UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

A Promoção da Saúde no Haiti por meio de organizações
humanitárias

Renata Fortes Itagyba

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Global e Sustentabilidade para obtenção
do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Global e
Sustentabilidade

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Bógus

São Paulo

2019

A Promoção da Saúde no Haiti por meio de organizações humanitárias

Renata Fortes Itagyba

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Global e Sustentabilidade para obtenção
do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Global e
Sustentabilidade

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Bógus

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo (a) autor (a)

Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Itagyba, Renata

A promoção da saúde no Haiti por meio de organizações humanitárias / Renata Itagyba; orientadora Cláudia Maria Bógus. -- São Paulo, 2019.
189 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

1. Ajuda humanitária. 2. Haiti. 3. Promoção da Saúde. 4. Saúde Global. I. Bógus, Cláudia Maria, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Dedico esta pesquisa:

À Profa. Dra. **Cláudia Maria Bógus**, pela orientação impecável e por conseguir organizar os meus pensamentos de forma tão clara. E às queridas amigas que fiz durante a construção do Doutorado, pelos conselhos e pelos melhores cafés da tarde, especialmente à **Jéssica Vaz Franco**, pela ajuda desinteressada.

Ao marido **Vinicius Moço**, amor da minha vida, com quem, nos últimos quatro anos de construção da tese, casei-me e proporcionou-me a dádiva da maternidade. É com quem divido, de forma tão leve, as felicidades e angústias. Agradeço também aos meus sogros, cunhados e à amável **Alice Cezaretto**, pela pureza de sempre me receber à porta.

À **Renato Itagyba** e **Cristina Rocha**, por serem pais e avós tão atenciosos, nunca medindo esforços para verem os seus filhos e netos felizes. Sou eternamente grata por tanto zelo e amor. À **Renan Itagyba**, que se tornará médico em poucos meses, maninho de tantas histórias e parceria implacável desde sempre. Aos **três irmãos** que recebi de presente – **Danielle Silva**, **Grazielle Palharini** e **Vinícius Lima**. Em um ciclo de fraternidade, por meio deles conheci novas alegrias: cunhados admiráveis, com quem geraram doces sobrinhos. Dedico esse trabalho à **Giovana Itagyba**, minha afilhada (leia-se: *filha do coração*), por nos iluminar com o seu sorriso e a sua inteligência; à **Victor Silva** e **Lorena Silva**, espiritualmente evoluídos e crianças encantadoras; à **Arthur Itagyba**, por ser tão esperado e amado.

Aos que me oferecem a incrível experiência sobre a relação avós-neta: **Teresa Itagyba** e **Santo Fortes**. Aos avós que já se foram, **Thereza Farillo** e **Olavo Itagyba**, mas cumpriram seus papéis brilhantemente. À **D. Maria** e **Sr. Pedro**, que também me acolhem como neta.

À **Stella Pellegrini** e **Celso Pellegrini**, e aos dois primos maravilhosos que trouxeram ao mundo, pela dedicação ilimitada. Sinto todos os dias o amor que exalam - e é absolutamente recíproco! Agradeço também à família **Mello** e à **Sonia Sacco** pelo doce carinho.

Aos **meus padrinhos**, que florescem a vida e enchem-me de afetuosidade: **Elizabeth Farillo** (+ Tio Francisco e meninos) e **Olavo Itagyba** (+ Tia Sílvia e meninos).

Aos **amigos-irmãos**, cujas famílias se tornaram também minhas, pelo acolhimento incondicional: família **Longano** (obrigada, **Anna Carolina** e **Vítor Freire!**); família **Favale**

(obrigada, **Pedro** e **Luiza**!); família **Birkeland** e **Aloe** (obrigada, **Raquel** e **Vinicius**!) e família **Russo** (obrigada, **Patrícia**!).

Aos **familiares** que torcem por mim mesmo à distância: Tia **Anita Dimarzio** (e familiares), Tia **Elza Miola** (e familiares), Tia **Jenny Dimarzio** (e familiares), Tio **Roberto Itagyba** (e familiares) e Tia **Sandra Vilardo** (e familiares), incluindo todos os primos, que colorem a vida.

À **ClearSale**, que me ofereceu grandes e inesquecíveis amigos, certamente eternos. Especialmente à **Ana Carolina Bispo**, **Ana Capo**, **Ana Silva**, **Anderson Bezerra**, **André Borin**, **Cecília Warschauer**, **Cynthia Saito**, **Danilo Feltrini** (e Carol), **Carolina Almeida**, **Danielle Natalício**, **Giuliana Colferai**, **Iris Lo-Buono**, **Juliana Domingos**, **Juliana Oliveira**, **Kelly Amaral**, **Lígia Almeida**, **Rubens Monteiro** (e Rô), **Vinicius Correa** (e Emily) e **Viviane Munhoz**. À **Mauro Back**, pelas maiores demonstrações de confiança que alguém já pôde oferecer. À **Claudia Escanferla** (e Aninha), pelo bem-querer genuíno à humanidade.

Ao grupo dos “**Bons Tempos**”, pela amizade duradoura. Em especial à **Jorge Briner** e **Marjorie Soares**, por sempre se importarem.

Aos “**Dantinos**”, pelo carinho constante, desde os tempos de colegial, em especial à **Mariana Angelini** e **Victor Soraggi**, pela afetuosidade nos pequenos gestos.

Às “**Ronaldas**”, pela jovialidade inesgotável e pelos grandes momentos durante o intercâmbio nos EUA. Em especial à **Bruna Orosco** e **Mariana Azevedo**, por provarem que a estima não possui barreiras geográficas.

Ao “**TN**”, grupo que me foi apresentado pelo Vinicius e, hoje, oferece-me incontáveis provas de amizade. Agradeço especialmente à **Jenifer Nascimento**, por ser a mentora para que eu descobrisse a minha força interior.

Aos **amigos pesquisadores da USP**, que carregam brilhos nos olhos e esperança de um mundo mais justo na alma, em especial **Ana Maria Tobaldini**, **Joyce Rezende**, **Luís Jardim**, **Mário Videira**, **Nathalie Bressiani** e **Raquel Krempel**.

Aos **amigos** que não se encaixam em nenhum dos grupos citados anteriormente, mas comprovam que “*a vida é arte do encontro*”: **Aichah El Orra**, **Ana Kristina Eichinger** (e família), **Maria Carolina França**, **Marcelo dos Santos** (D2) e **Samya Vaz**, pelo companheirismo de valor inestimável.

Aos **futuros médicos**, dos quais me orgulho: à **turma TXII**, da Universidade Estadual do Mato Grosso (UNEMAT), por receber-me de braços abertos rumo ao sonho da Medicina.

Espero que consigam aplicar os belos princípios da Promoção da Saúde, apresentados nesta tese, em suas práticas cotidianas. Disseminem a humanização em saúde e sejam bons médicos assim como são bons amigos.

Aos **entes queridos** que já partiram, mas estão sempre em minha memória. Em especial, à estrela mais brilhante de todo o Universo: **Regina Farillo Fortes**.

Com açúcar e com afeto, dedico esse trabalho especialmente à **Antônio Itagyba Rocha**, nosso Tom, que já é dono vitalício do meu coração e chegará em poucos meses. Filho: espero, genuinamente, que você seja uma pessoa boa e faça o melhor pelo mundo. Lembre-se de que a verdadeira revolução só acontece por meio do amor ao próximo.

*“Estou preso à vida e olho meus companheiros
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças
Entre eles, considero a enorme realidade
O presente é tão grande, não nos afastemos
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas”.*

De Mãos Dadas,
Carlos Drummond de Andrade (1940)

RESUMO

ITAGYBA RF. A Promoção da Saúde por meio das organizações humanitárias. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2019.

Introdução: O estudo analisou de que forma as principais organizações humanitárias atuam na Promoção da Saúde no Haiti. A pesquisa esteve focada em três instituições de grande porte, selecionadas a partir do relatório da Global Geneva (2015), consultoria filantrópica reconhecida mundialmente na avaliação de organizações de ajuda humanitária, que são, segundo o documento, (1) *Comitê Internacional da Cruz Vermelha*, (2) *Médicos sem Fronteiras* e (3) *Partners in Health*. Buscou-se compreender de que forma essas entidades estão inseridas no contexto da globalização neoliberal, que remonta à mercantilização da saúde e ao enfraquecimento do Estado, e de que maneira se relacionam com a pluralidade de atores sociais em saúde. **Objetivos:** O objetivo geral desta pesquisa consistiu em analisar de que forma as maiores organizações de ajuda humanitária atuam na Promoção da Saúde do Haiti, pela perspectiva dos princípios da Equidade, da Intersetorialidade, da Participação Social e da Sustentabilidade. Ademais, investigou-se se há evidências de posturas imperialistas nas ações das entidades humanitárias, unificadas sob o conceito de *neoneocolonialismo* neste estudo. Além disso, averiguou-se se é possível identificar transformações em longo prazo na comunidade haitiana, a partir da intervenção das três organizações selecionadas como representantes da atuação humanitária. **Método:** A tese assumiu base qualitativa e a coleta de dados foi realizada por revisão da literatura acadêmica, análise documental dos materiais fornecidos pelas próprias instituições, pelo governo haitiano e por organizações intermediárias, além de entrevistas com 15 colaboradores, incluindo dirigentes, das organizações. **Resultados:** Ao se considerar o aparato teórico e as entrevistas, constatou-se que as organizações aplicam os princípios da Promoção da Saúde de maneira incipiente e fragmentada, carecendo de um modelo estruturado e capaz de modificar o cenário haitiano em longo prazo. Em meio a lacunas e contradições, contudo, as organizações também trazem benefícios à comunidade haitiana e são reconhecidas pela população, principalmente ao se considerar as limitações do sistema de saúde haitiano.

DESCRITORES:

Ajuda humanitária; Haiti; Promoção da Saúde; Saúde Global.

ABSTRACT

ITAGYBA RF. Promotion through humanitarian organizations. [Thesis]. Sao Paulo: School of Public Health - University of Sao Paulo; 2019.

The present study aimed to analyze how the main humanitarian organizations develop Health Promotion in Haiti, considering the current context of globalization and neoliberalism. The research was focused on three large institutions, selected from the Global Geneva Report (2015), worldwide philanthropic consultancy recognized in the evaluation of humanitarian aid organizations, which are (1) *International Committee of the Red Cross (ICRC)*, (2) *Doctors Without Borders (MSF)* and (3) *Partners in Health (PIH)*.

The method used was a qualitative basis and the data collection was done by reviewing the academic literature. Documents were provided by the institutions, by the Haitian government and by intermediary organizations, especially on the internet. Furthermore, interviews were conducted with leaders and workers of the organizations.

Therefore, from the perspective of Equity, Intersectorality, Social Participation and Sustainability - which are among the principles of Health Promotion -, the main objective of the study was to analyze the existence of imperialist aspects in the actions of humanitarian organizations (practice denominated *neoneocolonialism* in the study) and if there is a real transformation in the Haitian scenario, especially in long term, idea aligned with the idea of Health Promotion.

Considering the theoretical scope and interviews, it was verified that, although the organizations bring positive results to the Haitian community and its importance be recognized by the population, there are still essential gaps to guarantee permanence of actions in the country and to mitigate imperialism in Haiti.

DESCRIPTORS:

Global Health; Haiti; Health promotion; Relief Work.

LISTAS: GRÁFICOS, IMAGENS, MAPAS, QUADROS E TABELAS

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Polícia Federal do Brasil, 2014	p. 61
GRÁFICO 2 - Polícia Federal do Brasil, 2015	p. 62
GRÁFICO 3 - McKinsey Global Institute / Banco Mundial, 2015	p. 64
GRÁFICO 4 - Relatório Anual MSF, 2010	p. 90

IMAGENS

IMAGEM 1 - A Nova Fase da Imigração Haitiana, Revista Veja, 2015	p. 63
IMAGEM 2 - Site oficial da Cruz Vermelha	p. 84

MAPAS

MAPA 1 - Plataforma World Mapper, 2013	p. 30
MAPA 2 - Atuação CICV. Acesso em: <17 de fevereiro de 2019>	p. 86
MAPA 3 - Atuação MSF. Acesso em: <17 de fevereiro de 2019>	p. 96
MAPA 4 - Atuação PIH. Acesso em: <17 de fevereiro de 2019>	p. 98

QUADROS

QUADRO 1 - IBGE	p. 48
------------------------------	-------

TABELAS

TABELA 1 - Site do Ministério da Saúde Pública e População do Haiti, 2012	p. 68
TABELA 2 - World Development Report, 2012	p. 72
TABELA 3 - World Development Report, 2012	p. 73
TABELA 4 - Relatório Anual MSF, 2017	p. 90
TABELA 5 - Relatório Anual MSF, 2017	p. 93

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	p. 17
---------------------------	--------------

CAPÍTULO 1 - DEFININDO OS CONCEITOS DA PRESENTE PESQUISA

1.1.Trilho rumo à Saúde Global: uma visão emancipadora em saúde	p. 20
1.2.Promoção da Saúde	p. 25
1.3.O atual fenômeno da globalização	p. 36
1.4.Neoneocolonialismo: a globalização neoliberal e o viés imperialista	p. 40
1.5.Mercantilização da saúde	p. 42
1.6.O pluralismo dos atores sociais em saúde e o avanço da ajuda humanitária .	p. 45

CAPÍTULO 2 - OBJETO, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO

2.1. Justificativas para o estudo	p. 55
2.2. Por que o Haiti	p. 58
2.3. Relação entre o Brasil e o Haiti na atualidade	p. 59
2.4. A crise dos refugiados e o estreitamento das relações entre os países	p. 60
2.5. O Brasil como agente humanitário	p. 66

CAPÍTULO 3 - CAMPO DE ESTUDO: SOBRE O HAITI

3.1. Informações gerais sobre o Haiti	p. 67
3.2. A História do Haiti	p. 68
3.3. O Haiti contemporâneo	p. 71
3.4. Terremoto de 2010, Furacão Matthew e a cólera no Haiti	p. 75
3.5. A Organização do Sistema de Saúde no Haiti	p. 77

CAPÍTULO 4 - AS ORGANIZAÇÕES HUMANITÁRIAS COMO POTENCIAIS AGENTES DE TRANSFORMAÇÃO

4.1. A luta vermelha em saúde: sobre o Movimento da Cruz Vermelha	p. 81
4.2. Cidadãos do mundo: sobre a Organização Médicos Sem Fronteiras	p. 89
4.3. Engajados no Haiti: sobre a Organização Partners in Health (PIH)	p. 97

CAPÍTULO 5 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO MÉTODO

5.1. Investigação qualitativa	p. 100
-------------------------------------	--------

5.2. A escolha das organizações humanitárias norteadoras do estudo	p. 102
5.3. Entrevistas	p. 105
5.4. Desafios metodológicos	p. 113
5.5. Obtenção e padronização dos dados obtidos	p. 114
5.6. Análise do discurso e o eixo teórico	p. 115

CAPÍTULO 6 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1. Hipóteses iniciais	p. 118
6.2. As entrevistas e as suas entrelinhas	p. 119
6.3. Diferenças entre os discursos	p. 120
6.4. Estrutura física no Haiti	p. 126
6.5. Comparação entre as organizações	p. 130

CAPÍTULO 7 - NEONEOCOLONIALISMO: TRAÇOS DE IMPERIALISMO NAS AÇÕES ORGANIZACIONAIS

7.1. Questão racial e o imperialismo	p. 138
7.2. O princípio da neutralidade: discurso x teoria	p. 139
7.3. O princípio da neutralidade nas organizações	p. 141
7.4 Humanitarismo Tradicionalista x Novo Humanitarismo	p. 147

CAPÍTULO 8 – A APLICABILIDADE DOS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

8.1. O emergencial sobrepondo-se à Sustentabilidade	p. 150
8.2. As lacunas na Intersetorialidade como empecilhos.....	p. 160
8.3. A Equidade como estrada para a justiça social	p. 168
8.4. A Participação Social: a essência do potencial de transformação humanitário	p. 171

CAPÍTULO 9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS	p. 181
ANEXOS	p. 191
CURRÍCULO LATTES	p. 195

APRESENTAÇÃO

Desde a minha adolescência, no processo de construção identitária, percebia-me como alguém da área das Humanidades. O espírito curioso quanto a questões metafísicas, a necessidade de manejo dos meus próprios sentimentos, o gosto natural pelas Artes, a beleza da erudição filosófica, o empenho em projetos sociais e as indagações sobre o comportamento das pessoas conduziram-me ao curso de Filosofia, decisão atípica na contemporaneidade, ainda mais para uma jovem de 17 anos. Com essa escolha, também rompi com a tendência de carreira da minha família, toda composta por profissionais da saúde.

