Marcos e especialista em Administração em Saúde pela Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Angel Oswaldo Lazo González** é médico-irrigião da Universidade Nacional de San Marcos, mestre em Administração em Saúde pela Universidade Peruana Cayetano Heredia e doutor em Medicina, Universidade Peruana Cayetano Heredia. **César Alfonso Lip Licham** é médico-irrigião/Universidade Peruana Cayetano Heredia, mestre em Medicina pela Universidad Peruana Cayetano Heredia, e doutor em Medicina, Universidade Peruana Cayetano Heredia e mestre em Administração em Saúde pela Universidade Peruana Cayetano Heredia. **Pedro Marchena Reategui** é médico-irrigião/Universidade Nacional de San Marcos, especialista em Administração de Saúde, Universidad Peruana Cayetano Heredia. **Alejandro Llanos Cuentas** é médico-irrigião/Universidade Peruana Cayetano, mestre em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília, Brasil, mestre em Medicina Interna pela Universidad Peruana Cayetano Heredia, doutor em Medicina, Universidade Peruana Cayetano Heredia, doutor em Filosofia com menção em Epidemiologia, London School of Higiene e Medicina Tropical, London University, Reino Unido. **Fernando Llanos Zavalaga** é médico-irrigião/Universidade Peruana Cayetano, especialidade em Administração de Saúde, Universidad Peruana Cayetano Heredia, mestre em Políticas, Planejamento e Financiamento em Saúde pela Escola de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Londres, Reino Unido. **Alfonso E. Nino Guerrero** é médico-irrigião/Universidade Nacional de San Marcos, mestre em Saúde Pública com especialização em Gestão de Serviços de Saúde/Universidade Peruana Cayetano Heredia.

⁸³ **José María Díaz Mayorga** é administrador de empresas/Universidade Inca Garcilaso de la Veja, mestre em Finanças/Universidade do Pacífico.

⁸⁴ **Luz Aurora Díaz Rivadeneyra** é engenheiro industrial/Universidade de Lima, mestre em Administração de Empresas/Universidade ESAN e doutorado em Gestão Empresarial pela Universidade Nacional de San Marcos. **Alberto Fernandez Bringas** é engenheiro industrial/Universidade Nacional de Trujillo, mestre em Economia/Pontifícia Universidade Católica do Peru.

⁸⁵ **Ruth Iguñiz Romero** é antropóloga/Pontifícia Universidade Católica do Peru, mestrado em Antropologia/Nova Escola de Pesquisa Social. **María Elena Planas Toledo** é antropóloga, Pontifícia Universidade Católica do Peru, mestre em Antropologia pela Université de Montréal, Canadá e doutoranda em Antropologia Médica, Universiteit Leiden, Holanda. **Irma Esperanza Reyes Solari** é doutora em Antropologia e Bacharel em Sociologia pela Pontifícia Universidade Católica do Peru, mestre em Sociologia pela Manchester University, Inglaterra, pós-graduada em saúde pública, Escola de Saúde Pública, Universidade de Michigan, Ann Arbor, EUA.

⁸⁶ **Miguel Angel Ramos Padilha** é sociólogo da Pontifícia Universidade Católica do Peru e mestrado em Demografia, na Faculdade do México, México.

⁸⁷ **Mario Ríos Barrientos** é advogado, Universidade Nacional de San Marcos e mestre em Saúde Pública pela Universidade Peruana Cayetano Heredia.

A *Escuela de Salud Pública – Universidad de Costa Rica* (ESP Costa Rica), a Facultad Nacional de Salud Pública Colombia – Universidad de Antioquia (UdeA) e Universidad ISalud – Argentina não oferecem programas de formação ou pesquisa em saúde global. A *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – Managua* (UNAM-Managua) – *Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud* (CIES) oferece um *diplomado* em saúde global, mas não encontrei informações na internet a respeito.

Pois bem, diante das informações acerca dos programas de formação em saúde global latino-americanos que integram a ALASAG, o que esperar do perfil profissional em saúde global formando nestas instituições?

Surgiram alguns questionamentos à respeito da nova formação, que foi entendida por alguns participantes da oficina como nova uma profissão:

a certificação dos cursos pode ter validade internacional? Será uma nova especialidade ou será um conjunto de conhecimentos para o avanço dos sistemas de saúde e, assim, uma temática para as várias áreas de formação ou um projeto de especificidade interna a si mesmo? Deve-se investir em uma nova especialidade ou investir conhecimentos nas formações já existentes? A oferta de cursos com foco na saúde internacional dirige-se apenas aos gestores de sistemas de saúde ou envolve demais dirigentes governamentais? (Abrasco, 2007)

Incluir a preocupação expressa por autores da área sobre qual será a formação do profissional em saúde global na América Latina – Keroudan (2016, p. 61 e 62).

5. CONCLUSÕES

[...] fazer uma tese significa divertir-se, e a tese é como um porco: nada se desperdiça (Eco, 1995, p. 169).

Afinal, podemos afirmar que existe uma interface crítica com as CheS por parte da saúde global na AL? É possível um pensamento crítico no campo científico da saúde global latino-americana com a ausência do diálogo com as CheS? É necessário que as CheS pertençam ao campo científico da saúde global na AL para desenvolver seu pensamento crítico a respeito do campo? A internet, que possibilita a comunicação instantânea e muito mais barata que antes, entre pares, é um agente revolucionário e libertador para a CheS no campo científico da saúde global? Com base nestas fronteiras cada vez menos sólidas, estariam os grandes detentores do capital acadêmico tradicional (institucionalizado) enfraquecidos ou ameaçados?

5.1 Afinal, podemos afirmar existe um campo da saúde global na América Latina?

A partir do conceito de campo científico de Pierre Bourdieu, podemos sinalizar uma resposta positiva à pergunta do nosso enunciado. A saúde global hoje, na América Latina, é um universo intermediário referido pelos seus pares como campo, e reconhecido pela sociedade como tal. Quando necessário, a sociedade civil, geralmente representada pelos meios de comunicação, recorrem aos órgãos globais de saúde ou referências na área em busca de respostas às suas perguntas. Ou seja, é um campo reconhecido que produz, reproduz e difunde a saúde global na América Latina e no mundo, de certo modo.

A todo momento, criam-se neste universo, leis específicas para constituir-lo e integrar novos participantes, desde que cumpram os requisitos dos regimentos das instituições, congressos ou editais de pesquisa na área. Por exemplo: ser pesquisador ou estudante de temas que se relacionam com a agenda em saúde global, na América Latina, trabalhada pela instituição ou congresso em questão. Pertencer ou representar alguma entidade que fale pelas pessoas ou interesses afetados pela globalização da saúde na região. Em suma, estes aspectos definem esse ‘microcosmos dotado de suas leis próprias’ (1997, p.20).