Em 2008, fiz uma pausa na graduação para realizar uma experiência de intercâmbio nos Estados Unidos, quando participei de cursos de Literatura na Long Island University. Morei um ano em Nova Iorque e seis meses na Carolina do Norte, aprimorando o inglês e adquirindo valiosas experiências de vida.

Ao voltar para o Brasil, concluí o Bacharelado em Filosofia na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP), em 2010, complementando-o também com a Licenciatura na Faculdade de Educação. Por gostar muito de escrever e sem querer parar de estudar, ingressei no Mestrado em Ciências da Comunicação, na Escola de Comunicações e Artes da USP, em 2012. Pesquisei a ditadura civil militar no Brasil entre 1964 e 1985, uma vez que a temática do autoritarismo intrigava-me desde os tempos do Ensino Médio. Na defesa, a banca examinadora recomendou a publicação da dissertação e, em 2017, concretizei o sonho de publicar o meu 1º livro, “*O Brasil ditatorial nas páginas do New York Times*”, com poucas alterações do texto original.

No final de 2012, eu e o meu namorado – atualmente marido, Vinicius Rocha Moço – participamos de uma experiência de voluntariado no Hospital da Cruz Vermelha em Rondebosch, na África do Sul, que foi transformadora. Envolvemo-nos com o entretenimento de crianças hospitalizadas, e esse contato aflorou em mim a vontade, já latente, de unir os conhecimentos das Ciências Humanas aos das Biológicas.

Procurei, então, o Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da USP. No processo seletivo, a Profa. Cláudia Bógus acolheu o meu currículo interdisciplinar e permitiu que eu embarcasse em um novo mundo de conhecimentos.

Após mais de quatro anos de dedicação e descobertas, encontro-me nos momentos finais do Doutorado. Chego a este ponto cheia de questionamentos, mas com uma certeza: de que as Humanidades e a área da saúde não são distanciadas, mas amplamente interligadas –

embora o mundo tente nos convencer de que o conhecimento é fragmentado e deva ser colocado em caixinhas inflexíveis.

Tudo, enfim, se conectou com beleza suprema. Hoje, consigo entender o que Steve Jobs quis dizer em seu discurso “*Connecting Dots*”, no qual afirma que só podemos conectar os pontos do que aconteceu em nossas vidas *depois* que os fatos acontecem. Os significados vieram à tona, e cada parte desta tese resgata um pouco das minhas experiências, que antes se apresentavam como um mosaico. A Filosofia desenvolveu minha análise crítica e permitiu o contato com autores-base desta tese; o intercâmbio nos EUA propiciou que eu realizasse entrevistas em inglês com os colaboradores internacionais; o Mestrado em Comunicação proporcionou uma análise discursiva minuciosa em relação às entrevistas; o tema da ditadura civil militar colocou-me previamente em contato com o âmbito do imperialismo; e o trabalho social na África apresentou-me os bastidores das organizações humanitárias.

Agora, continuo caminhando... Aprendendo, a cada dia, sobre como exercer a Medicina, curso no qual ingressei há pouco, de forma humanizada e mais alinhada com os princípios da Promoção da Saúde. Pensando, enfim, em maneiras de se construir uma nova mentalidade em saúde, que seja tecnicamente capaz de ajudar às pessoas e também direcionada para o amor ao próximo. Sigamos, todos, de mãos dadas.

CAPÍTULO 1 - DEFININDO OS CONCEITOS DA PRESENTE PESQUISA

O embasamento teórico deste estudo ancora-se, principalmente, nas concepções de Saúde Global e Promoção da Saúde. Porém, esses termos permitem múltiplas interpretações, o que gera a necessidade de especificar os seus significados.

O assentamento das definições tem por objetivo reduzir incompatibilidades no campo teórico. O termo *Saúde Global*, por exemplo, tem a potencialidade de apresentar aspectos multifacetados nos debates acadêmicos e políticos de saúde e ser compreendido de formas diferentes, como “*bens públicos globais*”, “*governança global em saúde*”, “*saúde pública global*”, “*diplomacia da saúde*” ou ainda “*cooperação internacional*” (SAMPAIO et al., 2016). Pode, ademais, ser atrelado aos paradigmas da globalização quando, na verdade, a Saúde Global busca justamente combater as disparidades intrapaíses e assimetrias mundiais fomentadas pelo atual fenômeno globalizante.

Outrossim, o empenho pela definição conceitual não se trata apenas de uma estratégia para mitigar confusões semânticas, mas visa, sobretudo, a impedir possíveis ressignificações ideológicas. Afinal, uma vez que termos polissêmicos podem significar tudo para todos, corre-se o risco de servirem tanto a proposições comprometidas com o *status quo* quanto, paradoxalmente, a projetos socialmente transformadores (CARVALHO, 2004). Os conceitos podem, assim, ser aproveitados pelos atores hegemônicos do capitalismo, como a indústria farmacêutica e os agentes de mercantilização da saúde. É válido, portanto, delimitá-los para que não sejam utilizados para a reafirmação do *status quo*, especialmente em um contexto no qual as organizações humanitárias, abordadas nesta pesquisa, podem ser vistas, no cenário de globalização neoliberal, como um caminho para uma maior responsabilização do indivíduo e/ou grupos sociais, ou ainda a “*desresponsabilização*” do Estado no que tange a questões sociais.

Para evitar deturpações e tratar da abordagem conceitual de maneira mais efetiva, os próximos parágrafos recorrem à historicidade e às transformações conceituais ocorridas ao longo do tempo, e não apenas a uma abordagem meramente descritiva.

1.1.Trilho rumo à Saúde Global: uma visão emancipadora da saúde

A Saúde Global é uma vertente que valoriza a Equidade, a Autonomia e a Participação Social nas decisões mundiais em saúde. Especialmente em época de crises, como a que vivemos na atualidade, o caráter humanista que permeia a Saúde Global é imprescindível na busca por justiça social.

Para compreender a concepção da Saúde Global, porém, é preciso recorrer à historicidade do termo. Os próximos parágrafos retratam a trajetória do conceito de saúde até a Saúde Global, que será a perspectiva norteadora deste estudo. É válido assinalar que as diversas vertentes de saúde não apresentam uma ordem cronológica rígida: muitas vezes, essas concepções coexistiram e, em alguns casos, ainda coexistem. Dessa forma, o desenvolvimento da ideia de Saúde Global não é necessariamente linear.

A trajetória da Saúde Global tem como principais antecedentes a Saúde Pública e a Saúde Internacional, de modo que, com a primeira, compartilha o foco multiprofissional, o que remete a ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Enquanto que, com a Saúde Internacional, coparticipa em uma abordagem para além das fronteiras nacionais (FORTES & RIBEIRO, 2014).

Antes do advento da Saúde Pública e da Saúde Internacional, porém, o mundo experimentava vertentes de saúde essencialmente voltadas para a dominação social. Nesse sentido, o filósofo Michel Foucault analisou os jogos de interesse que se apropriavam do campo da saúde, sendo capazes de influenciar a maneira de pensar e agir do ser humano e, por conseguinte, controlar a subjetividade dos sujeitos (FOUCAULT, 1979). A saúde compunha uma *estratégia biopolítica*, sendo um poder exercido sobre o coletivo e um instrumento de normatização sobre a constituição do indivíduo (FOUCAULT, 1975).

No século XVIII, as casas e os espaços individuais passaram a receber intercepções da vigilância sanitária e orientações sobre *como* se viver. A nova configuração da saúde foi analisada pelo filósofo como uma higienização da sociedade por meio de intervenção médica coercitiva, caracterizando um tipo de invasão ao espaço privado a partir de um prepotente conhecimento científico médico-sanitarista (FOUCAULT, 1975).

Não se tratava, destarte, apenas da cura impositiva de doenças, mas do estabelecimento de uma postura normativa nas diferentes esferas da vida, transformando indivíduos vistos como desviantes em normalizados, ou seja, adequando os comportamentos àqueles considerados aceitáveis pela sociedade (FOUCAULT, 1980).

Posteriormente, a chamada Medicina Social¹ operava em uma lógica similar, inspecionando o modo de vida das pessoas ao oferecer saúde e secularizando costumes (HERSCHMANN, 1994). Controlar a saúde da sociedade significava torná-la “civilizada”, o que implicava restringir a autonomia da população. Essa busca pela ideia de civilidade atendia principalmente aos interesses dos detentores do *status quo* da época, e enquadra a saúde em relações de poder que incitam ao processo de assujeitamento, no qual as pessoas perdem a autonomia e a voz nos processos decisórios.

A lógica da Medicina Social também pressupõe a doutrinação das pessoas para a formação de força de trabalho. No contexto capitalista emergente pelas Revoluções Industriais, o biopoder definido Foucault indica a pretensão de, por meio da saúde, tornar a vida das pessoas economicamente útil (FOUCAULT, 1975), de forma a obter o controle dos corpos como aparelho de produção e regulação de esferas financeiras.

Paulatina e concomitantemente, foi surgindo uma nova visão de saúde: a Saúde Internacional, desenvolvida em 1913 pela Fundação Rockefeller, nos Estados Unidos. Resguardando características da Medicina Social, a Saúde Internacional também podia estar atrelada a motivações comerciais, porém mostrava-se mais engajada em apontar a importância da comunicação entre os países nas questões relacionadas à saúde, como mostra o chamado *Livro Verde* (BRASIL, 2008).

A partir da metade do século XX, após o fim da 2ª Guerra Mundial e com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e as suas subdivisões, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Saúde Internacional expandiu-se. Nesse período, o foco da saúde ainda consistia em prevenção, visando ao recrudescimento da produtividade dos trabalhadores, ao aumento dos lucros atrelados à saúde e em preceitos essencialmente higienistas. Eram comuns ações desenvolvidas para a prevenção e o controle de doenças infectocontagiosas, o combate à desnutrição e à mortalidade, por meio de atividades de assistência voltadas principalmente aos países denominados menos desenvolvidos (KOPLAN, 2009). O cenário mundial apontava para uma ideia de saúde de caráter assistencialista, direcionada dos países desenvolvidos para os menos fortes economicamente (MERSON, 2006), o que reiterava as relações assimétricas entre as nações. A preconizada cooperação internacional, nesse sentido, caracterizava-se por uma dependência que mantinha os resquícios do colonialismo do século XIX (BUSS & FERREIRA, 2010). Os países desenvolvidos planejavam ações de acordo com objetivos

¹ Foucault criticou a redundância da expressão Medicina Social, alegando que “*toda a medicina é necessariamente social desde que, permanentemente articulada com a sociedade, é capaz de ampliar seu espaço de intervenção e normalização pelo consumo médico*” (CANESQUI, 1995).

predefinidos por eles próprios, via transferência passiva de recursos, e recorrentemente desconsideravam as necessidades peculiares dos países emergentes.

Apesar disso, a Saúde Internacional empenhava-se em apresentar uma visão mais global de saúde e defendia a maior interação entre os países, atuando como um trampolim histórico para o advento da Saúde Global (PAIM & ALMEIDA, 1998). Houve a propagação de acordos internacionais, além do estabelecimento de um forte senso populacional. Esse campo emergente de conhecimento clamava pelo diálogo mais ativo entre o setor da saúde e o das relações internacionais. Com isso, a visão assistencialista de saúde foi gradativamente substituída por uma perspectiva transformadora e integradora, defensora de relações mais horizontais não apenas entre países, mas também entre organizações e indivíduos. Essa visão estava mais alinhada com os pressupostos da Promoção da Saúde apresentados neste estudo, preconizando a transição para a Saúde Global.

O movimento de transição da Saúde Internacional para a Saúde Global ocorreu gradativa e concomitantemente, não sendo possível delimitar precisamente o período de ocorrência e de permanência de cada uma das vertentes que, por vezes, se misturam. O foco passou das doenças infecciosas para um viés mais amplo de saúde, que extrapola fronteiras e exige dos indivíduos uma postura protagonista, transformando-os em “*cidadãos do mundo*”.

Resumidamente, a Saúde Global busca explicar os problemas hodiernos com base em três linhas principais:

a distribuição desigual das doenças e agravos da saúde ao redor do mundo; os impactos das mudanças ambientais globais na saúde humana e formas de mitigação e adaptação; e políticas, instituições e sistemas de Saúde Global (FORTES & RIBEIRO, 2014).

Quanto aos princípios da Saúde Global, sustentam-se essencialmente nos pilares da conectividade, da coletividade e da solidariedade. Por conectividade entende-se a noção supraterritorial, que pressupõe conexões dos níveis global e local. Percebe-se o mundo como ultraconectado e assume-se a responsabilidade de tratar de problemas que ultrapassam as fronteiras nacionais. Além disso, não é preciso que o problema em saúde atinja a maioria dos países para ser considerado global, recebendo tal classificação a partir de três cenários, os quais:

quando afeta pessoas em poucas regiões, mas tem potencialidade e probabilidade de afetar pessoas em muitas regiões; quando não pode ser solucionado por somente uma região; ou quando é limitado a certas regiões, mas o conhecimento e a pesquisa demonstram que pode ser útil para outras regiões, pedindo resposta internacional, multiprofissional e interdisciplinar (MANCIAUX & FLIEDNER, 2005).

Portanto, o global refere-se ao escopo dos problemas, e não necessariamente à localização destes (KOPLAN, 2009), sendo necessário analisar as questões de saúde para além dos aspectos individualizantes das nações (KICKBUSCH, 2013).

O princípio da coletividade da Saúde Global, por sua vez, pressupõe que o outro deve ser tratado como sendo de igual valor, conceito que diferencia a ação solidária da caritativa, que o considera em uma relação assimétrica (CAPONI, 2000). Nesse mesmo sentido, o filósofo Kant já havia discorrido sobre um sentimento de *pertencimento à humanidade*, que transcende as fronteiras nacionais e induz à solidariedade com o distante, com aquele que não se conhece. A Saúde Global busca romper com os individualismos locais, envolvendo ações globais e estabelecendo relações harmônicas entre cooperantes e cooperados, entre doadores e beneficiários (KANT, 1787).