Pois bem, se podemos considerar a saúde global latino-americana um campo científico, quais seriam os graus de autonomia e heteronomia deste campo? Lembrando que Bourdieu ressaltou a grande dificuldade de mensurar estes graus de autonomia, podemos fazer algumas incursões reflexivas sobre esta pergunta. A saúde global na América Latina, desde o tempo em que era saúde pública e internacional, pode ser caracterizada por um forte intervencionismo político e econômicos dos Estados-nação e de instituições internacionais patrocinadoras de ações e pesquisas em saúde na região. Hoje, temos a nossa própria instituição representantes dos interesses da AL no campo da saúde global, a ALASAG, mas que, por carecer de recursos financeiros próprios, depende de editais de financiamentos de outros países. E este financiamento vem atrelado a uma agenda impositiva de pesquisa: a agenda ODS – 2030, governança e diplomacia em saúde global, por exemplo. A este respeito, Bourdieu afirma que

[...] no domínio da pesquisa científica, os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é, num dado momento do tempo, o conjunto de objetos importantes, isto é, o conjunto das questões que importam para os pesquisadores, sobre as quais eles vão concentrar seus esforços e, se assim posso dizer, “compensar”, determinando uma concentração de esforços de pesquisa. Segue-se que, contrariamente ao que leva a crer num construtivismo idealista, os agentes fazem os fatos científicos e até mesmo fazem, em parte, o campo científico, mas a partir de uma posição nesse campo – posição essa que não fizeram – e que contribui para definir suas possibilidades e suas impossibilidades. Contra a ilusão maquiavélica à qual alguns sociólogos da ciência sucumbem, [...], para não dizer cínica, do mundo científico, é preciso, primeiramente, lembrar que nada é mais difícil e até mesmo é impossível de “manipular” do que um campo. É preciso dizer, por outro lado, que, por muito versado que possa ser na “gestão de redes” [...], as oportunidades que um agente singular tem de submeter as forças do campo aos seus desejos são proporcionais à sua força sobre o campo, isto é, ao seu capital de crédito científico ou, mais precisamente, à sua posição na estrutura da distribuição do capital. Isso é verdadeiro, salvo nos casos inteiramente excepcionais, [...], uma descoberta revolucionária, capaz de questionar os próprios fundamentos da ordem científica estabelecida, um cientista redefine os próprios princípios da distribuição do capital, as próprias regras do jogo (1997, p. 25).

Distintos e inúmeros interesses interferem na autonomia do campo científico da saúde global latino-americana: os interesses das grandes empresas farmacêuticas; as ideias e agendas impostas pelas organizações privadas sem fins lucrativos patrocinada pela minoria bilionária global, que provavelmente sente-se culpada; as ações das indústrias neoextrativista; o capital financeiro especulador que circula impunemente pelo mundo sugando recursos naturais e humanos por onde passa; o capital agrícola global que mina a riqueza do solo e a diversidade na produção agrícola local – o que curiosamente poderá nos impor a longo prazo a fome

nutricional em proporções cada vez mais assustadoras; a política global antiterrorismo patrocinada pelo medo.

Outro aspecto relacionado ao campo científico da saúde global é que trata-se de um campo caro, financeiramente falando, e depende em larga escala do financiamento dos Estados-nação, das Universidades e organizações não governamentais e público-privadas que os mantêm. Este é o cerceamento mais feroz imposto à autonomia do campo. Num sentido inverso rumo à autonomia, as universidades latino-americanas, que ainda conseguem conservar o ensino e pesquisa na área, são ainda a grande fonte de inovação e pesquisa autônoma, quando uma bolsa de estudos concedida a um aluno ou professor-pesquisador não vier atrelada obrigatoriamente a um tema ou objeto de pesquisa específico. Potencial que está em risco em vários países e já foi extinto no restante. No capítulo 4, no qual analisamos a formação em saúde global na AL, verificamos que o México – INSP, e o Brasil – USP e Fiocruz, são os países que mais investem neste tema e que concentram grande parte dos alunos, e as equipes de professores-pesquisadores mais numerosas.

A resposta mundial à epidemia de Zika na América foi interessante e convém explorar como exemplo das intervenções políticas de outras nações no campo científico da saúde global na AL e a nossa carência de financiamento para a pesquisa. No primeiro semestre de 2017 a USP e a Fiocruz anunciaram⁸⁸ a criação de um consórcio para o combate ao Zika: *ZIKAlliance*⁸⁹. Coordenado pelo Instituto France de Saúde e Pesquisa Médica (Inserm) e financiada pelo programa *Program Horizon 2020* do Diretório Geral de Pesquisa e Inovação da União Europeia. Durante reunião em São Paulo – SP, os integrantes da aliança (52 instituições e 18 países) planejaram as atividades para os anos de 2016 a 2019, guiados por três objetivos: a) entender o impacto da infecção por Zika durante a gravidez e identificar efeitos em recém-nascidos a curto e médio prazo; b) rastrear e documentar a história natural do vírus Zika em humanos e no seu ambiente no contexto de outros arbovírus circulantes; c) propiciar condições para pesquisa sobre preparação para futuras ameaças epidêmicas na América Latina e no Caribe em colaboração com outros consórcios.

⁸⁸ Para saber mais, acessar: <https://portal.fiocruz.br/noticia/consorcio-zikalliance-se-reune-para-planejar-proximos-tres-anos>

⁸⁹ Para saber mais, acessar: <https://zikalliance.tghn.org>

Dentre os grupos que compõem a *ZIKAlliance*, a presidente da Fiocruz, Nísia Trindade coordena o grupo de pesquisa em ciências sociais.

Segundo ela, é um desafio importante trabalhar com os aspectos humanos e sociais diante de uma epidemia cujos esforços se voltam principalmente para o diagnóstico, o tratamento e um grande foco no mosquito. Não se trata de uma guerra de um mosquito contra a humanidade, e sim de processos sociais que explicam essa proliferação. Mas o fato é que na mídia e no imaginário essa associação com o mosquito é a mais forte e muitas vezes dificulta o olhar para outras causas. [Nísia] acrescentou que a rede de pesquisa também significa uma oportunidade para se discutir a questão dos direitos sexuais no Brasil, que vem à tona com a epidemia de zika (Fiocruz, 2017).

Este pode ser um marco temporal de inserção protagonista da saúde global latino-americana no campo mundial da saúde global? Já sabemos do intenso trabalho desenvolvido pela rede de pesquisadores brasileiros que tornou possível o diagnóstico das formas de contágios em tempo rápido, considerando os enigmas que cercavam, e cercam ainda hoje, o Zica virus. Talvez isto simbolize a primeira ação protagonista, do ponto de vista de uma contribuição científica autoral e inédita, da saúde global latino-americana para o mundo, que poderia inspirar outras áreas e países integrantes do campo a ‘ações’ mais ousadas na grande arena mundial da saúde global. Podemos construir um conceito latino-americano de saúde global, tendo em vista a especificidade da região e nossa experiência única do que é, para nós, saúde global. Se não conceituamos sobre nossa natureza, nosso modo de viver no contemporâneo, se não apresentarmos nossa perspectiva aos conceitos, seremos engolidos pela sugestão ‘pacífica’ e ‘desinteressada’ dos países financiadores da saúde global na AL.

Os países ricos enxergam o campo científico da saúde global na América Latina quando nos apresentamos como uma ameaça à segurança sanitária deles, como o caso da Zika. Ainda que tenhamos contribuído significativamente para a solução do caso, não temos certeza de que o reconhecimento internacional tenha sido atribuído de forma justa, ou pelo menos, proporcionalmente ao esforço empreendido pelos pesquisadores de todo um continente. Na ocasião, os pesquisadores estrangeiros chegaram a questionar a legislação brasileira ao denunciarem na mídia internacional que o governo estava impedido o envio de amostras para cientistas americanos e europeus, e assim impedindo os avanços no enfrentamento ao Zica vírus⁹⁰. Acreditamos que seja crucial para a América Latina uma representação protagonista no

⁹⁰ Para saber mais, acessar:

https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160208_zika_polemica_cientistas_rj

cenário mundial da saúde global porque já carecemos de capital financeiro – o grande legitimador.

5.2 Sobre a equidade e a agenda da Saúde Global na América Latina 2007 – 2019

A menção ao termo equidade, enquanto conceito, ideia, valor guia, aparece consideravelmente nos artigos científico da área da saúde global na América Latina e nos documentos dos anais e congressos analisados. Boa parte dos autores citam o termo equidade, mas não a desenvolvem (Fortes, 2014), outros autores chamam a atenção para o seu uso e o classificam como excessivo, e até irrefletido (Keroudan, 2016).