O princípio da solidariedade, no campo da Saúde Global, remete ao caráter internacional. Trata-se da solidariedade, de alcance coletivo, cujo valor fundamenta-se

no vínculo do reconhecimento recíproco entre as pessoas, ou seja, pela necessidade das pessoas, enquanto seres sociais, de conviverem socialmente, tendo relações interdependentes (FORTES, 2015, p. 157).

O foco, nesse sentido, está na integração entre os indivíduos e na busca pelo entendimento dos processos contextuais de cada pessoa, que são complexos e, por vezes, distanciados do valor de saúde e do bem-estar vigentes (BIEHL, 2014).

A partir dos três princípios supracitados – conectividade, coletividade e solidariedade - a Saúde Global firmou-se no cenário mundial. Os fatores que contribuíram para essa consolidação são, entre outros: a crescente importância das agendas mundiais na construção de um mundo mais justo; a corresponsabilidade entre as nações em questões da saúde; o pluralismo de atores sociais, públicos e privados; e uma maior atuação em questões ambientais. Houve, ademais, a introdução da temática da saúde no processo de relações exteriores, que estabelece conexões entre países ricos e pobres para além do assistencialismo.

Extrapolando as premissas dos conceitos de saúde anteriores, a Saúde Global apresenta uma visão de saúde que transcende a estrita ideia de “ausência de doença” e

reforça a importância do tecido social no qual está imersa. A Saúde Global, portanto, não se mostra excessivamente vinculada a bases biológicas e a práticas assistencialistas (FRANCO & ÁLVAREZ, 2009), mas considera as diferenças de contextos regionais e locais – incluindo aspectos socioeconômicos e culturais. Valoriza-se, por conseguinte, a noção de Equidade, de forma a tratar desigualmente os desiguais a partir de ações direcionadas e contextualizadas, e nutre-se a ideia de união para enfrentar questões comuns a todo o planeta (GOSTIN & ALLYN, 2015), para que haja uma integração humanitária (FORTES, 2015).

A Saúde Global reconhece a necessidade de uma nova abordagem na análise dos determinantes da saúde, que podem ser de caráter político, comercial, social, ambiental ou comportamental. Trata-se de uma perspectiva emancipadora, transformadora e ideologicamente incluyente da saúde, baseada em postulados sociais (FRANCO & ÁLVAREZ, 2009). Assim, a vertente exige não apenas uma análise biológica e positivista das questões, mas principalmente um enfoque filosófico e humanístico das problemáticas e necessidades de saúde. Discorre-se, destarte, sobre

a superação da visão fragmentada do ser humano para a compreensão integral na dinâmica orgânica individual, familiar e coletiva, e, portanto, o resgate da prática generalista: a contextualização e compreensão dos processos de saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro de sua realidade comunitária, local e familiar (MONTAÑO, 2002, p. 216).

Ademais, a Saúde Global promove a colaboração internacional, atuante de forma horizontal, e cética quanto ao conceito de “*desenvolvimentismo*”², que carrega uma visão neoliberal defendida pelos países hegemônicos, cuja preocupação é predominantemente econômica. Nessa formatação, o Estado perde a sua força, tendo pouca ou nenhuma capacidade de intervenção nas questões econômicas e sociais, abandonadas à autorregulamentação do mercado.

Por fim, a Saúde Global assume a necessidade de compreender a crescente gama de motivações envolvidas no espectro da saúde (KICKBUSCH, 2016), inclusive mercadológicas. O pluralismo de interesses entre os agentes públicos, privados e das organizações

² É válido diferenciar, neste ponto, a ideia de *desenvolvimentismo*, consolidada na década de 1930 e vinculada a ideias positivistas, da ideia de *neodesenvolvimentismo*, que surgiu a partir da década de 1980 com uma bandeira progressista. Este último entende que o avanço não existe apenas na esfera econômica, mas também se associa ao Relatório Brundtland, que reafirma uma visão crítica do modelo de desenvolvimento adotado pelos países industrializados, salientando as contradições entre o desenvolvimento sustentável e os padrões de produção e consumo vigentes.

humanitárias pode ser um entrave à harmonia da engrenagem da Saúde Global. Por isso, é importante que os líderes mundiais estejam alinhados, visando ao bem comum e à mitigação das desigualdades.

Cada vez mais, a saúde é entendida como um ramo estratégico para o desenvolvimento de um país e, por isso, é vista com elevada importância política e econômica. As principais conferências sobre cooperação internacional - ocorridas em Buenos Aires, 1978; Roma, 2003; Paris, 2005; Acra, 2008 e Busan, 2011-, debateram a relevância de uma rede fortificada em saúde para além de meros protocolos diplomáticos, representando uma estratégia fundamental para a prosperidade de um país. Com isso, novos planos políticos e financeiros foram desenhados, a fim de negociar e contribuir com ideias na arena internacional, incitando a interdependência entre os Estados para responder às necessidades globais de saúde e minimizar os efeitos negativos da globalização.

A Saúde Global propõe-se a construir, desse modo, um trabalho menos tecnocrata e mais vinculado aos interesses das comunidades, de forma que as pessoas possam relacionar saúde não apenas à ausência de doença, mas à busca da qualidade de vida, o que é alinhado aos preceitos da Promoção da Saúde.

1.2.Promoção da Saúde

A definição teórica de Promoção da Saúde desta tese ancora-se principalmente nos estudos de Dina Czeresnia (2003; 2009), Paulo Buss (2015; 2013; 2010; 2007; 2003; 2000) e Sérgio Resende Carvalho (2004).

A conceituação de Promoção da Saúde tem sido modificada desde a década de 1920, quando WINSLOW (1920) relacionou a saúde às condições de vida do indivíduo. A partir de então, conferências internacionais de saúde jogaram luz sobre a relação entre saúde e os determinantes sociais que, de acordo com a OMS, estão vinculados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, incluindo fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como a moradia, a alimentação, a escolaridade, a renda, o emprego, entre outros (BUSS & FERREIRA, 2010).

O principal objetivo das conferências foi incitar a debates e articular ações para a Promoção da Saúde, considerando-a essencial para o desenvolvimento das nações e o bem-estar da população mundial. Trata-se também do estabelecimento de acordo interpaíses

participantes das conferências, a fim de garantir uma visão mais integrada da Saúde Internacional.

A primeira conferência sobre a Promoção da Saúde ocorreu em Ottawa, em 1986, com a temática “*Promoção da Saúde nos Países Industrializados*” e, após seu sucesso, conquistado principalmente a partir da Declaração de Ottawa, que visa ao acesso da saúde a todos e, especialmente, aos países considerados periféricos, houve uma sequência de reuniões periódicas, com o intuito de produzir um alinhamento em torno de uma mesma perspectiva de saúde (HEIDMANN, 2006). A Conferência permitiu a disseminação mais enfática de ideias que viabilizassem a implantação de ações em saúde com o enfoque da Promoção da Saúde.

Enquanto a Conferência de Ottawa focou na necessidade de aprimorar a saúde pública nos países periféricos e na Atenção Primária, a segunda conferência em Adelaide, Austrália, prezou pelo estabelecimento de políticas públicas de saúde. A terceira, na Suécia, em 1991, deu atenção às questões ambientais, destacando que os espaços físico, social, econômico ou político deveriam também estar alinhados à Promoção da Saúde. Em Jacarta, na Indonésia, refletiu-se especialmente sobre os determinantes sociais da saúde e os desafios para o século XXI. A quinta Conferência, no México, ressaltou a importância de uma rede global em saúde, baseada em ações intersetoriais. Em 2005, na Indonésia, o enfoque esteve no papel da saúde dentro do cenário globalizado, de modo que a sexta conferência enfatizou a formação de alianças e parcerias para a melhoria social (BUSS, 2015).

A sétima conferência ocorreu no Quênia e abordou o mérito da Participação Social nas decisões em saúde, assim como a relevância de temas transversais e interdisciplinares na Promoção da Saúde, como a alfabetização de adultos. A Finlândia foi sede da oitava conferência internacional, em 2013, e defendeu que a saúde deveria ser a maior meta dos governos, a pedra angular do desenvolvimento sustentável (BURALLI et al., 2018). Em 2016, a China recebeu a nona conferência com o foco sobre o desenvolvimento sustentável.

Geralmente, as conferências foram mediadas por organizações mundiais, como a OMS, a UNICEF e a OPAS e, ao final de cada uma delas, elaboraram-se documentos que listavam as possíveis ações práticas a serem aplicadas. Por exemplo, em Alma Ata (1978) foi produzido um importante documento sobre Atenção Primária à Saúde, que atribuiu um novo significado aos cuidados em saúde e evidencia a importância de se considerar os determinantes socioeconômicos na busca por qualidade de vida.

Essas conferências aprimoraram e consolidaram os princípios da Promoção da Saúde. O conceito tradicional de saúde foi cedendo espaço à valorização das relações entre a saúde e

as condições de vida (CZERESNIA, 2003). Seguindo essa tendência, o Ministério da Saúde brasileiro definiu, em seu glossário temático ³, a Promoção da Saúde como

uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população, de forma que seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade.

O foco da Promoção da Saúde volta-se ao atingimento de um perfil elevado de saúde, atrelando maior atenção às condições socioeconômicas de uma população, tanto na esfera individual quanto coletiva, e um menor foco à perspectiva que reduz o conceito de saúde à ausência de doença, fixada nos períodos pós-patogênicos que visam estritamente à recuperação ou reabilitação.

A Promoção da Saúde, portanto, ancora-se em princípios humanitários que entendem o ser humano holisticamente e consideram a sua qualidade de vida, transcendendo à ideia de “*formas de vida saudáveis*”, definidos pela carta de Ottawa (1986) como

“as condições e requisitos para a saúde, assim definidos: a paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (DERNETL; WATANABE, 2004).

A Promoção da Saúde, desse modo, destaca a relevância dos determinantes sociais e, a partir de contextos específicos, “*busca elaborar ações de âmbito coletivo que extrapolem inclusive o enfoque de risco, no qual se ancora o campo da prevenção*” (SÍCOLI et al., 2003, p. 101-122).

A Promoção da Saúde lida com um conceito mais amplo de saúde, que engloba questões políticas, econômicas e comportamentais, para além dos aspectos biológicos (MENDES et al., 2006), mas sem desconsiderá-los. Trata-se de valorizar

as formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer e das relações com o meio ambiente (...) e é antes resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também, não esqueçamos, biológico (VAISTMAN, 1992, p. 171).

³ Extraído do site oficial do Ministério Brasileiro. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: <21 de março de 2019>.

A promoção amplia o campo específico da saúde para incluir o ambiente, além de agregar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003). É, enfim, uma vertente de investigação focada nas relações humanas (CZERESNIA & FREITAS, 2009).

Em resumo, a Promoção da Saúde ressignificou o conceito de saúde estabelecido até a década de 1980. Inicialmente, o termo respaldava-se na ideia da prevenção da saúde e, posteriormente, passou a englobar conceitos que transcendiam a famigerada ideia de precaução contra doenças e tratamento de enfermidades. Também propôs a articulação entre os saberes técnicos e os populares, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (PAIM & ALMEIDA, 1998). Por conseguinte, o esgotamento do modelo biomédico, no qual as respostas de viés estritamente biológico, atribuídas pelos médicos, eram incontestáveis, abriu espaço para uma visão de saúde mais holística (CARVALHO, 2004). Amplia-se e consolida-se a concepção de *saúde-doença*, com a valorização da relação de tipo equilíbrio-desequilíbrio do homem com o seu meio, o que inclui questões humanas, ecológicas e sociais (MENDES et al., 2006).

Ademais, há um viés político no conceito de Promoção da Saúde, que enfatiza a relação entre política e saúde, agregando ao campo, antes caracterizado por uma lógica sanitarista e curativa, os conceitos de democracia, movimentos sociais e políticas públicas (CARVALHO, 2004). No Brasil, por exemplo, houve a conquista de uma noção de saúde garantida como um direito público universal, estabelecida na Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã. Como resultado, desde quando foram implantadas, as atividades de saúde pública com foco na Promoção da Saúde *“têm um impacto maior na melhoria do estado de saúde das populações do que os serviços de saúde individualizados”* (GUSSO, 2012, p. 41).

Por fim, não apenas no Brasil, mas em nível global, a Promoção da Saúde orienta-se para propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis aos cuidados da saúde. Refere-se, outrossim, ao estabelecimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e as suas condições de vida, nos níveis individual e coletivo (GUTIERREZ, 1994). Segundo BUSS (2003), a Promoção da Saúde representa uma estratégia promissora para enfrentar a multiplicidade de problemas de saúde que afetam as populações humanas em todo o planeta.

1.2.1. Princípios da Promoção da Saúde

Para que a discussão seja mais rica, é importante apresentar os setes princípios fundamentais da Promoção da Saúde: Ações Multiestratégica, Concepção Holística, Empoderamento, Equidade, Intersetorialidade, Participação Social e Sustentabilidade. A partir desses pressupostos, pretende-se enfrentar a complexidade do processo saúde-doença por meio da ação integrada, multidisciplinar e intersetorial com participação popular.

A carta de Ottawa (WHO, 1986) é um dos documentos precursores dessa visão transformadora de saúde e consolidou os princípios de Promoção da Saúde supracitados. O documento descreve a essência da Promoção da Saúde, incluindo aspectos como a transformação das condições de vida dos mais desfavorecidos, a defesa do envolvimento da população nas decisões, o prestígio das ações intersetoriais e a manutenção de ações em longo prazo.

Entre os princípios apresentados pela Carta de Ottawa, a Equidade, a Intersetorialidade, a Participação Social e a Sustentabilidade, que são alicerces fundamentais da atual configuração de Promoção da Saúde (KICKBUSCH, 2016), foram estudados mais enfaticamente durante esta pesquisa, de modo a se investigar o quanto são considerados nas práticas das organizações de ajuda humanitária no Haiti.

A **Equidade**, por exemplo, entende que

tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real (...), os apetites humanos conceberam inverter a norma universal da criação, pretendendo não dar a cada um na razão do que vale, mas atribuir o mesmo a todos, como se todos se equivalessem (Oração aos Moços, Rui Barbosa, 1921).

O termo Equidade estava presente na Grécia Antiga, sendo definido por Aristóteles. Para o filósofo, o termo relaciona-se à justiça, que é uma das principais virtudes humanas, manifestando-se na relação com o próximo e na prática de reiteradas ações justas (CHAUÍ, 2018).

Atualmente, a Equidade é entendida como um conceito político e divide-se em horizontal, quando há tratamento igual para indivíduos iguais, e vertical, quando ocorre tratamento desigual para indivíduos diferentes (JACQUES, 2018), o que pressupõe a destinação de diferentes recursos para diferentes níveis de necessidades.

No caso desta pesquisa, trabalha-se com a Equidade vertical. Atualmente, e no campo da saúde, o termo Equidade não significa atingir uma suposta igualdade, mas detectar indiferenças injustas, o que remete à busca pelos direitos sociais e à luta para reverter desigualdades naturalizadas pela sociedade.

Destarte, a Equidade é vinculada à justiça e revela a necessidade de se considerar os contextos diferentes e a identificação de assimetrias, combatendo-as. Oferecer tratamento isonômico às partes significa “*tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades*” (NERY JUNIOR, 1999, p. 42).