Ainda sobre os temas que mais aparecem na agenda de saúde global na América Latina no período analisado, propomos a seguinte pergunta: existem temas que deveriam fazer parte desta agenda e não foram incluídos? Acreditamos que sim. Como seria se incluíssemos a questão contemporânea da atual ‘invasão’ tecnológica na sociedade como um assunto a ser tratado pela saúde global. Não estamos falando da necessidade de implantação de novas tecnologias pelos Estados nacionais, ou sobre o potencial da tecnologia na resolução de questões de saúde global, mas sim, do que significa, para o cidadão global, a inserção destas novas tecnologias em sua vida. O recente desenvolvimento exponencial da Inteligência Artificial e dos Algoritmos, que literalmente tem mudado nossas vidas e nossa relação com o mundo do trabalho, o como como se detectam enfermidades, ou fazemos prospecções de futuras doenças a partir da análises profundas de nossos códigos genéticos, ou ainda, qual o impacto do acúmulo de informações pessoais de saúde em banco de dados que mais parecem caixas pretas e sobre os quais o cidadão global não tem acesso, e mais ainda, não há uma regulamentação da coleta e disponibilização destas informações. Seria isso uma questão de saúde global? Um problema de saúde global?

Acreditamos que, assim como estendeu-se o espectro de análise de temas tradicionais do campo da saúde, como epidemias, para o âmbito global; que o mesmo deveria ser feito para o tema da tecnologia (cognitiva), a Inteligência Artificial. O que significa(rá) o desenvolvimento exponencial destes temas na sociedade contemporânea e futura? Qual o impacto do desenvolvimento dos algoritmos que podem trazer qualidade de vida, mas pode também, significar altas taxas de desemprego, depressão... Suicídio? Estariam os sistemas globais de

saúde preparados para lidar estas ‘novas’ aflições humanas causadoras de problemas de saúde em âmbito global? Poderias as CHES dar conta deste tema?

5.3 Sobre o caráter fortemente político da saúde global na América Latina

Na América Latina, a saúde global é mais política que acadêmica? Sim. O campo já nasceu aliado às políticas de saúde na AL e parece ser difícil se desvencilhar desta característica. Os programas de formação promovidos pela ALASAG, USP, México, Colômbia, Chile e Peru podem trazer preciosos avanços no sentido de desenvolvimento de uma autonomia de pensamento científico no campo da saúde global latino-americana.

Dentre os campos disciplinares que integram o campo científico da saúde global na América Latina, a saúde coletiva e a medicina social latino-americana (MSLA) são os que desde a sua constituição estiveram mais intensamente associados a movimentos sociais e políticos, conforme argumentam (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4072):

Nas décadas seguintes [aos anos 70], a América Latina, em particular o Brasil, irá vivenciar múltiplas e complexas influências que explicam o surgimento da Saúde Coletiva no país, suas contradições e desafios atuais. A luta pela redemocratização caminhou *pari passu* com o movimento sanitarista, a criação da Abrasco e do SUS, com inúmeros avanços em termos acadêmicos e institucionais. Contudo, na Nova República e principalmente nos governos Collor e FHC, a institucionalidade conquistada se confronta com forças políticas conservadoras e a ideologia neoliberal em tempos de descrédito do materialismo histórico ortodoxo pós-muro de Berlim. Paradoxalmente, isso não destrói os pilares do campo e do recém-criado SUS, mas fortalece, por vezes veladamente, resistências e críticas ao modelo da MSLA. As tensões entre os polos estrutural crítico e biomédico tendem a se diluir por uma convivência acrítica, com perda da vitalidade das inovações que emergiram a partir dos anos 1980, como a luta antimanicomial, a relação com movimentos sociais para o controle social do SUS, a relação com o movimento sindical na criação da saúde dos trabalhadores, a produção teórica da epidemiologia social crítica, a renovação das áreas de vigilância e a proposição de uma vigilância da saúde que nunca se concretizou. A crescente especialização do campo, sua legitimação acadêmica na CAPES, discussões específicas como financiamento e mecanismos de gestão do SUS, estes e outros temas formaram uma agenda que pouco contribuiu para revitalizar os referenciais críticos e práticas criativas que fundaram a Saúde Coletiva.

5.4 Meio ambiente e sustentabilidade: uma lanterna temática⁹¹

⁹¹ A ideia do tema sustentabilidade e meio ambiente como uma lanterna temática sob o campo da saúde global latino-americana surgiu a partir da leitura do artigo científico BIEHL, João; PETRYNA, Adriana. Peopling Global Health. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 376-389, Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000200376&lng=en&nrm=iso>. No qual os autores sugerem o uso da etnografia como uma lanterna empírica a ser utilizada no campo da saúde global

ANO	CONGRESSOS	SAÚDE GLOBAL	SUSTENTABILIDADE
2007	4 CCHS – Abrasco Equidade, Ética e direito à Saúde: desafios da Saúde Coletiva na mundialização WFPHA, ALAMES, IAHP	Reconhece-se o aspecto global da saúde – SC em tempos de mundialização	Não é mencionada
2010	5 CCHS – Abrasco O lugar das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva	Material se perdeu	Material se perdeu
2013	6 CCHS – Abrasco Circulação e diálogo entre saberes e práticas no campo da Saúde Coletiva	27 ocorrências do termo, mas apenas 8 publicações trabalham a saúde em um contexto global – ver quadro 4	Não é mencionada
2013 – 2016	CLACSO	Não é mencionada	Não é mencionada
2016	7 CCHS – Abrasco Pensamento crítico, emancipação e alteridade: agir em saúde na (ad)diversidade	33 ocorrências do termo “global”, mas apenas 8 publicações trabalham a saúde em um contexto global – ver quadro 4	Meio ambiente no contexto global / local
2016 – 2019	CLACSO	GT 1 Salud Internacional y soberania sanitária GT 2 Estudios sociales para la salud – CONTRÁRIA A ADOÇÃO DO TERMO SG	GT 1: Emergencias socioambientales Gestión de riesgos de desastres.

Ao propormos o tema da sustentabilidade e meio ambiente como uma lanterna temática no campo da saúde global latino-americana almejamos desvelar os vários graus de complexidade associados ao campo por meio do tema e as consequências do tratamento monotemático ou ‘unidisciplinar’ do mesmo para a saúde global enquanto campo científico.

O fenômeno da globalização e o crescimento do neoextrativismo na periferia global intensificam a demanda por novos territórios e recursos naturais à economia, resultando em significativos impactos sobre os ecossistemas e a vida das populações vulnerabilidades. E quando se fala em novos territórios, a AL ainda é um destino certo para as grandes corporações. Consideramos que a crise socioambiental impõe novos desafios e exige uma re-atualização das bases teórico metodológicas da saúde coletiva e dos determinantes sociais da saúde (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4071).

A América Latina necessita de um ‘enfoque ambiental crítico’ para o entendimento e debate acerca da ‘determinação socioambiental da saúde’ com finalidade de proporcionar à região a ‘construção de conhecimentos emancipatórios que integram sujeitos políticos, resistências e alternativas para a sociedade’(PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4071).

Em relação a constituição do campo da saúde coletiva no Brasil e sua relação com a sustentabilidade e meio ambiente,

afim de desenvolver uma abordagem mais abrangente, centrada nas pessoas, mudando a ênfase nas epidemias e na definição das políticas de cima para baixo, desconsiderando caráter humano da saúde global.

Nas últimas três décadas, também houve o reconhecimento da crise socioambiental e dos riscos ecológicos globais, gerando noções como desenvolvimento sustentável e acordos internacionais que pautam agendas políticas, movimentos sociais, políticas públicas e a própria saúde coletiva. Além do ambientalismo, ressurgem ou emergem movimentos sociais que trazem novas bandeiras e sujeitos políticos à luta social: o enfrentamento de questões de gênero e sexualidade, étnicas, contra o racismo e o machismo, pela reforma agrária, direito à cidade, dentre outros. Os anos 1990 também foram marcados por propostas de redução da intervenção estatal na economia e o crescente abandono de medidas de substituição de exportações e industrialização. Revigora-se o papel subordinado da América Latina no fornecimento de commodities agrícolas e minerais que alimentam políticas tecnológicas, industriais e de concentração de renda em benefício das elites mundiais e dos países do Norte. (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4072-4073).

(PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4073) utilizam o conceito elaborado por Gudynas – neoextrativismo, para referir-se ao modelo baseado ‘em cadeias produtivas pouco diversificadas que se apropriam dos recursos naturais, industrializam e mercantilizam a natureza’. Cenário recorrente na América Latina, o que para os referidos autores, representou um forte obstáculo ao cumprimento da agenda ambiental pós Rio 92 uma vez que o modelo neoextrativista global preconiza

atividades econômicas como o agronegócio, a mineração e indústrias de beneficiamento, a produção de energia, infraestruturas de transporte e irrigação, áreas preservadas para o ecoturismo ou mecanismos como o mercado de carbono. A isso devemos adicionar problemas como a moradia insalubre e a falta de saneamento básico, os acidentes de trânsito, a poluição urbana e de corpos hídricos, além da violência e segurança pública, formando uma complexa agenda socioambiental para o país que interage fortemente com a saúde coletiva. Nesse contexto, o Estado assume um papel contraditório: de um lado implementa políticas públicas voltadas aos direitos fundamentais através de limitadas políticas redistributivas, sociais e do SUS, [...]. Diversos outros países da América Latina com governos mais progressistas nos últimos anos se legitimam por meio de políticas sociais e redistributivas que melhoram indicadores como o IDH. Isso é fortemente influenciado pelo superávit fiscal obtido em função da estabilidade dos preços das *commodities* nos últimos anos, o chamado efeito China, embora as políticas de austeridade na Europa pós crise de 2008 e a tendência à diminuição do ritmo de crescimento na China fragilizem essa estratégia. O outro lado da moeda é o papel do mesmo Estado nas políticas econômicas, tecnológicas e educacionais que sustentam o modelo hegemônico, aliando-se a grupos sociais conservadores e corporações transnacionais, o que resulta em flexibilização dos marcos jurídicos conquistados para a proteção do trabalhador, do meio ambiente e a garantia dos direitos fundamentais, em especial de indígenas, quilombolas e camponeses. O resultado é a intensificação dos conflitos territoriais pela inserção capitalista destrutiva e concentradora nos diversos espaços da vida social, sejam campos e florestas ou nas cidades subordinadas às cadeias produtivas ou aos megaeventos globais. Conflitos territoriais e ambientais, processos de vulnerabilização, movimentos por Justiça Ambiental (JA) e o próprio sentido de desenvolvimento passam a impulsionar a agenda política e científica em diferentes campos, inclusive o da saúde. Não é casual, portanto, que a temática saúde e ambiente tensione as bases da Saúde Coletiva contemporânea e aponte novas questões para repensar seus fundamentos teóricos e práticas em tempos de crise e transformação.

Diante do complexo cenário global latino-americano relacionado ao meio ambiente e sustentabilidade, (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4073) propõem a construção de um enfoque socioambiental crítico e transformador para o campo da saúde coletiva, que consideramos que poderia ser considerado também no campo científico da saúde global na AL, a partir da reflexão crítica sobre as bases políticas, teóricas e práticas da saúde coletiva por meio das ideias advindas do debate socioambiental. O enfoque socioambiental proposto por eles é composto ampara-se no ‘[...] debate sobre a determinação social da saúde e as questões ainda abertas que levaram a formulação do MSLA, assim como os limites e a ineficácia do modelo hegemônico biologizante e individual’.

Não se trata de uma proposta exatamente nova, uma vez que a própria constituição do campo da saúde coletiva latino-americana e, porque não, MSLA, teve como principal força motriz o reconhecimento da determinação social da saúde, embora com foco mais acentuado na doença. Sergio Arouca, a figura carismática da saúde coletiva brasileira, em sua tese *O dilema preventivista*⁹², discutiu e criticou com elevada audiência, a primazia do modelo liberal e individualista na medicina preventiva nos anos 70, demonstrando as limitações dessa abordagem e convocando um olhar histórico afim de incluir os conflitos sociais no campo da saúde coletiva. Para nós, o que merece destaque são as questões abertas mencionadas pelos autores e que consideramos que reemergiram dos campos da saúde pública e coletiva para o campo científico da saúde global na AL, justamente por não terem sido resolvidas. Para os autores, existem alguns obstáculos importantes para a compreensão da determinação social da saúde:

o fosso existente entre o plano macroestrutural e coletivo, e as condições e potencialidades dos sujeitos em planos mais pessoais e comunitários vinculados ao cotidiano e ao lugar [...]. [...] a ampliação do escopo da determinação social da saúde será incompleto se não superarmos uma visão estrita da dimensão ecológica que desconsidera as relações sociais. Para isso são fundamentais enfoques que integrem questões de saúde e ambiente aos direitos humanos, territoriais e sociais. A emergência desse debate está intimamente relacionada ao reconhecimento do atual contexto como marcado pelo rápido desenvolvimento econômico e tecnológico voltado para a apropriação intensiva dos recursos naturais, econômicos e sociais. Ao mesmo tempo, a produção moderna intensifica sua dependência dos sistemas e tecnologias perigosos, com riscos para a saúde dos trabalhadores e das populações no entorno. A expansão irresponsável de fronteiras em territórios outrora ocupados por

⁹² Para saber mais, consultar AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

indígenas, qui- lombolas e camponeses, dentre outros, leva à desestruturação das relações sociais, organizações comunais e modos de vida tradicionais dessas populações. Estes são muitas vezes constituídos historicamente à margem das garantias jurídicas ou da economia formal, a partir de relações sociais com base na confiança mútua, no compadrio ou no estabelecimento de costumes e restrições a respeito de áreas de uso comum, sendo os conhecimentos sobre os ecossistemas transmitidos às novas gerações a partir de mecanismos de reprodução cultural e na experiência do trabalho. Essas economias locais são violentamente desorganizadas, inclusive com assassinatos, para que esses territórios se integrem à economia capitalista globalizada, que desterritorializa as relações socioeconômicas locais e as reterritorializa a partir de novos códigos e signos. Dinâmicas territoriais homogeneizadoras formam um território-mundo que impõe, sob uma lógica mercantil, novos tempos e racionalidades que desconsideram as especificidades do território, incluindo seus ecossistemas, povos, cosmovisões e cultura. Todos esses processos interagem de forma complexa e produzem injustiças ambientais, entendidas aqui como os mecanismos pelo quais sociedades desiguais destinam a maior carga dos danos ambientais do desenvolvimento às populações marginalizadas e vulnerabilizadas. [...].

Um elemento que aparece claramente quando lançamos luz à questão ambiental e da sustentabilidade sob o campo da saúde global, são os conflitos ambientais, que rapidamente convergem em outras questões igualmente complexas para o campo da SG na AL, e de difícil resolução, como a migração forçada, a violência, e a morte e adoecimento de populações antes saudáveis.