Ademais, trata-se, no cenário internacional, de combater a visão ultrapassada de assistencialismo humanitário direcionado do Norte dirigido ao Sul. A Equidade combate, antes de tudo, a disparidade mundial, e preconiza que uma comunidade saudável seria aquela capaz de entender os determinantes e condicionantes da desigualdade e da miséria, buscando maneiras de estabelecer um desenvolvimento sustentável também em termos de saúde (PRATA, 1994).

A Equidade está, portanto, no cerne de uma nova visão de saúde, consonante com a Saúde Global, que defende a justiça social como base dos relacionamentos individuais e coletivos. O mapa abaixo, por exemplo, simboliza a distribuição desarmônica de recursos de saúde pública entre os países do mundo⁴. A anamorfose explicita o maciço investimento nos países centrais a despeito dos periféricos – uma dicotomia estabelecida pela Teoria da Dependência, criada nas décadas de 1960 e 1970, e denuncia as dessimetrias entre os países (OLIVEIRA, 2014).

FONTE: Plataforma World Mapper, 2013 ⁵.

⁴ Extraído da plataforma World Mapper, 2013. Disponível em: <<http://www.worldmapper.org/display.php?selected=213>>. Acesso em: <24 de março de 2019>.

⁵ Ibid..

A Equidade é, ademais, uma vertente que valoriza o Estado, mediante o incentivo de políticas públicas que garantam a distribuição de bens e serviços e, dessa forma, minimizem o efeito das loterias biológica e social, distribuídas no ato do nascimento (FORTES, 2015). A mitigação das discrepâncias sociais é um imperativo do princípio da Equidade e é possível a partir da consideração dos determinantes sociais da saúde, que extrapolam o viés estritamente curativo de doenças, entendendo a saúde como um fenômeno produzido socialmente.

Assim, ao se refletir sobre Equidade, presume-se que as ações de Saúde Global, realizadas pelos Estados Nacionais, organismos multilaterais e organizações não governamentais e privadas, compreendem, ou deveriam compreender, a saúde como sendo um bem público global (ROWSON, 2012). Essa concepção contrapõe-se à lógica da sociedade de consumo, motivada pela competição entre as pessoas (FRANCO & ÁLVAREZ, 2009) e que as torna individualistas.

Por isso, a noção de Equidade é ainda mais importante no atual contexto de globalização, que potencializa iniquidades e perpetua as diferenças econômicas inter e intra países, com manutenção da pobreza (FORTES & RIBEIRO, 2014). Afinal, considerando-se não apenas o campo individual, mas também o coletivo, a globalização vigente acentua as disparidades no campo da saúde, especialmente nos países mais excluídos dos circuitos centrais da economia mundial. Essas discrepâncias se revelam, de modo geral, entre os países dos hemisférios Norte e Sul; o Haiti, objeto central deste estudo, porém, faz parte do hemisfério setentrional e, ainda assim, consta entre os países mais pobres do mundo.

Pela perspectiva da Equidade, o território haitiano deve ser considerado em seu campo social, no qual há a preocupação com a equalização das oportunidades em saúde. Também deve ser visto em seu aspecto cultural, no qual o binômio *saúde-enfermidade* adquire novas dimensões simbólicas (CARVALHO, 1996). Além do acesso igualitário, preconizado pela Equidade, é preciso verificar se as ações de saúde priorizam o atendimento aos mais necessitados.

Nesse sentido, pela Equidade entende-se que é importante a verificação dos condicionantes que ultrapassam as questões biológicas em saúde e que diminuam as desigualdades mundiais. Somente a partir dessa visão holística, oportunidades iguais de acesso aos recursos serão possíveis, tal como o estabelecimento de políticas de saúde universais e a distribuição democrática de poder entre os vários países do mundo.

Baseando-se na Equidade, é fundamental investigar se as organizações humanitárias consideram as características peculiares do Haiti e as suas subáreas, desenvolvendo atividades de saúde direcionadas a cada espectro da população em sua determinada região geográfica. Também cabe verificar a incitação ao estabelecimento de políticas públicas que gerem mudanças em longo prazo e visem ao bem-estar da comunidade haitiana, uma vez que as organizações possuem um rico repertório de conhecimento cotidiano sobre o perfil populacional atendido.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986), a Promoção da Saúde é um processo que confere ao povo maneiras de assegurar maior controle e melhorias sobre a sua própria saúde, de modo que mecanismos políticos devem garantir o desenvolvimento do interesse público na saúde (WHO, 1984). Remete-se à Participação Social, incitando a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e permitindo que migrem “*da heteronomia à autonomia, da técnica à ética, da razão à emoção, do instituído ao instituinte*” (MENDES et al., 2016).

A Carta de Ottawa reforça a relevância do processo de capacitar pessoas e populações para que sejam protagonistas em seus cuidados de saúde a partir da implantação de ações participativas, holísticas e intersetoriais. Nesse sentido, a Participação Social é entendida como o envolvimento de atores diretamente interessados no estabelecimento de prioridades, tomadas de decisões e avaliação de iniciativas (OMS, 1998). Seja realizada por indivíduos ou de forma coletiva, a Participação Social pressupõe a ação humana, por meio de intervenções, mecanismos ou programas, e é um processo, ou seja, demanda tempo. O caráter processual remete à complexidade humana e dadas condições em meio a “*diferentes interesses, desejos e lógicas de ação*” (MENDES et al., 2016).

Ademais, a Participação Social pressupõe a habilidade da negociação e aumenta a coesão entre indivíduos, promovendo mudanças nas condições de saúde a partir de novos recursos e menos desigualdade. De fato, muitas vezes, apenas perguntar *como as coisas estão indo*, e questionar se elas podem ser melhoradas, oferecendo às pessoas o poder de decisão, é um elemento imprescindível da busca da justiça (SEN, 2018). Ao serem ouvidos, os indivíduos tornam-se capazes de analisar as suas próprias vidas e de organizarem um pensamento crítico em relação à realidade, o que oferece as premissas iniciais para a transformação das relações de poder enraizadas (ANDRADE & VAITSMAN, 2002). Atua, portanto, nos determinantes sociais, considerando o papel das condições socioeconômicas sobre os diferentes patamares de saúde e doença.

Trata-se de um importante instrumento para o desenvolvimento e o fortalecimento das comunidades. Porém, é preciso ter cautela para que o conceito não seja distorcido pela lógica neoliberal, que incita a um suposto fortalecimento da autonomia e dos grupos sociais à custa do enfraquecimento dos Estados. Por isso, cabe discutir se essa autonomia realmente pretende delegar, paulatinamente, aos sujeitos a tarefa do autocuidado e da preocupação com a saúde, ou se é uma incitação à autonomia regulada, que, na verdade, defende os princípios mercadológicos (LUPTON, 1995).

Na lógica de Participação Social, a autora WALLERSTEIN (1992) defende a ideia de engajamento, que significa o envolvimento ativo dos indivíduos e da coletividade na produção e cocriação de oportunidades, processos e resultados. Assim, a complexidade da saúde e as questões socioambientais exigem um processo de capacitação e fortalecimento dos indivíduos e grupos sociais. Para isso, é necessário o desenvolvimento de atitudes e habilidades.

Ademais, atrela-se à ideia o conceito de Empoderamento, que é o poder para atuar em transformações psicossociais, políticas e culturais. *Empoderar* significa dar voz aos indivíduos e, a partir do conflito de ideias, fazer com que o outro perceba que há possibilidade de escolha, de modo a questionar os determinantes sociais. O Empoderamento é, portanto, intimamente ligado à participação comunitária, visando à consolidação de espaços de diálogos e, principalmente, à criação de consciência quanto aos direitos sociais.

O conceito tem sido utilizado em vários campos profissionais e interdisciplinarmente, com diferentes alcances e definições. O termo tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social do século XX. No caso deste estudo, o Empoderamento

refere-se à habilidade do sujeito em ganhar conhecimento e controle sobre forças pessoais, sociais, econômicas e políticas para agir na direção da melhoria da sua situação de vida, podendo ser entendido na forma individual, organizacional e comunitária (BUSS, 2003, p. 19).

Ademais, segundo LABONTE (1996), o termo refere-se ao processo de transformação da sensação de impotência, internalizada pelos indivíduos perante as iniquidades de poder. Trata-se de reconhecer as pessoas como sujeitos sociais que devem lidar com o resultado de suas escolhas e de suas intervenções (CARVALHO, 2004), e conceder autonomia para que sejam capazes de promover mudanças mais efetivas em suas realidades. É, resumidamente, um processo de diálogo em que se converte de sujeito passivo em ator participativo (FREIRE, 1970).

O processo de Empoderamento é realizado por pessoas ou instituições. No caso deste estudo, o foco está nas organizações, e é necessário verificar se essas empoderam, de alguma forma, as pessoas e as comunidades, não restringindo as suas atuações a atendimentos emergenciais. Além disso, é preciso verificar se as organizações consideram o contexto das pessoas atendidas, não assumindo uma postura imperialista ao impor tratamentos com enfoque estritamente biológico, como se “*o corpo humano fosse desvinculado do conjunto de relações que constituem os significados da vida*” (MENDES et al., 2006).

Deve-se reforçar que a cooperação solidária não deve representar uma imposição disfarçada da própria visão, ou seja,

*fazer o bem ao outro de acordo com sua própria
noção do que seja o bem, não promovendo a autonomia e o empoderamento
dos sujeitos implicados nas ações* (BUSS & FERREIRA, 2010).

Em um exercício contínuo de alteridade, o outro deve ser percebido como alguém de igual valor; e é isso que distingue a ação solidária da caritativa, pois a base do princípio é romper com as assimetrias em saúde, que se perpetuam a partir de ações meramente assistencialistas.

Um terceiro princípio trabalhado neste estudo é a **Intersetorialidade**, entendido como a responsabilidade múltipla entre vários setores para promover a saúde, combinando ações do Estado, do setor público, da esfera privada e da sociedade civil. Em um segundo sentido, a Intersetorialidade também pode significar o envolvimento de outras disciplinas e campos de conhecimento para a Promoção da Saúde, de modo a produzir interdisciplinaridade.

No primeiro sentido, a Intersetorialidade aponta para a coordenação entre setores (OMS, 1984), caracterizando ações de saúde preconizadas por uma diversidade de atores globais. Busca-se, portanto, a articulação de parcerias e atuações intersetoriais, a partir da convergência de esforços em torno das necessidades sociais. Para isso, a Promoção da Saúde aposta continuamente na corresponsabilidade entre as várias esferas da saúde, impulsionando a formação de alianças, o que implica

*reconhecer, entender e encontrar as formas de relacionamento entre
agentes com lógicas distintas de atuação em torno de objetivos comuns, sem
perda de identidade e desvio de suas missões institucionais* (MADEIRA &
REICHER, 2003, p.184).

As lógicas de governo, de mercado e da sociedade civil podem ser entendidas como complementares e necessárias para a perenidade das ações implantadas. Logo, a frente de atuação pode reunir ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais, visando à maior qualidade de vida para a população (BUSS, 2003).

Ademais, a Intersetorialidade pressupõe ações multiprofissionais e interdisciplinares, de forma que a relação saúde-trabalho seja entendida em toda a sua complexidade. Harmoniza-se, assim, a dicotomia existente entre o sujeito x coletivo, público x privado, Estado x sociedade, e os vários setores do conhecimento, a fim de romper as fragmentações na saúde e buscar o cuidado integral.

No segundo sentido pressupõe-se a articulação entre saberes e experiências de planejamento, e o envolvimento de diversos setores para a melhoria em saúde, entre os quais, o legislativo, a habitação, o serviço social, o trabalho, a alimentação, e o lazer. Promover saúde, nesse aspecto, é fazer com a saúde dialogue com as diversas áreas e outros campos do saber.

Para a operacionalização da interdisciplinaridade, recorre-se a um viés multiestratégico, que busca unir diferentes disciplinas e combinar diferentes abordagens, preconizando

o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação (SÍCOLI et al., 2003, p. 03).

As ações multiestratégicas remetem à viabilidade prática das ações em saúde, propondo abordagens que considerem a complexidade e a abrangência das questões envolvidas. Referem-se ao modo de concretização das práticas, orientadas pela Intersetorialidade (SÍCOLI et al., 2003), por meio de uma série de estratégias, de frentes variadas, capazes de responder com maior empenho à complexidade do problema. Há, assim, inovação na maneira de construir atividades interdisciplinares voltadas à Promoção da Saúde. Almeja-se, com isso, transformar as condições de vida das pessoas (CZERENIA, 2003), principalmente a partir da elaboração e da implantação de políticas públicas intersetoriais.

Por fim, o princípio da **Sustentabilidade**, no contexto das intervenções de saúde, é definida pela manutenção, ao longo do tempo, de uma intervenção ou de suas atividades no âmbito organizacional e/ou comunitário para alcançar os resultados desejados em saúde (O'LOUGHLIN et al., 1998).

Ademais, a Sustentabilidade está ligada a iniciativas que estejam de acordo com o desenvolvimento sustentável e que garantam um processo duradouro e forte (ZIGLIO et al., 2000). Mais do que a adequação do termo ao sentido ambiental, esse princípio alinha-se com o desenvolvimento em longo prazo, investigado desta pesquisa, e trata-se da capacidade de continuidade das ações de Promoção da Saúde.

O termo Sustentabilidade, portanto, vincula-se à manutenção adequada da intervenção após o período inicial da implantação. A continuidade das ações deve ser avaliada, pois as iniciativas de saúde são de natureza complexa e, no cenário ideal, devem promover transformações sociais no médio e no longo prazo.

Essa questão representa um enorme desafio para área da saúde, uma vez que a Sustentabilidade não se constitui, atualmente, como uma questão sobre a qual atores governamentais e sociais concentrem a sua atenção da forma devida (OLIVEIRA, 2015). Exatamente por essa lacuna, uma das investigações desta pesquisa é a promoção de ações saudáveis em longo prazo pelas organizações humanitárias estudadas.

1.3.O atual fenômeno da globalização

Uma análise mais apurada sobre o formato da atual globalização é essencial para o embasamento deste estudo, que tem em seu cerne a Saúde Global e os princípios da Promoção da Saúde. Primeiramente, é preciso reforçar que a globalização econômica, vinculada a outros tipos de globalização – como política, cultural, informacional e comunicativa –, traz novas oportunidades e desafios no campo das interações humanas, inclusive na área da saúde (FORTES & RIBEIRO, 2014).

A atual configuração do mecanismo globalizante, que nesta pesquisa é entendida como *globalização neoliberal*, dá-se pela abertura das fronteiras

ao comércio; aos fluxos do capital econômico; à crescente incorporação tecnológica; à ampliação dos meios de comunicação; à introdução de novas tecnologias digitais, da internet e da presença das redes sociais; às mudanças climáticas e transformações ambientais; e à crescente migração das populações em busca de melhores condições de vida e de trabalho, ou fugindo de perseguições políticas ou de desastres naturais e/ou tecnológicos (FORTES & RIBEIRO, 2014).

Milton Santos (2000) define o marco político da globalização no final da década de 1980, durante o Consenso de Washington, que incluía instituições financeiras de ajuda internacional, como o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Uma das principais marcas da globalização é a modificação na percepção de distância e barreiras, permitindo maior engajamento com o “outro” (ALARCOS, 2005). O intenso processo de transformações implica o surgimento de novas dimensões espaciais, temporais e cognitivas, influenciando a forma como o mundo é entendido e interpretado.