A noção de conflito ambiental é estratégica por permitir a análise das disputas entre grupos sociais por objetivos e interesses conflitantes no uso do território e dos recursos naturais existentes, incluindo, além dos agentes econômicos e populações, as instituições estatais. Enquanto inúmeras injustiças ambientais permanecem invisibilizadas pela força aniquiladora do poder político e econômico, somada às dificuldades de mobilização das comunidades e populações afetadas, os conflitos surgem justamente pela emergência de formas organizadas de resistência e afirmação de outros projetos de desenvolvimento e sociedade. Portanto, os conflitos são mediados por outras variáveis além do poder político, como renda e capital simbólico, e são atravessados por valores muitas vezes inegociáveis e incomensuráveis, incluindo a cultura e dimensões do viver e morrer que ampliam a noção de saúde enquanto componente das políticas da vida. Conflitos ambientais, por vezes, também são territoriais, o que reforça o diálogo com a geografia política e da saúde já iniciados com os estudos sobre a espacialização das tendências epidemiológicas ou das estratégias territorializadas de organização do SUS. Para além das fronteiras do Estado-Nação e níveis federativos, a noção de territorialidade ganha importância por estar ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, se organizam no espaço e dão significado ao lugar. [...], um mesmo espaço pode conter diversas territorialidades que podem envolver territórios temporários, permanentes, intermitentes, estáveis, instáveis, contínuos, descontínuos, com expressão em diferentes escalas. Por isso, intenção, apropriação, poder, delimitação e identidade são alguns elementos-chaves para compreendermos o território e suas relações com a saúde (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4074 – 4075).

O que fazer diante da complexidade dos problemas ambientais e de sustentabilidade na América Latina? Problemas que acabam se revelando multidimensionais e cuja compreensão e possíveis

propostas de solução se mostram difíceis. Problemas que afetam concretamente populações em diversos países na América Latina. (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4075 – 4077) propõem a construção de uma ‘epistemologia política’, segundo a qual, os problemas de saúde e

sua determinação socioambiental são complexos e multidimensionais, pois envolvem simultaneamente questões sociopolíticas, econômicas, culturais e biológicas, dentre outras, o que implica aceitar uma pluralidade de perspectivas teóricas e metodológicas legítimas. A noção de epistemologia política vai além do pensamento sistêmico formulado a partir de níveis abstratos de organização da vida social, comunitária ou individual, ou ainda de fluxos materiais e energéticos em suas conexões com o mundo biológico e ecossistêmico. Ela tem sentido na medida em que há um envolvimento de corpo e alma entre os distintos sujeitos cognoscentes, reconhecendo a condição humanas em que todos podemos ser aprendizes em busca de autonomia e liberdade. O desafio é romper com separações, dicotomias e hierarquias discriminatórias que bloqueiam interações, diálogos e intencionalidades para uma ação conjunta. Problemas de saúde e ambiente abarcam uma contínua busca de compreensão e ressignificação das necessidades e possibilidades de transformação social em contextos de conflitos socioambientais, seja pelo enfrentamento das ameaças à vida e à saúde, seja pela reafirmação das alternativas de sua promoção. Nessa perspectiva, a superioridade do saber científico é questionada como forma de dominação quando não reconhece outras visões de mundo e experiências, o que bloqueia outros futuros possíveis. [...]. Diversas alternativas para a produção de conhecimento vêm sendo desenvolvidas por comunidades atingidas e organizações justiça ambiental, em conjunto com cientistas e profissionais solidários às suas reivindicações. Um primeiro passo consiste em avançar nas concepções que desconsideram o multidimensionalidade dos problemas e não se sensibilizam frente ao sofrimento, clamores e saberes das populações atingidas. A visão pouco dialógica e pretensamente neutra das comunidades científicas especializadas acaba por não se envolver com os conflitos, ou mesmo se opor às mobilizações por justiça ambiental. E quando servem aos interesses dos grupos econômicos mais poderosos, ocultam e manipulam incertezas relevantes, desenvolvem práticas não sistêmicas, não solidárias, e descartam ações precaucionárias de proteção da vida, sendo estratégico explicitá-las. Há um permanente jogo de disputas entre argumentos que visam se livrar das possíveis responsabilidades frente às ameaças à vida das populações atingidas. Por exemplo: esta fábrica ou poluição é perigosa? [...]. São questões chave para os processos de regulação em saúde, licenciamento, fiscalização ou ainda os processos judiciais de reparação, mas a prática da ciência normal especializada raramente assume seu papel ético e político de defender a dignidade das populações atingidas. Não se trata de assumir uma defesa maniqueísta sem argumentos consistentes, mas de pôr em xeque a legitimidade de uma comunidade especializada ao definir isoladamente os parâmetros do problema e os critérios relevantes para a tomada de decisões. Há uma forte conexão entre a produção compartilhada de conhecimentos e os direitos fundamentais, expressões tanto da soberania popular em sociedades democráticas quanto da noção de dignidade da pessoa humana. [...]. São inúmeras possibilidades para a produção de conhecimentos, incluindo a sistematização de fontes de informação e análises contextualizadas expressas, tanto em trabalhos acadêmicos e profissionais (livros, artigos e relatórios), como por outras linguagens: relatos jornalísticos, livros não acadêmicos, filmes e fotos, produções literárias e artísticas diversas, depoimentos pessoais ou relatórios produzidos no âmbito de processos jurídicos. [...]. Os relatos significativos, por serem vivenciais e situados, não dissociam dimensões culturais e do cotidiano das dimensões técnicas, permitindo uma maior contextualização. Também difundem valores e alternativas sobre outros mundos possíveis, incluindo modos de vida, relações com a natureza e práticas solidárias de economia. Este é o caso de movimentos camponeses que lutam pela agroecologia, ou reivindicações das populações tradicionais para resguardarem suas

tradições. [...]. Processos *co-labor-ativos* constroem laços de confiança em que cientistas e profissionais de diferentes áreas são solidários às denúncias, dispondo-se a trabalhar em contínuo diálogo com tais populações com base na pesquisa-ação. Um caso exemplar é a proposta de epidemiologia popular, originalmente criada para designar as atividades de detecção de perigos e busca de soluções empreendidas por grupos comunitários nos EUA, face a problemas de saúde decorrentes de algum tipo de contaminação ambiental. Sujeitos não especialistas coletam e organizam estatísticas e outras informações, ao mesmo tempo em que direcionam, contextualizam e refinam criticamente o conhecimento e os recursos de especialistas para entender a epidemiologia de uma doença. A epidemiologia popular assume o papel político de promover mobilizações sociais para o enfrentamento dos problemas investigados, sendo uma estratégia prática de se avançar na determinação social dos processos saúde-doença, já que as hipóteses causais levantadas não se limitam aos ‘fatores de risco’ e sofisticadas correlações estatísticas. Questões sociais e éticas, como interesses industriais, decisões governamentais, normas de regulação, entre outras, são incorporadas na cadeia causal de doenças.

Voltando à tríade interpretativa que orientou esta tese:

Podemos constatar a constituição de um campo científico da saúde global na América Latina, um campo singular devido aos diferenciados níveis de desenvolvimento de demandas dos países que compõem a região, e um campo permeado e até ‘controlado’ pela dimensão política – usada como argumento para alcançar a equidade e justiça social, e contraditoriamente, o grande obstáculo a autonomia acadêmica preconizada por Pierre Bourdieu. Solução? Recorremos ao autor novamente para endossar o coro de que apenas por meio de um processo de *autoanálise coletiva* por parte dos pesquisadores e da Academia, lograremos a tão almejada autonomia científica, e porque não, ousar afirmar, uma legitimidade científica que jogue luz aos usos sociais da saúde global na América Latina.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS – PERGUNTAS NÃO RESPONDIDAS

E...

TEMOS PROPOSTAS?

As limitações práticas das CheS, enquanto ferramentas de mudança efetivamente, no cotidiano da sociedade e seus indivíduos, pelo fato de apresentar respostas diferentes de outras áreas, como por exemplo, as tecnologias e estatísticas que oferecem soluções tecnológicas ‘palpáveis’ ou métricas ‘inquestionáveis’; enfraquece a possibilidade das CheS de competir e vencer as disputas travadas no interior do campo científico da saúde global na AL. Isso somente seria possível se a reflexão, ou a consciência sociológica se espalhasse pela atual sociedade como um todo, provocando uma consideração por parte da sociedade da importância da reflexão sociológica e filosófica como um elemento fundamental a ser considerado ante decisões de qualquer natureza (política, tecnológica, financeira, cultural, biológica, psicológica e etc...). Somente este cenário transformaria as CheS na SG latino-americana em uma ferramenta de mudança, efetivamente.