O ideário neoliberal que permeia a atualidade apoia-se nos seguintes pilares: a redução de gastos públicos por meio da intensa privatização de bens e serviços; a flexibilização do mercado de trabalho, com o abandono de políticas de segurança trabalhista e ambientes profissionais insalubres; a superestimação digital; e, por fim, a desregulamentação do Estado com supremacia do mercado financeiro (ELIAS, 2004). Além disso, há, concomitantemente, uma individualização crescente das formas de vida (BECK, 1992) e uma suposta redução do papel do Estado.

Segundo Boaventura de Sousa Santos, sociólogo português, os Estados estão sendo atacados pelo neoliberalismo, o que impulsiona as desigualdades sociais. O esmaecimento das funções regulatórias do Estado é um dos núcleos dos debates de sociologia e economia, uma vez que

não se refere a um processo natural, mas é social e, principalmente, politicamente produzida, ou seja, está diretamente vinculada a consecução do atual projeto histórico capitalista (MELO, 2010, p. 311).

Ademais, esse processo resulta de um desequilíbrio entre os pilares da regulação moderna: a dominação pelo mercado e a inversão dele ao Estado e à comunidade, sob a argumentação de uma suposta naturalização do capitalismo liberal (GERSON, 2011, p. 10).

Movimento similar de desconstrução acontece com as redes entre os países, que estão sendo desmanteladas na atualidade com o advento de protecionismos e barreiras socioeconômicas. Confronta-se, portanto, a ideia de *aldeia global*, metáfora propagada a partir da década de 1960 para se referir à globalização, trazendo o conceito de comunidade mundial sem fronteiras e sugerindo a tendência a um processo de harmonização e homogeneização do planeta, capaz de articular os sistemas de informação, comunicação e fabulação por todos os lugares (MCLUHAN; POWERS, 1989). Reafirmando essa ideia,

Friedman (2014) foi um importante pensador sobre a globalização, vendo-a como positiva, e percebendo o “achatamento” do mundo como possibilidade para o fortalecimento da democracia e da conexão entre povos. Porém, contrariamente ao que defende Friedman, atingir a máxima planificação do mundo não significa que a globalização beneficia todos os países da mesma maneira, de forma que sua estruturação acaba acentuando as disparidades.

Assim, nos tempos atuais, a presumida ausência de fronteiras e a harmonia entre os países tornam-se amplamente questionáveis, principalmente a partir de exemplos altamente simbólicos, como a construção do muro na fronteira com o México pelo presidente norte-americano Donald Trump (2017) e a saída do Reino Unido da União Europeia (2019), fenômeno conhecido como Brexit. Constata-se, destarte, que o nacionalismo, a xenofobia e o protecionismo voltaram a ser mobilizados nas arenas políticas e econômicas (BERRINGER & AZZI, 2018), articulando um novo tipo de imperialismo entre as nações.

No campo cultural, o modelo de globalização propaga um individualismo exacerbado, que provoca liquidez dos relacionamentos e a homogeneização da cultura, seguindo padrões ocidentais. Se, por um lado, a configuração mundial aproxima geograficamente costumes e tradições, por outro, choques de disparidade podem desencadear aversão à apropriação cultural singular, massificando e homogeneizando a cultura rumo a padronizações similares aos modelos europeus e norte-americanos (SANTOS, 2000). Nesse sentido, o chamado cidadão global é, na verdade, um indivíduo imerso no universo do consumo, que uniformiza costumes e distancia-se da ideia de cidadania (RIBEIRO, 2015).

Ademais, há fatores socialmente produzidos a partir da fragmentação das identidades, que ecoam como efeitos da velocidade da era moderna (BAUMAN, 1999). Para Psicologia Social, há três partes da identidade:

há a unidade física, ou seja, o sentimento de ter fronteiras físicas, no caso do corpo da pessoa, ou fronteiras de pertencimento ao grupo, no caso de um coletivo; há a continuidade dentro do tempo, no sentido físico da palavra, mas também no sentido moral e psicológico; finalmente, há o sentimento de coerência, ou seja, de que os diferentes elementos que formam um indivíduo são efetivamente unificados (POLLAK, 1992).

Porém, o mundo pós-moderno, segundo BAUMAN (2013), caracteriza a crise nas identidades. Por exemplo, o egocentrismo propiciado pela celeridade e a tendência crescente ao individualismo são fenômenos importantes para este estudo, que investiga se, e como, tais características manifestam-se dentro das organizações humanitárias e influenciam os procedimentos de atuação nas comunidades assistidas.

Destarte, se a globalização pode, por um lado, promover ações favoráveis à solidariedade internacional tem, também, o poder de ampliar as desigualdades socioeconômicas (MANCIAUX & FLIEDNER, 2005). A ocorrência da globalização e o contato mais fluido entre os vários países são incontestáveis, porém, os seus benefícios são questionáveis, uma vez que a engrenagem mundial parece favorecer países desenvolvidos e regiões ricas, além de perpetuar desigualdades, que atingem majoritariamente os países periféricos.

Por isso, é preciso buscar uma nova globalização, defendida por Milton Santos, capaz de construir uma rede positiva às relações humanas e por meio da qual haja a edificação de uma nova consciência de ser no mundo (SANTOS, 2000). Dessa forma, as ações humanas devem almejar promover um estilo alternativo de globalização que diminua as disparidades enraizadas entre Norte e Sul, contornando os impactos socioculturais que o modelo econômico atual naturaliza e impõe.

Também no campo da saúde, as transformações promovidas pela globalização trazem *novas combinações de espaço-tempo* (HALL, 2011), gerando um alto grau de interdependência entre as nações e os vários setores - públicos e privados. Nesse espectro, constata-se que, com a globalização, as doenças atingem áreas cada vez maiores em espaços de tempo mais curtos. Ademais, vicissitudes ambientais podem disseminar-se para todo o planeta como ocorre, por exemplo, com o aquecimento global, com a violência dos movimentos migratórios e com os padrões alimentares, que se tornam cada vez mais homogeneizados, industrializados e nocivos.

O impacto da nova configuração mundial na saúde é complexo e multifatorial. Há benefícios apenas para uma parte da população, como as respostas mais rápidas aos tratamentos, o ativismo expandido por condições de acesso à saúde e a interconectividade entre profissionais de diversos países. Porém, há aspectos negativos, que estão sendo rapidamente espalhados no mundo globalizado, de modo que a homogeneização gerada por esse fenômeno também se aplica às doenças infecciosas (BIEHL & PETRYNA, 2014, p. 178).

Ademais, os determinantes sociais envolvidos na saúde, muitas vezes, extrapolam o controle individual dos Estados Nacionais, incluindo questões emergentes e reemergentes, como o acesso à saúde, o controle de moléstias pandêmicas, o recrudescimento de doenças infecciosas, a progressão das moléstias mentais e os desastres socioambientais. Surgem questionamentos sobre a repercussão do comércio no âmbito da saúde, vicissitudes

relacionadas à migração de pessoas e propagandas de produtos nocivos à saúde (FRANCO & ÁLVAREZ, 2009).

Os problemas de saúde contemporâneos – entre os quais, a influenza, a tuberculose, a malária e a dengue – não estão limitados às fronteiras nacionais e, para serem solucionados, o trabalho e a atuação conjunta das nações são necessários (WHO, 2014). Além disso, aspectos maléficos à saúde – como o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade e os transtornos mentais – são preocupações mundiais e, em grande parte, relacionam-se à homogeneização da cultura promovida pela globalização.

Porém, embora as temáticas em saúde sejam conectadas entre as várias regiões do mundo e exijam corresponsabilidade entre várias nações, é preciso reconhecer que, o processo de globalização não é inclusivo e não configura a suposta *aldeia global*, que entende o fenômeno de forma positiva, considerando-o uma ampla rede harmônica entre os países. Ao contrário, o que se percebe, é que o modelo da atual globalização acentua as disparidades (GALEANO, 1980), reforçando as discrepâncias e o embate Norte e Sul.

1.4. Neoneocolonialismo: a globalização neoliberal e o viés imperialista

Este estudo investigou se o atual formato da globalização neoliberal fomenta ações de caráter imperialista pelas organizações humanitárias, ou seja, posicionamentos assistencialistas que resgatam a dicotomia Norte e Sul e a assimetria entre as nações. A imposição de atividades de acordo com o que “*julgam melhor*” ou acreditam “*ser necessário*”, mas desconsideram a Participação Social nas decisões, foi denominada nesta pesquisa como “*neoneocolonialismo*”.

Não se trata do neocolonialismo que retratava as invasões europeias em regiões mundiais, especialmente a África, por meio de projetos expansionistas no século XIX e XX; nem do predomínio econômico, político e cultural de um país “*desenvolvido*” sobre outro “*menos desenvolvido*”; tampouco, do colonialismo vivenciado no estágio primitivo do capitalismo pelas Grandes Navegações. O *neoneocolonialismo* refere-se a projetos assistencialistas, que podem até amenizar cenários de catástrofes, mas que, ao mesmo tempo, impõem as suas visões de mundo e não incitam a uma transformação participativa e duradoura, atenta aos anseios e necessidades das populações assistidas.

Por *neoneocolonialismo* entende-se que os países “*desenvolvidos*” impõem mudanças institucionais e normativas principalmente na esfera comercial, mas que também podem se

manifestar por meio da atuação das organizações humanitárias, fundadas pelos países ricos e inevitavelmente inseridas na globalização neoliberal.

De acordo com Boaventura de Sousa Santos, esse tipo de imperialismo exemplifica o “*fim do colonialismo sem fim*” (SPOSATI, 2001). Na obra *Epistemologias do Sul*, os autores discorrem sobre as injustas desigualdades suscitadas pelo capitalismo e pelo colonialismo (MENESES & SANTOS, 2010). O Sul, nesse caso, não se refere apenas a um termo geográfico, mas metaforiza um imenso grupo de populações marginalizadas, que se encontra majoritariamente no Hemisfério Sul, e foi atingido pelo sofrimento humano oriundo do capitalismo global e do colonialismo em suas várias facetas.

A investigação do *neoneocolonialismo*, neste estudo, estende-se para detectar ações de caráter imperialista, além de entender se há preconceitos em relação à população atendida e como atuam no processo de convencimento dos atores globais, especialmente na luta para que abrandem fronteiras, construindo pontes ao invés de muros entre as necessidades humanas. Questiona-se, destarte, se as organizações buscam um viés participativo e combatem posicionamentos xenofóbicos e protecionistas, exemplificados principalmente a partir da dinâmica relativa aos refugiados. Afinal, são vistos por muitos países como “*clandestinos*” e indesejáveis, sendo mantidos em espaços de exceção e sem direitos. Constantemente, o olhar dirigido aos refugiados enraíza-se numa relação egocêntrica do tipo centro-periferia (AGIER, 2006).

Por fim, é preciso analisar se as organizações estão alinhadas com os princípios da Saúde Global, ou seja, se defendem um modelo universal, participativo e justo, que é o oposto do que se entende pelo *neoneocolonialismo*. Para que a solidariedade global seja disseminada e que o fenômeno da globalização seja igualmente positivo a todas as comunidades – de forma a se criar “*Uma Nova Globalização*”, como propõe Milton Santos (2010) –, a base das ações promovidas pela Saúde Global deve ocorrer de maneira horizontal, não prevalecendo dicotomias entre supostos dominantes e dominados, ou ainda, resquícios de uma postura imperialista obliterada por boas intenções. Ademais, esse *neoneocolonialismo* está relacionado ao avanço da mercantilização em saúde, tema debatido no próximo item.

1.5.Mercantilização da saúde

Nos últimos 510 anos do 'sistema-mundo patriarcal/capitalista colonial/moderno europeu/euro-americano', passamos do 'cristianiza-te ou dou-te um tiro' do século XVI, para o 'civiliza-te ou dou-te um tiro' do século XIX, para o 'desenvolve-te ou dou-te um tiro' do século XX, para o recente 'neoliberaliza-te ou dou-te um tiro' (GROSFOGUEL, 2006, p. 67).

Iniciado no mercantilismo, pela acumulação primitiva de capital, e perpassando pelo capitalismo industrial e pelo monopolista, o sistema econômico do lucro é constantemente transformado e adaptado para perpetuar-se como modelo vigente. Segundo SANTOS (2007, p. 04), de meados do século XVI em diante, o debate do Novo Mundo, ou seja, dos países europeus concentram-se na determinação do colonial, que é “*o estado de natureza onde as instituições da sociedade civil não têm lugar*”.

Nesse contexto, a saúde pode ser encarada como mais um meio de colonização e uma forma de controle das necessidades individuais, uma vez que, sem ela, trabalhadores se tornam menos produtivos e geram menor renda às empresas. A saúde, nesse caso, atua como um cordão sanitário entre pobres e ricos, retornando a conceitos de saúde ultrapassados e práticas da Inglaterra da Revolução Industrial, que pretendiam o controle biológico dos mais pobres.

A evolução do capitalismo sustenta modificações significativas também na área da saúde que, atualmente, é percebida como uma área estratégica na economia neoliberal. Influencia critérios de mudança demográfica, que envolvem o financiamento a sistemas de saúde e aposentadoria. A União Europeia, por exemplo, fixou mais dois anos de expectativa de vida saudável como uma determinante de sua política de crescimento econômico (KICKBUSCH, 2013). Além disso, estima-se que entre 10% e 15% do PIB e da força de trabalho da União Europeia provêm da saúde, caracterizando-a como um fator de concorrência econômica entre os países (KICKBUSCH, 2013). Pela mesma lógica mercantil, nos Estados Unidos, estima-se que houve 3300 lobistas trabalhando na questão da reforma médica (KICKBUSCH, 2013).

Devido à percepção do viés estratégico, o contexto neoliberal intensifica o processo de mercantilização da saúde, segundo o qual, recorrentemente, os ganhos financeiros são mais importantes do que o próprio cuidado com a vida das pessoas. A faceta negativa do modelo de globalização neoliberal, no qual se inserem as organizações humanitárias, naturaliza o envolvimento de grandes corporações em questões de saúde, o que pode trazer avanços em

termos tecnológicos, mas também implica a subordinação da saúde ao capital. Além disso, a despeito de todo o progresso em termos de tecnologia, as condições de vida das pessoas ainda são precárias e obsoletas, o que remete ao pensamento do quanto, de fato, a humanidade está evoluindo com o aporte dos meios tecnológicos. É incoerente que, em um planeta que se diz tão avançado em tecnologias, as pessoas ainda enfrentem necessidades básicas (SANTOS, 2000). Trata-se de refutar a *tecnolatria* hodierna, ou seja, a adoração cega ao avanço tecnológico, considerando prioritárias as habilidades humanas. Além disso, implica reconhecer que os avanços tecnológicos também propagam iniquidades (FOEGE, 1998, p. 193).

Historicamente, há exemplos diversos sobre os malefícios acarretados por essa lógica. Na África do século XVIII, testes laboratoriais de HIV eram realizados em pessoas que tinham condições mínimas de vida e absoluto desconhecimento quanto aos procedimentos (WEBB et al., 1997). A disseminação proposital de doenças era operada como se essas pessoas fossem desprovidas de valor (WEBB et al., 1997).