Atualmente, uma análise proveniente das CheS, dificilmente, considera, ou têm o poder de competir em termos explicativos rápidos – como solicita os dias de hoje, com um algoritmo, um *software* ou aplicativo. Acreditamos, inclusive, que a grande questão não é de competir com tais ferramentas, mas sim, de colocar-se antes do desenvolvimento do tal Algoritmo ou *software* por meio, por exemplo, da seguinte pergunta: que tipo de impacto (negativo e positivo) o desenvolvimento deste algoritmo / *software* / aplicativo terá sobre a sociedade humana, animal e meio ambiente? E ainda, considerando um impacto negativo, a iniciativa de desenvolvimento dessas ferramentas ser interrompida em tempo hábil, antes de provocar danos irreversíveis na sociedade, com base em uma reflexão que considere a Ética, por exemplo.

O avanço de áreas como a microbiologia, imunologia e farmacologia, com a criação de tecnologias, vacinas e medicamentos, contribuiu para um clima otimista em relação às potencialidades da biomedicina que deu origem ao modo hegemônico de se pensar a saúde pública. Outro importante elemento foi o fortalecimento da epidemiologia, que incorporou os avanços dos métodos estatísticos de coleta e análise de dados nos estudos a respeito da distribuição das doenças e das epidemias, bem como a análise de causas e efeitos a partir das possíveis associações entre atributos individuais ou coletivos, formas de exposição e desfechos. A perspectiva biomédica e epidemiológica produziu uma racionalidade para as intervenções da sociedade e do Estado nos moldes de uma ciência normal, restringindo a dimensão social na determinação do processo saúde doença “ao plano instrumental dos atributos”, com a sociedade sendo entendida como um agregado de indivíduos com características

quantificáveis. Tal racionalidade não prioriza nem articula melhorias das condições de vida e trabalho com as estruturas sociais da sociedade ou laços de solidariedade (PORTO, ROCHA, FINAMORE, 2014, p. 4072).

Nesse sentido, ainda que possamos falar na saúde global latino-americana enquanto um campo científico, dificilmente, as CheS ocuparão um papel que não seja secundário neste campo, como provavelmente o será em todas as áreas com nas quais as CheS vierem a associar-se. No entanto, o secundário pode assumir um caráter mais positivo se o olharmos a partir de outra perspectiva: se, nos esquecermos do fato do ‘segundo’ vir depois do ‘primeiro’, e encararmos a posição secundária como uma posição que confere maior ‘liberdade’ para tomar diferentes rumos, analisar diferentes objetos sob a perspectiva das CheS, e quem sabe atingir a tal liberdade mencionada por PB como a condição para a exercício de uma ciência pura, autônoma. Quem sabe, aí, teríamos alguma vantagem neste papel secundário. No entanto, outra condição para o sucesso desta posição, é que, esta ação seja tomada pelo coletivo de cientistas e pesquisadores da área das CheS. Um pesquisador, isolado, não fará florescer a primavera acadêmica na área, senão associado com seus pares. Postura que exige uma tomada de ‘consciência coletiva’ apontada por Bourdieu, e que cada pesquisador abra mão, individualmente, das pequenas vaidades do dia-a-dia, cultivadas, reproduzidas e transferidas cotidianamente de professor para aluno. Outra mudança exigida por esta postura é aceitar e procurar aliar-se a outras áreas para a construção do conhecimento a partir de perspectivas que não sejam exclusivas das CheS. O pesquisador deve estar verdadeiramente disposto a ampliar o diálogo e a escuta para pesquisadores de outras áreas, afinal, o quanto estamos realmente dispostos a produzir conhecimento de modo multidisciplinar? Pelas condições, este é um cenário ideal parece inalcançável, embora, seja condição *sine qua non* de adaptação das CheS aos novos tempos.

Potencializar este papel secundário e trabalhar as potencialidades de se estar no ‘privilegiado’ segundo plano pode expandir as fronteiras do pensamento das CheS de temas tradicionais para temas contemporâneos que deveriam estar em nossas agendas de pesquisa em maior número, como por exemplo:

1. O impacto do desenvolvimento da tecnologia de Inteligência Artificial (IA)⁹³ na sociedade e na população como um todo. O ‘ser humano’ tornou-se uma característica obsoleta? Teremos a ‘total’ substituição da força de trabalho humana pela tecnologia?

⁹³ Para saber mais, consultar este endereço: <https://www.economist.com/news/leaders/21739658-artificial-intelligence-pushes-beyond-tech-industry-work-could-become-fairer-more> Acesso em 13 de junho de 2018.

Como por exemplo, a robótica e a IA? Em caso positivo, como ficarão os trabalhadores humanos diante desta nova condição? Em caso negativo, quais são os motivos da não total substituição? Considerando que, dificilmente, o capital financeiro se recusa a obter lucro. A sociedade precisa ser provocada por nós a fazer este tipo de reflexão.

2. Pensamos a existência e uso da *deep Web*? Para além das questões legais, financeiras ou relacionadas à ciência de dados e da computação, mas sim, na perspectiva das CheS. Por que não? Este poderia ser também um tema para o campo científico acadêmico da SG na AL.
3. Não deveríamos refletir mais sobre a migração motivada por trabalho? Àqueles profissionais que dão corpo ao cada vez maior exército de trabalhadores globais recrutados em todo o mundo, sobretudo pelos países mais desenvolvidos, nações mais capazes de oferecer atrativos inquestionáveis aos novos moradores, como segurança pública e estabilidade econômica por exemplo. Este assunto acaba culminando num tema conhecido, que é a fuga de cérebros, mas que encobre um novo cenário que precisa ser descortinado, como por exemplo, com relação às questões trabalhistas e condições psicológicas e culturais, fundamentais no processo de adaptação do trabalhador migrante? Esta seria uma questão a ser trabalhada pelo campo científico da saúde global?
4. O que dizer do uso global pelas pessoas das descobertas científicas feitas sobre o DNA humano? Faz muito tempo que seu uso aplicava-se exclusivamente às dúvidas de paternidade ou pela ciência forense para confirmação de crimes cometidos por determinados suspeitos. Atualmente, por meio de uma pesquisa de genealogia podemos identificar quem eram nossos ancestrais e de que parte do mundo vieram. Uma gestante pode incluir um teste genético em seu pré-natal e assim, conhecer antecipadamente a possibilidade do feto desenvolver desde doenças simples a enfermidades incuráveis. E o que dizer da alteração do DNA humano^{xviii}? O que dizer do uso político de tecnologias de ponta para determinar a probabilidade de um indivíduo tornar-se um criminoso a partir de código genético e aparência física? Sem contar o uso cada vez mais frequente e tido como inquestionável, de *softwares* de reconhecimento fácil para barrar o acesso de pessoas em países nas zonas fronteiriças. A segurança e o medo tem sido uma justificativa frequente e legitimadora do uso afobado e muitas vezes, irrefletido, dessas tecnologias. A sociedade precisa ser instigada a refletir os motivos de seu medo por nós.

5. Qual papel das CheS quando o assunto é inovação? Podemos produzir conhecimento inovador no nosso campo científico? As tecnologias da informação e informática deveriam ser incluídas na agenda da SG latino-americana?

Embora possamos falar da saúde global na América Latina enquanto campo científico, a globalização deixou a constituição dos campos científicos intermitente, tornado difícil a localização exclusiva de um tema nas delimitações tradicionais das diferentes áreas do conhecimento, cujos limites já não são apenas físicos ou institucionais. A Internet e desenvolvimento meteórico dos meios de comunicação instantânea entre diferentes pesquisadores ao redor do mundo contribuíram para diluir estas barreiras. Embora seja importantíssimo ressaltar que embora estes limites venham ganhando uma porosidade como característica, eles existem, ainda que a justificativa social do papel desempenhado pelas instituições de ensino e pesquisa, que ainda operam, mas não mais com o mesmo poder e vigor de antes. O que ocorre é que a Ágora científica de hoje, é maior e mais complexa, e mais sujeita a intromissões de fora, por pessoas nem sempre capacitadas do ponto de vista técnico e acadêmico. E isso é ruim? Para o campo das ciências sociais Bourdieu, considerava esta intromissão como algo negativo. Mas vivemos outros tempos.

REFERÊNCIAS

Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG). Página principal. Disponível em: <http://alasag.org/es/> Acesso: 27 de jul. de 2018.

Instituto Nacional de Salud Pública del México (INSP/México). Página principal. Disponível em: www.saludglobalinsp.mx Acesso: 13 de jan. de 2017.

Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais (CLACSO). Grupos de Trabalho 2016-19. Disponível em: http://www.clacso.org.ar/grupos_trabajo/detalle_gt.php?ficha=675&s=5&idioma= Acesso: 2 de out. de 2017.

CENTRO RIO DE SAÚDE GLOBAL (CENTRO Rio). Página principal. Disponível em: <http://centroriosaudeglobal.org> Acesso: 30 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Área de avaliação Interdisciplinar. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=Y2FwZXMuZ292LmJyfHRyaWVuYWwtMjAxM3xneDozNGJINDQ2Y2NINWlxMDFm>>. Acesso 16 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Área de avaliação Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/component/content/article/44-valiacao/4682-saude-coletiva>>. Acesso 29 jul. 2015.

CAPES. Tabela de Áreas de Conhecimento/Avaliação. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/tabela-de-areas-do-conhecimento-avaliacao>>. Acesso em: 29 out. 2015.

PÓS GRADUAÇÃO - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP. Programa em Saúde Global e Sustentabilidade. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/pos/?cat=29>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

PÓS GRADUAÇÃO – FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP. Linhas de pesquisa no doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da USP. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/pos/?p=817>>. Acesso em: 26 out. 2015.

PÓS GRADUAÇÃO – FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP. Orientadores no doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da USP. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/pos/?p=820> . Acesso em: 31 de jul. 2018.

MATTA, G. C.; MORENO, A. B.; MATTA, G. C.; MORENO, A. B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. Interface: – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 09–22, 2014. Available fromDisponível em: <<https://goo.gl/3z3r8q>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100009&lng=pt&tlng=pt>. Acesso: 10 jul. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Anais VI Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais em Saúde – 2013. Disponível em: http://www.cienciassociaisesaude2013.com.br/anais_cienciassociais2013.pdf . Acesso: 2 de out. de 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Boletim Anual – Prestação de contas 2013. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/01/Boletim-Abrasco-2013.pdf> Acesso: 25 de set. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva ANO XXIV - BOLETIM ESPECIAL - SETEMBRO DE 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20071205123751.pdf> . Acesso: 7 de set. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Projeto Memória: 30 anos da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/comissaodecienciassociaisemsaude/wp-content/uploads/sites/5/2016/11/Projeto_Memoria_CBCSHS.pdf . Acesso: 27 de ago. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Sobre a ABRASCO.

Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/sobreabrasco/> . Acesso: 24 de ago. 2017.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 17, n. 35, Jun. 2011 . Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832011000100009&lng=en&nrm=iso >. Acesso 14 ago. 2015.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 86 p.

BOURDIEU, P. **Homo Academicus**. Florianópolis – Santa Catarina: Editora UFSC, 2011. 312 p.

CANESQUI, A.M. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.215-249, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n2/v18n2a03.pdf> . Acesso: 30 de ago. 2017.

ALMEIDA, C. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.148-164, mar., 2010.

Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19077/2/355-1619-1-PB.pdf> . Acesso: 31 de julho de 2018.

Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais (CLACSO). Grupos de Trabalho 2016-19.

Disponível em:

http://www.clacso.org.ar/grupos_trabajo/detalle_gt.php?ficha=675&s=5&idioma= Acesso: 2 de out. de 17.

CONSELHO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS (CLACSO). Presentación Institucional – Gestão 2015. Disponível em:

http://www.clacso.org.ar/institucional/documentos/CLACSO_Institucional_ESP.pdf Acesso: 2 de out. de 17.

Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais (CLACSO). Presentación Institucional – Gestão 2015. Disponível em:
http://www.clacso.org.ar/institucional/documentos/CLACSO_Institucional_ESP.pdf Acesso: 2 de out. de 17.

CONSELHO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS (CLACSO). Qué es CLASCO. Disponível em:
http://www.clacso.org.ar/institucional/que_es_clacso.php?s=2&idioma . Acesso: 2 de out. de 17.

Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais (CLACSO). Qué es CLACSO. Disponível em: http://www.clacso.org.ar/institucional/que_es_clacso.php?s=2&idioma . Acesso: 2 de out. de 17.

CUETO, M. **O Valor da Saúde – História da Organização Pan-Americana da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DORTIER J-F. **Dicionário de Ciências Humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1995.

ELIAS N. & SCOTSON J.L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

FORTES, P. A. de C. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, Jun. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500152&lng=en&nrm=iso>. Acesso 30 jul. 2015.

FRANCO-GIRALDO A. Revisión de enfoques académicos en salud global: un marco analítico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1811-1823, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1811.pdf> >. Acesso: 14 ago. 2017.

GÓMEZ, J., FREITAS, O., & CALLEJAS, G. Educação e Desenvolvimento Comunitário Local. **Perspectivas Pedagógicas e Sociais da Sustentabilidade**. Porto: Profedições, 2007.

KEROUEDAN, D. Segurança ou insegurança da saúde mundial na África? Mais saúde parcial do que saúde global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 98, p. 47-76, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00047.pdf> >. Acesso 15 ago. 2015.

KOPLAN, J.P; et al. Towards a common definition of global health. **Lancet**, n. 373, p. 1993-95. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/d275/59c390a05e9a3f440fc96703034873e333b9.pdf> >. Acesso: 23 de jan. de 2018.

LÉVI-STRAUSS C. & ERIBON D. **De perto e de longe**. São Paulo: Cosac Naify, 2005.

MINAYO, M.C de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 10 Ed., 2007.

NORBERT E. & SCOTSON J.L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

NUNES, J. & PIMENTA, D.N. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 98, p. 21-46, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00021.pdf> >. Acesso 15 ago. 2015.

PORTO, M. F. de S.; ROCHA, D. F. da; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 10, p. 4071-4080, Oct. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004071&lng=en&nrm=iso>. Acesso 13 de jun. 2018.

RED LATINOAMERICANA DE HISTORIA ORAL (RELAHO). Disponível em: <<http://www.relaho.org/>>. Acesso: 7 ago. 2017.

RED DE SITIOS DE MEMORIA LATINOAMERICANOS Y CARIBEÑOS. Disponível em: < <https://redlatinoamericanadesitiosdememoria.wordpress.com/sobre-la-red-latinoamericana-de-sitios-de-memoria/> >. Acesso: 7 ago. 2017.

REDE DE PSICOLOGIA AMBIENTAL LATINO-AMERICANA (REPALA). Disponível em: < <http://www.cchla.ufrn.br/repala/home.html> >. Acesso: 7 ago. 2017.

REDE LATINO-AMERICANA HISTORIA PENSADA. Disponível em: < <http://hpensada.wixsite.com/historiapensada> >. Acesso: 7 ago. 2017.

SOCIEDADE INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA (SPI). Disponível em: < <https://sipsych.org/> >. Acesso: 7 ago. 2017.