Ademais, até mesmo a prevenção de doenças transmissíveis pode afrontar os interesses comerciais dos poderosos econômicos (KICKBUSCH, 2016). As indústrias tabagista, farmacêutica, de bebidas alcoólicas e de alimentos ultraprocessados parecem atender à lógica do lucro, a despeito das vicissitudes causadas na saúde da população. A propaganda em relação ao hiperconsumo também tem sido criticada por analistas da área da saúde, especialmente as voltadas ao público infantil. Averigua-se que diferentes estratégias são utilizadas – como a propaganda, a pressão internacional e a suposta ampliação da ideia de cidadania corporativa –, para aumentar a conveniência e a aceitabilidade de produtos não saudáveis, cuja penetração se dá principalmente nos países de rendas baixa e média (KICKBUSCH, 2016).

A vacinação é outro exemplo de campo de atuação dos capitalistas, funcionando como um grande mercado. A gripe H1N1, por exemplo, evidenciou os interesses envolvidos na pandemia suína de 2009. A OMS gerou alerta máximo sobre a doença, mas, pouco tempo depois, constatou-se que a propagação viral foi menos grave do que o previsto. O alarde generalizado, com traços sensacionalistas, evidenciou a influência da mídia em questões de saúde, de modo que

corre-se o risco de privilegiar a resposta à doença de maior atenção na mídia em detrimento de doenças endêmicas que causam sofrimento à população e gastos públicos muito mais relevantes (SANTOS, 2001).

Neste mesmo caso, a OMS foi criticada por induzir países a comprarem medicamentos desnecessariamente. Outro exemplo da mercantilização da saúde é o viés econômico embutido na busca pela cura de doenças. As enfermidades que atingem majoritariamente populações mais pobres são, com frequência, classificadas como “*negligenciadas*”, e não há o interesse das indústrias farmacêuticas ou dos grandes laboratórios em encontrar novas soluções para essas comunidades. Estima-se que, na última década, o mundo gastou US\$ 30 bilhões em pesquisas médicas, dos quais apenas 10% foram gastos com 90% dos problemas de saúde do mundo, uma disparidade conhecida como “*lacuna 10/90*” (Relatório Anual MSF, 2010). Segundo o relatório, há uma crise referente aos medicamentos considerados de segunda linha e, com isso, maiores dificuldades no tratamento de pacientes dos países emergentes, uma vez que “*o mundo pouco se preocupa com doenças que matam pobres, pois elas são ineficazes para enriquecer a indústria farmacêutica*” (Relatório Anual MSF, 2010). No polo oposto, quando se vislumbra possibilidades de lucro, o mercado procura responder rapidamente, desenvolvendo novas vacinas e medicamentos⁶.

A propagação em massa dos planos de saúde, com a multiplicação de tratamentos atrelados à esfera privada na maioria dos países, também exemplifica a instalação de uma visão bancária de saúde na qual, comumente, as pessoas são vistas como potenciais clientes (SUNKEL et al., 2001). Essa visão de saúde discrimina pobres e ricos, estabelecendo uma espécie de *darwinismo social*, de forma que apenas aqueles que possuem recursos financeiros parecem ter direito à saúde.

Até mesmo a ação solidária foi mercantilizada, de modo que se acaba

transmutando o valor de uso da solidariedade no valor de troca da Responsabilidade Social, mercantilizando e despolitizando o espaço público de intervenção contra a desigualdade e a exclusão social (GROPPO, 2007, p. 02).

Muitas empresas atuais, por exemplo, utilizam a prerrogativa da Responsabilidade Social apenas para serem bem vistas pelo mercado e galgarem mais consumidores. E até mesmo as organizações do Terceiro Setor não estão desvinculadas da lógica capitalista e de motivações particulares, de forma que os interesses particulares e a busca de status “*fazem*

⁶⁶ Informações extraídas do Nexo Jornal, 2017. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/entrevista/2016/04/15/%E2%80%98A-vacina%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-um-grande-mercado-com-1%C3%B3gica-pr%C3%B3pria%E2%80%99-diz-professora-da-USP>>. Acesso em: <25 de março de 2019>.

com que os indivíduos não sejam solidários, careçam de coesão e se tornem individualistas” (CORTINA, 2003).

Por fim, a sequência de exemplos relatados reafirma o quanto a saúde encontra-se envolvida em estratégias do mercado, que negligencia as reais necessidades da população rumo à qualidade de vida defendida pelos princípios da Promoção da Saúde. Trata-se de uma perspectiva inerente ao escopo da globalização neoliberal, na qual a saúde não é mais um bem comum, mas uma mercadoria cujo acesso deve ser mediado pelas regras do mercado (MADEIRA & REICHER, 2003). Nesse sentido, torna-se importante que os agentes humanitários estejam atentos aos discursos que utilizam o espectro da saúde como instrumento de propagação das ideologias hegemônicas.

1.6.O pluralismo dos atores sociais em saúde e o avanço da ajuda humanitária

O campo da Saúde Global foca em questões e problemas de saúde supraterritoriais, que extrapolam as fronteiras nacionais, tal como seus determinantes e as possíveis soluções, necessitando da intervenção e de acordos entre diversos atores sociais, incluindo países e governos, agências e instituições internacionais públicas e privadas (FORTES & RIBEIRO, 2014)

A Saúde Global evidenciou a interligação das questões de saúde entre os países, buscando a concretização de ações coletivas que envolvam diversos atores sociais, incluindo as organizações humanitárias. Assim, a maioria dos problemas de saúde do século XXI parece clamar pela consolidação de parcerias globais e medidas “*multissetoriais e multidisciplinares*” (BIEHL & PRETYNA, 2014, p. 376). Por isso, tem ocorrido o aumento de agentes dispostos a canalizar esforços para criar uma rede de cooperação internacional na área da saúde (BUSE & FUSTUKIAN, 2002).

Ademais, a nova engrenagem do mundo ressignifica o papel das organizações públicas internacionais e favorece o surgimento de novos atores sociais públicos,

como os blocos político-econômicos de integração regional — entre os quais, NAFTA, ALCA, MERCOSUL, UNASUL, União Europeia —, e atores sociais privados, como organizações não governamentais, empresas transnacionais e diversos grupos de ativistas de direitos sociais (FORTES, 2012, p. 219).

As necessidades crescentes em saúde e a demanda por ações integradas têm acarretado a expansão das organizações humanitárias, especialmente nas últimas décadas. Esse ramo

expandiu-se com celeridade, tanto numericamente quanto em tamanho, e a sua atuação concentra-se, principalmente, nas regiões mais carentes do mundo (FORTES, 2014).

O crescimento da quantidade e da importância das organizações humanitárias no cenário mundial justifica a análise mais ampla sobre as suas atuações, de modo que este item busca entender como se inserem nessa densa rede, na qual se articulam atores dos setores privado, público e não governamental (LLONA, 2012).

Afinal, a globalização reforça a ideia de que as temáticas de saúde não estão limitadas a regiões específicas, mas participam da engrenagem mundial. A Saúde Global entende que há questões que

estão além do controle individual dos Estados Nacionais, que 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 (FORTES, 2015).

Porém, apesar da universalidade das questões de saúde e da pluralidade dos atores mundiais, não se pode dizer que há um enfraquecimento dos Estados Nacionais, como se suas responsabilidades fossem transferidas para outros agentes e esferas. Pelo contrário: o estabelecimento de um Estado robusto, que garanta aos cidadãos os direitos sociais, é uma premissa incontestável para o avanço das problemáticas em saúde. No Brasil, por exemplo, “*a saúde como direito de todos e dever do Estado*” compõe o artigo 196 da Constituição vigente de 1988, e o Estado atua como participante intransponível do processo.

Este estudo, portanto, valoriza o trabalho das organizações humanitárias, mas considera que sua atuação deve ser complementar ao Estado, não visando enfraquecê-lo ou substituí-lo. Dessa forma, evitam-se brechas teóricas que justifiquem a supremacia mercadológica em questões de saúde. Por outro lado, os Estados também não devem atuar de forma hermética, “*virando de costas aos sonhos e anseios dos que estão fora de suas fronteiras*” (BAUMAN, 2013, p. 34). Também devem envolver as pessoas nos processos decisórios, de modo que os seus membros tenham “*o direito e os meios de escolher e jamais renunciem a esse direito, nem o entreguem a outros*” (BAUMAN, 2003, p. 141).

Dessa forma, constata-se que é necessária uma abordagem de governança em diferentes níveis para assegurar a Equidade em saúde, que garanta a inclusão de grupos marginalizados pela lógica da globalização neoliberal. Por isso, a cooperação internacional

entre várias instâncias deve pautar-se na complementariedade e na corresponsabilização, além de nutrir a visão realista de que nenhuma das partes envolvidas é infalível e, tampouco, autossuficiente.

O Terceiro Setor, no qual se encaixam as organizações humanitárias, atua de forma importante para essa cooperação. Entre os diversos agentes atuantes em saúde, o Terceiro Setor consolidou-se no cenário mundial a partir da década de 1990 e, embora a sua definição seja abrangente e permita interpretações diversas, atualmente, o conceito mais consolidado do termo Terceiro Setor remete ao conjunto de organizações privadas, sem fins lucrativos, cuja atuação é dirigida a finalidades coletivas ou públicas (FISCHER & FALCONER, 1998). Segundo o glossário *IRIS*, dicionário de inovação social sobre conceitos chave utilizados na Incubadora Regional de Inovação Social, uma ONG é “*uma entidade registrada como sem fins lucrativos, de acordo com as leis e as regulamentações do país na qual se encontra*”. Porém, diversos autores definiram o Terceiro Setor de outras formas:

- Organizações privadas sem fins lucrativos com interesse social, com a finalidade de ajudar o cidadão (OLIVEIRA E JUNQUEIRA, 2003);
- Um termo guarda-chuva, que inclui diversos tipos de organizações e diferentes marcos teóricos (ALVES, 2002);
- Organizações diversificadas que se caracterizam pelo valor não econômico, fundadas pela iniciativa privada (sociedade civil) com interesses públicos e sociais, com contornos participativos, cooperativos e solidários, apoiados no trabalho contratado (SOARES, 2008);
- Organizações preocupadas e movidas pela ação social e baseadas em valores (SOARES E MELO, 2009);
- Fundações e associações civis, que não têm por finalidade a obtenção de lucros, sendo constituídas como entidades de direito privado e de interesse público (GIMENES & MAZZEI, 2008);
- O termo é herdeiro de uma tradição anglo-saxônica particularmente impregnada pela ideia de filantropia, identificando o terceiro setor ao universo das organizações sem fins lucrativos (FRANÇA FILHO, 2002);
- Organizações privadas autônomas, não voltadas à distribuição de lucros para acionistas ou diretores, atendendo aos propósitos públicos (SALAMON, 1998).

Este estudo adotou a definição disposta inicialmente, de FISCHER & FALCONER (1998), entendendo que o Terceiro Setor engloba instituições com fins públicos, porém de

caráter privado e, portanto, não se enquadra no Primeiro Setor, representado pelo Estado. Por outro lado, ainda que sejam regidas pelo direito privado, as instituições do Terceiro Setor não visam ao lucro ou seguem a lógica mercantil e, tampouco, podem ser classificadas como parte do Segundo Setor, no qual se insere o mercado. Devido a essas características peculiares, o Terceiro Setor faz parte deste espaço único, que é público e não estatal (MONTAÑO, 2002), como mostra o diagrama elaborado pelo IBGE (2002):

FONTE: IBGE, 2002.

O Terceiro Setor, no qual convivem diversas formas de regulação econômica, presta atendimento a pessoas e famílias à margem do processo produtivo ou fora do mercado de trabalho, além de incitar a geração de empregos e estimular o voluntariado (FERNANDES, 1994). Assim, promove importantes transformações sociais, a partir de espaços de trabalho que podem ser ONGs, associações, fundações, entidades de assistência social e outras organizações da sociedade civil (MONTAÑO, 2002), organizando-se a partir de temas, interesses, regiões, formas de atuação, público-alvo, parcerias e outras motivações, e denota um novo paradigma de relações, práticas sociais e estratégias de ação coletiva (BNDES, 2000). Ademais, o Terceiro Setor investe nas ideias de corresponsabilidade e de complementaridade entre as ações efetivadas pelos diversos setores e atores que atuam no campo social, permitindo o intercâmbio de conhecimentos sobre distintas experiências, valorizando a atuação em rede, que é uma tendência na atualidade (HUDSON, 2004).

Mundialmente, o Terceiro Setor chega a movimentar US\$1 trilhão ao ano, o que seria equivalente, em termos econômicos, à 8ª economia do mundo. Dados da Universidade John Hopkins e do IBGE (2010) relatam que, atualmente, há mais de 10 milhões de organizações

do Terceiro Setor pelo mundo, empregando 47 milhões de pessoas e com representatividade econômica de 5,9% do PIB mundial.

Apesar do amplo alcance do Terceiro Setor também na América Latina, onde se enquadra o Haiti, a região vivencia um período de redução dos fluxos de capital voltados à filantropia, gerando no setor uma competição pelos recursos disponíveis, tantos internos quanto externos (BNDES, 2000). A questão do financiamento e captação dos recursos é um dos principais desafios do setor, principalmente quando inserido em um contexto neoliberal, no qual a saúde é tratada como mercadoria. Afinal, teoricamente, uma organização não governamental (ONG) é guiada por objetivos humanitários ou cooperativos ao invés de comerciais, e é em grande parte independente do governo, mas pode apresentar intersecções de atuação com o Estado e com empresas privadas (CASTRO, 1999). De modo geral, as organizações do Terceiro Setor relacionam-se com outras instituições de forma heterogênea e variável (FERNANDES, 1997).

As organizações humanitárias deste estudo – CICV, MSF e PIH - enquadram-se juridicamente no Terceiro Setor, conforme definido anteriormente pelo glossário IRIS, mas não definem a si mesmas como pertencentes a esse segmento. A justificativa é que, como prezam pela neutralidade e pela liberdade de atuação, não classificam a si mesmas como totalmente imersas nos regulamentos e procedimentos do Terceiro Setor que, na prática, não as representam. Por isso, particularizam-se como “*organizações humanitárias*” ao invés de “*organizações do Terceiro Setor*” e, ao menos em teoria, buscam assegurar uma atuação independente e desvinculada de interesses políticos ou econômicos.

A ajuda humanitária engloba, principalmente, os organismos internacionais, o Terceiro Setor e as organizações humanitárias, além dos governos e empresas privadas. Percebe-se uma postura integrada com o Humanitarismo, que pode ser definido como “*o movimento para salvar vidas e aliviar o sofrimento durante conflitos, turbulências sociais, desastres e exclusão social*” (Global Humanitarian Assistance, 2013).

Para entender as nuances da ajuda humanitária, é importante resgatar a historicidade da ideia de Humanitarismo. Inicialmente, no século XIX, a ação humanitária era restrita ao contexto de conflitos armados e legitimada pelo Direito Internacional Humanitário (DIH), que surgiu para mitigar conflitos, estabelecendo limites às práticas de guerra. Assim, o Humanitarismo restringia-se a contextos bélicos e limitava-se à figura do cuidador e do combatente ferido. Enfatizava-se a ideia de “*soldado humanitário*”, que são sujeitos

empregados de empresas militares ou de segurança, cujas práticas são convergentes às atividades dos agentes humanitários.