VENTURA, D. & NUNES J. Apresentação. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 98, p. 1-10, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00007.pdf> >. Acesso 15 ago. 2015.

WACQUANT, L. Dossiê Pierre Bourdieu no campo – Seguindo Pierre Bourdieu no campo. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 26, jun. 2006, p. 13-29. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/8102> Acesso: 24. nov. 2018.

ⁱ Para saber mais, consultar este endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000500012 Acesso em 26 de maio de 2018.

ⁱⁱ Para saber mais, consultar este endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000500013 Acesso em 26 de maio de 2018.

ⁱⁱⁱ Para saber mais, consultar este endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64452016000200107&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 26 de maio de 2018.

^{iv} Para saber mais, consultar este endereço: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000200001 Acesso em 26 de maio de 2018.

^v Traduzido do original: “Global health is fashionable. [...]. However, although frequently referenced, global health is rarely defined. When it is, the definition varies greatly and is often little more than a rephrasing of a common definition of public health or a politically correct updating of international health. Therefore, how should global health be defined?” (Koplan *et al*, 2009, p.1993).

^{vi} Traduzido do original: “Thus, on the basis of this analysis, we offer the following definition: global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, deter- minants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes inter- disciplinary collaboration; and is a synthesis of population- based prevention with individual-level clinical care. We call for the adoption of a common definition of global health. We will all be best served (and best serve the health of others around the world) if we share a common definition of the specialty in which we work and to which we encourage others to lend their efforts” (Koplan *et al*, 2009, p.1995).

^{vii} Traduzido do original: “Global health has come to encompass more complex transactions between societies. Such societies recognise that the developed world does not have a monopoly on good ideas and search across cultures for better approaches to the prevention and treatment of common diseases, healthy environments, and more efficient food production and distribution. The preference for use of the term global health where international health might previously have been used runs parallel to a shift in philosophy and attitude that emphasises the mutuality of real partnership, a pooling of experience and knowledge, and a two-way flow between developed and developing countries” (Koplan *et al*, 2009, p. 1994-5).

^{viii} Traduzido do original: “Clearly, many disciplines, such as the social and behavioural sciences, law, economics, history, engineering, biomedical and environmental sciences, and public policy can make great contributions to global health. Thus, global health encompasses prevention, treatment, and care; it is truly an interdisciplinary sphere.” (Koplan *et al*, 2009, p.1995).

^{ix} El argot académico se ha visto inspirado por diversos centros e institutos de salud global, principalmente en Europa y en América. [...]. Los enfoques en salud global se van perfilando desde las concepciones de las ciencias sociales, pero en muchos casos, [...], algunas versiones de la salud global corren el riesgo de quedarse en una visión “demasiado sanitaria”, muy parecida a la salud internacional de viejo cuño y, en otros casos, se dejan de lado los conceptos de transdisciplinariedad, tran-sectorialidad y transnacionalización, así como la presencia de nuevos actores que la globalización ha impuesto (2015, p.1812).

^x Tradução nossa do original: Ser la alianza líder en salud global en Latino América y el Caribe y portavoz de la región a nivel mundial. [...]. El propósito de ALASAG es constituirse en una respuesta frente a los diversos retos que plantea la globalización a la salud de las poblaciones, especialmente aquellas más vulnerables, con una identidad propia en que se privilegia la superación de las desigualdades e inequidades, el reconocimiento de nuestras identidades nacionales y un profundo respeto a la idiosincrasia e identidad de nuestros pueblos, incluyendo el posicionamiento en los distintos foros mundiales. [...]. Crear lazos de colaboración entre grupos de profesores/investigadores de instituciones académicas de la región con el objetivo de establecer un programa articulado de formación, capacitación y actualización de recursos humanos, investigación y cooperación técnica para el desarrollo de políticas y programas que responda a los retos de la salud global que enfrentamos en Latinoamérica (ALASAG – Costa Rica, 2017).

^{xi} Tradução nossa do original: un bien público mundial que trasciende fronteras, que está relacionado con la justicia social y que tiene como ejes a la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos. Buscamos la cooperación entre las instituciones miembros en la formación de recursos humanos, capacitación, investigación para la acción, cooperación técnica y abogacía en Salud Global, aprovechando similitudes, sinergias, necesidades e intereses compartidos en América Latina. Proponemos aportar la mirada latinoamericana a los temas más candentes de la agenda mundial sobre salud y desarrollo (ALASAG – Costa Rica, 2017).

^{xii} ABRASCO foi criada em 1979. Motivados em organizar uma associação que reunisse os distintos cursos na área de modo a estabelecer “uma nova postura frente aos saberes e às práticas desse campo do conhecimento”, estabeleceu como objetivo “atuar como mecanismo de apoio e articulação entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em Saúde Coletiva para o fortalecimento mútuo das entidades associadas e para ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica e desta com os serviços de saúde, as organizações governamentais e não governamentais e a sociedade civil” (ABRASCO). A ABRASCO participou ativamente da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro desde sua proposição, defesa da proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e promulgação na Constituição de 1988. Compõem a associação dois fóruns dedicados à formação: o Fórum de Coordenadores de Pós-graduação em Saúde Coletiva – criado em 1996, e o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva – criado em 2011. É responsável por dois periódicos científicos e uma revista destinada a ensaios: a Revista Ciência & Saúde Coletiva – criada em 1996, é publicada mensalmente; Revista Brasileira de Epidemiologia – criada em 1998, publicação trimestral; e, a Revista Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva – criada em 2015, conta até o presente momento com quatro volumes publicados. É constituída por associados individuais – graduandos, pós-graduandos, pesquisadores e profissionais de saúde; e associados institucionais –

escolas, institutos e departamentos de Saúde Pública / Saúde Coletiva e Medicina Social e Preventiva. Em âmbito internacional, integra a Federação Mundial de Associações de Saúde Pública (WFPHA) desde 2002, e à Associação Latino-Americana de Medicina Social e Saúde Coletiva (ALAMES).

^{xiii} Segundo Solimano & Valdivia (2014, p. 358), têm-se registro de 7 instituições na América que possuem programas de ensino e pesquisa em Saúde Global: Saúde Global do Instituto Nacional de Salud Pública de México; Saúde Global da Universidade do Chile; Saúde Pública e Global da Universidad Peruana Cayetano Heredia; especialização em Saúde Global e Diplomacia em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; Saúde Pública da Universidad de Antioquia/Medellín/Colombia, Saúde Pública São Jose, da Universidad de Costa Rica, que têm desenvolvido investigação em Saúde Global; e por fim, a Universidade de São Paulo que tem um programa de doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade.

^{xiv} Um aluno não respondeu esta questão.

^{xv} Tradução nossa do original: Contribuir al avance de la salud global y equidad social a través de estrategias de investigación, enseñanza, vinculación y cooperación técnica, al interior del INSP y en ámbitos nacional, regional y mundial (INSP – Mexico, 2017, p.1).

^{xvi} Tradução nossa do original: Desarrollar y capacitar recursos humanos de alto nivel con perspectiva de salud global que sean capaces de analizar, con profundidad local y alcance global, los retos que enfrenta la salud pública y responder a ellos oportunamente. [...] Estimular y orientar la generación y conducción de proyectos de investigación interdisciplinarios con enfoque de salud global que respondan a problemas prioritarios de salud pública en la región de las Américas y en el ámbito mundial. [...] Impulsar y promover la colaboración horizontal vinculando a individuos e instituciones a través de alianzas estratégicas con el fin de fomentar el diálogo y la cooperación para responder a temas y riesgos de salud nuevos y re-emergentes”. (INSP – Mexico, 2017, p.1-2).

^{xvii} Para saber mais, consultar este endereço: <http://www5.usp.br/90912/pesquisadores-discutem-ganhos-e-riscos-da-alteracao-do-dna-humano/> Acesso em 11 de junho de 2018.