No último século, porém, a ajuda humanitária alargou os seus conceitos, e o seu ideário passou por um processo de resignificação. Inicialmente atrelada a guerras interestatais, a complexidade de situações globais – que incluíam desastres naturais, conflitos civis e a crise dos refugiados - clamou por um viés mais plural do conceito de Humanitarismo, preparado para lidar com “*emergências complexas*” (FOX, 2001). Segundo WEISS (1999 apud DUFFIELD, 2001, p.12), uma emergência complexa é entendida, entre as agências da ONU,

como denotando um desastre humanitário relacionado a conflito que envolve um alto grau de deslocamento e desagregação social e, refletindo essa condição, requer uma resposta de ajuda de todo o sistema da comunidade internacional.

A ação humanitária expandiu-se para além das convenções de Genebra, que permitem o uso da força em situações específicas, de modo que a guerra é entendida como prática normal e legítima entre os Estados, e estabelecem a diferenciação entre os grupos que devem ou não ser protegidos. Os apátridas e os terroristas, por exemplo, estão excluídos dessa noção de defesa.

O Humanitarismo, portanto, não estaria atrelado apenas ao tecido social de pessoas que pertencem a determinado governo, mas considera, antes de tudo, o caráter humano e, por conseguinte, supranacional das pessoas (FOX, 2001). Há o deslocamento do Humanitarismo ligado ao Estado para a ideia de humanidade universalista, com alcance universal por considerar a *condição humana* comum a todos.

Essa separação entre a ajuda ligada ao Estado e a consideração da totalidade do indivíduo humano, precedendo a ideia de nacionalidade, já aparecia nas bases do DIH (HOFMAN, 2010). No contexto de guerra, rompe-se com a dicotomia entre o soldado saudável como “*inimigo*” e o soldado ferido como “*neutro*”, entendendo a importância de se responder a emergências, independentemente das disputas estatais ou interesses nacionais (SLIM, 2001).

Com o tempo, consolidaram-se, no contexto mundial, organizações humanitárias com agendas de desenvolvimento (DUFFIELD, 2001) e a ideia do espaço humanitário como exclusivamente desmilitarizado (COCKAYNE, 2006), junto ao surgimento de empresas militares com agendas humanitárias dispersas pelo globo (SPEARIN, 2008).

É possível dividir, então, os discursos humanitários em duas vertentes principais: “*Tradicionalista*”, ou vinculada ao Estado, e o “*Novo Humanitarismo*”, que considera a humanidade como premissa central, anteriormente ao Estado ou ideia de nacionalidade (SLIM, 2001), equivalendo-se a um “*ato de protesto dos indivíduos contra a ordem estabelecida*” (BOUCHET-SAULNIER et al., 2007, p. XXII).

Ainda hoje, muitas vezes, as organizações humanitárias optam, ainda que indiretamente, por uma dessas duas visões, considerando diferentes interesses e sobredeterminações. Mesmo a segunda vertente atende a novas motivações (LEEBAW, 2007), que podem ser, por exemplo, mercadológicas e/ou políticas, por estarem imersas na globalização neoliberal. Assim, ainda que os princípios da neutralidade e imparcialidade mostrem-se presentes na teoria, é importante questionar se esses discursos são possíveis na prática, uma vez não há nada no social que não esteja sobredeterminado (SMITH, 2012). Por mais que se preze pela neutralidade, essa é inatingível, tornando-se impossível a consolidação de um espaço apolítico no trabalho humanitário, fato reconhecido até mesmo dentro das organizações (SMITH, 2012).

O Humanitarismo transita entre o cuidado imediato e ações que podem se perpetuar no tempo, ou seja, há uma separação entre o *alívio humanitário* e a *abordagem desenvolvimentista*. Enquanto o primeiro termo consiste em oferecer respostas a emergências de causas “*repentinas*” e “*anormais*”, que têm por objetivo salvar vidas naquele momento, o segundo busca ajuda ao desenvolvimento, como uma tentativa de melhorar um suposto estado normal da saúde no país. É preciso considerar, ademais, que o desenvolvimento em longo prazo remonta a uma visão política que visa ao combate de desigualdades estruturais, mas mesmo o Novo Humanitarismo pode atender a interesses subjacentes, mercadológicos e/ou políticos (LEEBAW, 2007).

Além disso, as duas concepções coexistem e, embora haja espaço para o Novo Humanitarismo, ainda há resquícios da velha ordem humanitária, apontando para uma abordagem que mistura a emergência e o desenvolvimentismo, chamada de *alívio desenvolvimentista*.

Porém, essa aglomeração de conceitos, causada pela complexidade dos cenários, pode fragmentar os discursos antagônicos sobre o Humanitarismo e favorecer a infiltração de discursos dos atores hegemônicos (VESTERGAARD, 2014). A partir da confusão conceitual, cria-se um campo favorável ao projeto de globalização neoliberal, que ratifica as ideias acerca

da eficiência das organizações, vinculadas ao progresso e à lógica de mercado, e secundariza questões importantes, como a desigualdade estrutural.

1.6.1.A ação dos organismos internacionais

Os organismos internacionais são mediadores supranacionais das questões de saúde, cujo principal representante é a OMS, uma vertente da ONU. A Organização introduziu, em 1997, o termo “*integração*” em suas diretrizes, a fim de maximizar o seu impacto e indicar o objetivo de suas ações como

um planejamento integrado ou estreitamente alinhado; um conjunto de resultados acordados, cronogramas e responsabilidade para a realização de tarefas críticas a fim de consolidar a paz; e mecanismos acordados para monitoramento e avaliação entre agentes da ONU (METCALFE, GIFFLEN & ELHAWARY, 2011, p. 1).

A OMS é uma agência fundada em 1948 com sede em Genebra, na Suíça. Originalmente criada para ser vista como “*lugar único na Saúde Global*” e atuar como “*autoridade moral e porta-voz da saúde no mundo*” (OMS, 2011a, p. 11), a Organização tem a missão de conciliar as suas decisões com os diferentes pontos de vista de seus Estados-membros. Teoricamente, a agência tem a intenção de desenvolver o nível de saúde dos povos, melhorando o estado de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. Ademais, a carta constitutiva da OMS, denominada Constituição, busca assegurar um enfoque social à saúde, afirmando-a como um direito humano (LEGGE, 2012).

Porém, há um abismo entre o arcabouço teórico da entidade internacional e o seu desempenho em termos práticos. Assim, contrariando a tendência de harmonização mundial, e após três décadas de tentativas de reformas, especialistas indicam uma crise representativa da OMS. De acordo com Margaret Chan, diretora da Organização entre 2007 e 2017, “*a OMS está sobrecarregada e é incapaz de responder com agilidade aos desafios da Saúde Global*” (GOSTIN & SRIDHAR, 2014, p. 1585). Atualmente, ainda que seja composta por 194 Estados-membros, a OMS vive uma fase de redução do protagonismo, enquanto outros atores internacionais galgam maiores patamares de influência, como é o caso das organizações humanitárias abordadas neste estudo.

Entre as principais causas da erosão do protagonismo da OMS encontram-se a escassez e a natureza dos seus financiamentos, os conflitos de interesses dos integrantes, que vieram à tona durante a gestão da pandemia de gripe H1N1, as dificuldades de comunicação e os problemas de governança interna (VENTURA, 2016). Na crise do Ebola de 2015, por

exemplo, a demora responsiva ao surto do vírus foi amplamente criticada pela comunidade global (PHILIPS & MARKHAM, 2014), cabendo a outros agentes mundiais, como a MSF, o mérito pela solução do problema.

Em termos ideológicos, a principal contradição da OMS refere-se à oposição existente entre a lógica neoliberal a que atende e o seu papel como guia nas políticas de saúde, garantindo-a com um direito social (CHOREV, 2012). Também nesse cenário, constata-se uma diminuição da influência da OMS, uma vez que a mercantilização da saúde coloca o Banco Mundial em posição hegemônica, o que fortifica a ideia de saúde como mercadoria e resume os seus avanços aos aportes tecnológicos.

Ademais, a OMS mostra-se complacente com o desrespeito dos países hegemônicos quanto às suas orientações, não os punindo com a devida severidade, e subrepresentando os países do Sul. Evidenciam-se as contradições na entidade internacional, excessivamente vinculada ao capital, fato que é comprovado pelo fato do Banco Central ser o seu maior financiador (SANTOS, 2000).

Mesmo que as contribuições voluntárias destinadas à Organização tenham passado de 25% nos anos 1970 para 51% em 1990 e 76% em 2013⁷, permitindo maior autonomia da entidade, a submissão da OMS aos interesses dos países hegemônicos ainda é preocupante. Estima-se, por exemplo, que apenas um terço dos países cumpra o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

É válido reforçar que o discurso neoliberal apropria-se da suposta independência das organizações humanitárias, e do caráter individual de cada atendimento, para reforçar ideias vinculadas à meritocracia e à *desresponsabilização* do Estado nas questões sociais. Os atores globais passam a disputar a definição do Humanitarismo, estabelecendo novas relações de poder, geralmente alinhadas à proposta neoliberal.

No sentido de alinharem-se ao indivíduo, as organizações aproximam-se do princípio neoliberal, que valoriza a meritocracia e o suposto empenho individual. Essa ideia está articulada com a interpretação foucaultiana de neoliberalismo, o qual gera *corpos dóceis* - ou seja, economicamente produtivos, mas politicamente submissos -, para a sociedade de controle (FOUCAULT, 1980). Entende-se, nesse sentido, o oposto da ideia de solidariedade e o aprofundamento da competitividade humana, no qual as pessoas devem ser empresárias de si mesmas e galgarem novas ambições a partir de seus próprios esforços.

⁷ The Lancet [Plataforma <http://www.thelancet.com>]. Datado em 11 de julho de 2015.

Após essa digressão sobre a tentativa de enfraquecimento dos Estados no cenário neoliberal, é válido apresentar outros argumentos que podem ratificar a influência dos países hegemônicos na saúde mundial e o quanto as suas ações podem questionar a neutralidade da ONU. A França e os Estados Unidos diminuíram os recursos alocados para os fundos de Saúde Global, dificultando o cumprimento da meta estabelecida na Declaração de Doha sobre o Financiamento para o Desenvolvimento, quando houve o compromisso do aporte de 0,7% dos respectivos PIBs dos mais ricos aos mais pobres até 2015 (BUSS & FERREIRA, 2010).

Refuta-se, novamente, a imparcialidade da ONU, uma vez que o campo da saúde é estratégico e está permeado por interesses ideológicos e monetários, “*subordinando os princípios de Equidade em saúde aos da eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos*” (COSTA, 1998).

Essa crítica torna-se ainda mais coerente pelo vínculo da ONU aos países hegemônicos, pois China, EUA, França, Inglaterra e Rússia possuem cadeira permanente e poder de veto nas decisões propostas pela Organização. Explicita-se a assimetria existente entre os membros permanentes do Conselho de Segurança da ONU e os outros integrantes, rotativos, fato que condiciona os países hegemônicos a gozar de inquestionável influência na formulação de políticas na Organização (AMORIM, 1999). Ademais, a comunidade internacional questiona o fato de

um único membro permanente impedir que um regime de sanções seja levantado, com base em interpretação essencialmente unilateral do que constitui cumprimento satisfatório das exigências para tal (AMORIM, 1999, p. 10).

O vínculo aos países poderosos recorrentemente associa a ONU e, portanto, a OMS, à lógica da mercantilização da saúde e abre espaço para o recrudescimento das dessimetrias mundiais. Serve, ademais, como argumento para a desmistificação da ideia de *aldeia global* promovida pela globalização, que pode ser excludente e seletiva ao focar-se nos interesses dos agentes hegemônicos em detrimento do bem comum.

Paralelamente ao desprestígio crescente da OMS, as organizações humanitárias conquistaram um importante espaço em questões de saúde, de modo que passaram a influenciar as decisões locais para o desenvolvimento e implantação de novas políticas (BIEHL & PRETYNA, 2014, p. 451), tornando ainda mais relevante estudá-las com profundidade.

CAPÍTULO 2 - OBJETO, OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Os capítulos anteriores imergiram na delimitação semântica dos conceitos utilizados neste estudo, que são essenciais para o desenvolvimento da temática e para atingir os objetivos da pesquisa. Neste segundo capítulo, discorre-se sobre os objetivos da tese.

- **Objetivo Geral**

Busca-se, como objetivo central desta pesquisa, responder à seguinte pergunta:

“de que forma as organizações de ajuda humanitária, imersas na globalização neoliberal, atuam na Promoção da Saúde no Haiti, sob a ótica dos princípios da Equidade, da Intersetorialidade, da Participação Social e da Sustentabilidade?”

Assim, o estudo delimitou como objetivo geral analisar se as principais organizações humanitárias, especializadas na área da saúde, aplicam os princípios da Promoção da Saúde (Equidade, Intersetorialidade, Participação Social e Sustentabilidade) no Haiti, considerando-se o atual contexto de globalização neoliberal.

- **Objetivos Específicos**

Nessa pergunta norteadora, inserem-se objetivos específicos:

- Investigar, com base nos princípios da Promoção da Saúde, se há evidências de ações imperialistas nas ações das entidades humanitárias, denominadas como *neoneocolonialismo* neste estudo.
- Analisar se é possível identificar transformações em longo prazo na comunidade haitiana, a partir da intervenção das organizações selecionadas como representantes da atuação humanitária. Ou seja, pretendeu-se verificar se há a geração de transformações no cenário haitiano por meio dessas entidades, que não signifiquem apenas a implantação de ações imediatistas e de caráter emergencial, mas também considerem o desenvolvimento do Haiti em longo prazo.

2.1. Justificativas para o estudo

As temáticas abordadas neste estudo são de relevância acadêmica, vinculando-se a questões de destaque no cenário mundial. A justificativa para o estudo possui várias frentes,

cuja dinâmica e expressão foram apresentadas nos capítulos introdutórios, como a importância de se estudar as questões de saúde por um viés global, principalmente em um mundo permeado por interesses da globalização neoliberal, que podem fomentar ações imperialistas por agentes humanitários. Ademais, abordou-se a influência crescente das organizações humanitárias no cenário mundial, com a descentralização da atuação em saúde e o questionamento da força de entidades internacionais outrora consideradas hegemônicas, como a OMS. Porém, apesar da importância crescente das organizações humanitárias, essas ainda não são amplamente estudadas no mundo acadêmico.

Além disso, os princípios da Promoção da Saúde estão ganhando espaço no cenário mundial, tornando-se pertinente verificar o alcance das práticas em saúde no médio e no longo prazo, e não apenas a partir de um viés assistencialista, o que poderia acentuar assimetrias mundiais. A justificativa para o direcionamento do estudo à perspectiva da Promoção da Saúde remete a um entendimento da saúde como emancipadora e capaz de construir novas práticas, compromissadas com a sociedade. Essa abordagem emergente possui o potencial de fortalecer os sujeitos e as coletividades, por meio do estabelecimento de redes (MENDES et al., 2016). Não se trata de normatizar a vida das pessoas, como pregado em concepções de saúde anteriores, mas de incitá-las ao protagonismo de suas próprias vidas, garantindo, inclusive, que possuam um amplo aparato do Estado por meio de políticas públicas saudáveis. Preconiza-se, portanto, a desconstrução dos conceitos clássicos de saúde, que causam o assujeitamento dos indivíduos, colocando-os em um patamar passivo, assim como a *desresponsabilização* do Estado. Desmantela-se, ademais, o ciclo de culpabilização permanente dos indivíduos pelos males que os acometem (STOTZ; ARAÚJO, 2004), pois as escolhas humanas ultrapassam a racionalidade para também se debruçar sobre valores e emoções (CZERESNIA, 2003).

A consolidação dos princípios da Promoção da Saúde aproxima-se da ideia de “*Nova Globalização*” proposta por Milton Santos, que contém elementos comuns aos preceitos da Saúde Global. Também se aproxima da perspectiva da obra *Epistemologias do Sul*, na qual os autores, sociólogos portugueses, defendem a existência de alternativas práticas para o modo de pensar atual, principalmente a forma ocidentalizada (MENESES & SANTOS, 2010). Segundo os autores, a compreensão do mundo é muito mais ampla que o entendimento ocidental predominante:

“colonialismo, evangelização, neocolonialismo, imperialismo, desenvolvimento, globalização, ajuda externa, direitos humanos, assistência humanitária são exemplos de algumas das diretivas das soluções eurocêntricas para os problemas do mundo” (SPOSATI, 2001).

Os autores defendem que não são necessárias *novas alternativas*, mas *novas formas de pensar*⁸. Afinal,

“a diversidade do mundo é infinita, uma diversidade que inclui maneiras muito diferentes de ser, pensar e sentir, de conceber o tempo, o relacionamento entre seres humanos e entre humanos e não-humanos, para olhar o passado e o futuro, para coletivamente organizar a vida, a produção de bens e serviços e o lazer” (SPOSATI, 2001).

Essa imensidão de alternativas de vida é desperdiçada com a perpetuação contínua da mentalidade desenvolvida no Norte, inclusive no campo epistemológico. Há o reforço de um cenário imperialista, ou *neoneocolonial*, de modo que até mesmo os saberes das populações consideradas menos avançadas, na perspectiva nortista, foram – e continuam sendo – suprimidos durante o processo de colonização. Para interromper esse mecanismo, urge a necessidade do diálogo e o resgate de outras formas de conhecimento, uma vez que há uma *ecologia de saberes* na modernidade. O cientificismo ocidental, em sua forma clássica e tipicamente imposto pelo Norte, *“se transveste arrogantemente como o único saber válido, mas aumenta desigualdades abissais no planeta”* (MENESES & SANTOS, 2010). Além disso, ao se desconsiderar outras formas de saber, desfavorece-se a emancipação dos oprimidos.

Os conhecimentos das comunidades tradicionais, como os dos grupos indígenas e ribeirinhos, por exemplo, por engendram-se de modo diferente ao pregado pela perspectiva econômica dominante, são recorrentemente vistos como descartáveis. Com frequência, acredita-se que o Norte traz soluções, enquanto o Sul dissemina problemas.

A perspectiva emancipatória da Promoção da Saúde, porém, defende que conhecimentos essenciais podem provir justamente do Sul, historicamente excluído e explorado nos processos colonizatórios. Por isso, uma nova mentalidade deve ser estimulada e propagada, especialmente por meio de parceiras, pressupondo-se um contexto de corresponsabilidades entre os vários atores em saúde (FISCHER & FALCONER, 1998), que enfraqueceria os interesses comerciais atrelados à saúde, desconstruiria a epistemologia do

⁸ Movimentos Utópicos da Contemporaneidade: Diálogo com Boaventura de Sousa Santos. Disponível em: <<https://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC16/16-1.pdf>>. Acesso em: <05 de julho de 2019>.

Norte como a única possível, afastaria grandes corporações do capital das questões de saúde, diminuiria as disparidades entre o Norte e o Sul e contornaria os obstáculos estruturais que o modelo econômico atual impõe, disfarçado sobre a sensação de atribuir mais liberdade às pessoas.

Ademais, a Promoção da Saúde relaciona o saber e o fazer, remetendo a uma perspectiva crítica (MENDES et al., 2016). Esse movimento é especialmente importante em um contexto mundial no qual os pressupostos da saúde estão, cada vez mais, subordinados a interesses políticos e econômicos. Segundo SPOSATI (2001), diminuir o espaço entre o saber o fazer significa desmistificar a relação fantasmagórica entre a teoria crítica e a transformação social.

Uma última, mas não menos significativa, justificativa para o estudo é o estreitamento do relacionamento entre o Brasil e o Haiti nas últimas décadas, inclusive em relação à atual crise dos refugiados. Esse item será desenvolvido nos parágrafos a seguir.

2.2. Por que o Haiti

A Saúde Global apresenta um mundo cada vez mais interligado, que compartilha questões de saúde que ultrapassam as fronteiras nacionais. Apenas esse argumento seria de grande relevância para justificar o interesse para estudos sobre o Haiti, uma das regiões mais pobres do mundo. O país possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da América Latina – com escala de 0,483 –, o que evidencia a necessidade da busca pelo princípio da Equidade. Além disso, calcula-se que cerca de 70% da população haitiana viva com menos de US\$2 por dia (MSF, 2015, p. 06).

Porém, mais do que a conectividade mundial sustentada pela Saúde Global e o cenário de pobreza que assola o Haiti, este estudo justifica-se, principalmente, pelo forte relacionamento entre o Brasil e o Haiti, em especial a partir do início do século XXI.

As semelhanças entre os países existem desde tempos remotos. Ambos os países foram colônias de exploração, tiveram a população indígena dizimada pelos colonizadores e, historicamente, seguiram a lógica de *plantation*. Segundo ANGELO (2009), a *plantation* refere-se a um modelo de organização econômica em que se destacam quatro aspectos principais: latifúndio, monocultura, mão-de-obra escrava e produção voltada para a exportação, não devendo, portanto, ser interpretada como uma simples tradução do termo “*plantação*”.

Como o Brasil, o Haiti teve boa parte da sua economia baseada na cana-de-açúcar durante o período colonial, principalmente devido a similaridades climáticas, apesar da imensa disparidade territorial: enquanto o Haiti é parte de uma pequena ilha caribenha, o Brasil é o quinto maior país do mundo, com território de 8.514.877km² (BRANDON, 2005).

A maior aproximação entre os países, contudo, reafirma-se em relação às disparidades socioeconômicas, apesar de o Brasil ser considerado mais desenvolvido. Em termos de IDH, o Brasil ocupa o 85º lugar, enquanto o Haiti está no final da lista, com os piores indicadores, em 161º⁹.

2.3.Relação entre o Brasil e o Haiti na atualidade

*Diante da chacina
111 presos indefesos, mas presos são quase todos pretos
Ou quase pretos, ou quase brancos quase pretos de tão pobres
E pobres são como podres e todos sabem como se tratam os pretos
O Haiti é aqui.
Canção “O Haiti é Aqui”, Caetano Veloso*

Na atualidade, o Brasil e o Haiti também possuem uma relação de forte proximidade. Esse cenário intensificou-se devido à atuação das Forças Armadas do Brasil na Missão das Nações Unidas, desde 2004, para o desenvolvimento do Haiti, além da assistência humanitária após o sismo de 2010.

Assim, a relação entre o Brasil e o Haiti foi reafirmada, principalmente, a partir do estabelecimento da MINUSTAH (United Nations Stabilization Mission in Haiti), missão da ONU encarregada de promover a estabilidade política no Haiti, em uma das mais importantes missões de paz da História. Com a ocorrência do terremoto de 2010, agregou-se à missão original o objetivo de auxílio à reconstrução do país, e a força de paz MINUSTAH permaneceu no país de 2004 a 2017, três anos a mais do que o previsto inicialmente.

Apesar da magnitude das ações e do impacto positivo na recomposição do país, há, contudo, severas críticas à atuação da MINUSTAH, cujos militares ficaram conhecidos como “capacetes azuis”. De acordo com Gabrielle Apollon, integrante da área de Recursos Humanos da MSF,

⁹ Dado extraído da revista Exame online. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/economia/noruega-e-o-pais-mais-desenvolvido-brasil-fica-em-85o/>. Acesso em: <21 de março de 2019>.

há muitos anos, amigos e parentes que vivem no Haiti vêm me contando como esses capacetes azuis fazem com que eles se sintam vivendo sob ocupação (...), ouvi inúmeras histórias de soldados abusando de crianças e soldados engravidando jovens mulheres e abandonando seus filhos (...) e então veio a cólera (Relatório Anual MSF, 2010).

Recentemente, relatórios emitidos pelas Nações Unidas¹⁰ também vincularam a reemergência da doença bacteriana à ação da MINUSTAH, por meio de contingentes trazidos do Nepal e após a ocorrência do furacão Matthew em 2016.

A MSF publicou os números após o furacão Matthew: 832 pacientes feridos tratados, 6341 pacientes atendidos, 458 pacientes tratados, 10.092.500 litros de água distribuídos e 13800 pessoas vacinadas contra a cólera. Além disso, é preciso contabilizar perdas indiretas, como a destruição de lavouras inteiras, que garantiam a subsistência de milhares de famílias. Visando a amenizar o cenário caótico, quatro dias após a catástrofe, a MSF já estava em cinco departamentos do país: Grand'Anse, Sud, Nippes, Artinonite e Nord-Oueste (Relatório Anual MSF, 2017).

2.4.A crise dos refugiados e o estreitamento das relações entre os países

Atualmente, o mundo vive um estado caótico em relação às migrações humanas. Segundo o relatório “*Tendências Globais*” (2016) do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), o deslocamento forçado tem aumentado desde meados da década de 1990 na maioria das regiões do mundo. O relatório registra o movimento baseando-se em dados de governos, agências parceiras e da própria agência da ONU, apontando um total de 65,3 milhões de pessoas deslocadas até o final de 2015.

As razões para esse fenômeno são variadas e complexas. De acordo com BURMAN (1994), devido a cenários caóticos em seus países de origem, as pessoas buscam formas alternativas de reorientar suas vidas físicas e existenciais, rompendo com a chamada segurança ontológica. Essa segurança refere-se à construção da identidade e à sensação de integração entre o passado, o presente e o futuro.

Contudo, é preciso delimitar as diferenças conceituais entre refugiados e imigrantes. Segundo a Convenção das Nações Unidas sobre o Estatuto dos Refugiados (1951), os imigrantes são pessoas que deixam o seu país de origem com o objetivo de se estabelecerem em outro, de forma temporal ou permanente, e a partir de motivações sociais e econômicas.

¹⁰ Ibid., 49.

Os refugiados, por sua vez, saem dos seus países por um fundamentado temor de perseguição, que pode ocorrer por questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um dado grupo social ou ainda devido a opiniões políticas. Em relação a desastres naturais, como é o caso da migração em massa do Haiti devido ao terremoto, não há um consenso conceitual quanto à designação dos indivíduos. O termo “*refugiado ambiental*” foi criado, mas não se insere na Convenção relativa ao Estatuto do Refugiado, citada anteriormente.

Por isso, seguindo as definições internacionais, os haitianos no Brasil não podem ser classificados como *refugiados*, especialmente na atualidade, entendendo que a principal motivação do deslocamento é a busca por emprego, e não necessariamente um sentimento de risco iminente. Também no Brasil, o pedido de refúgio somente é deferido a imigrantes vindo de países em guerra ou onde há perseguições política, religiosa e social.

Porém, mais do que as definições oficiais, é preciso considerar como as pessoas que sofrem com os deslocamentos classificam a si mesmas. Afinal, apesar de não estarem inseridos nos parâmetros classificatórios oficiais, os haitianos, como os refugiados, possuem dificuldades em encontrar abrigo ou emprego em terras brasileiras, e sentem-se no direito de entrar com pedidos de refúgio. Ademais, muitos escaparam das consequências sociais promovidas pelo terremoto, apesar da conceituação ambiental não ser um critério para categorizá-los como refugiados. O infográfico, fornecido pela Polícia Federal em 2014, ilustra que o Haiti é o país com mais pedidos de refúgio para o Brasil ¹¹.

FONTE: Polícia Federal do Brasil, 2014.

¹¹ Dado extraído do site oficial da Polícia Federal brasileira, ano de 2014.

Nacionalidades

Ranking de países de origem dos imigrantes que chegaram ao país em 2015, segundo registro da PF

FONTE: Polícia Federal do Brasil, 2015.

O governo brasileiro doou ativamente fundos ao Ministério de Saúde haitiano, emitindo cerca de R\$25.000.000 à OMS, na circunstância de reconstrução do país após o terremoto de 2010. Ademais, o Brasil foi um dos primeiros e principais países a receber os haitianos após o sismo, o que reforça a importância dos estudos sobre o relacionamento entre os dois países. Estima-se que, entre 2014 e 2017, mais de 30 mil haitianos migraram para o Brasil, e que cerca de 40 deles ainda entram pelas fronteiras nacionais diariamente ¹².

Assim, milhares de haitianos depositaram a esperança de uma nova vida em terras brasileiras, principalmente após o incentivo do governo brasileiro entre os anos de 2003 e

¹² Portal do Ministério de Saúde brasileiro. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/projeto-haiti/saude-no-haiti>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

2011. As principais rotas de ingresso no Brasil são Acre, Amazonas e Foz do Iguaçu, áreas de fronteira, como mostra a imagem¹³.

FONTE: A Nova Fase da Imigração Haitiana, Revista Veja, 2015 ¹⁴.

Ademais, grande parte dos haitianos residentes no Brasil envia remessas financeiras adquiridas em terras brasileiras para ajudar as suas famílias na ilha caribenha. Segundo o documentário “A Nova Fase da Imigração Haitiana” ¹⁵, 80% dos haitianos enviam dinheiro para as suas famílias e US\$7,5 milhões é a estimativa mensal de remessas haitianas que partem do Brasil.

Essa transferência de recursos não apenas auxilia no sustento de seus entes familiares na terra natal, como representa parte significativa do Produto Interno Bruto brasileiro. O

¹³ Rota dos Haitianos para o Brasil: os caminhos do perigo. Revista Veja. Disponível em: < <https://veja.abril.com.br/brasil/rota-dos-haitianos-para-o-brasil-os-perigos-no-caminho/>>. Acesso em: <07 de abril de 2019>.

¹⁴ Documentário da Folha de São Paulo. “A Nova Fase da Imigração Haitiana”. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=G5a3gtdnZW8>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

¹⁵ Documentário da Folha de São Paulo. “A Nova Fase da Imigração Haitiana”. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=G5a3gtdnZW8>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

incremento no PIB foi comprovado por análises internacionais: um estudo realizado pela McKinsey Global Institute (2016) ressalta a importância dos imigrantes na economia mundial, estimando-se que produziram cerca de US\$6,7 trilhões em todo o mundo. A pesquisa indicou que os migrantes contribuem positivamente para a economia via inovação, empreendedorismo ou liberação de nativos para outros trabalhos. Além disso, a pesquisa mostra que o PIB mundial foi US\$3 bilhões maior do que se essas pessoas estivessem trabalhando em seus países de origem¹⁶. O gráfico exemplifica a magnitude da produtividade dos migrantes, caso a sua população total fosse considerada um país.

FONTE: McKinsey Global Institute / Banco Mundial, 2015.

Porém, o demógrafo Durval Fernandes, pesquisador da migração haitiana, defende, no documentário “*A Nova Fase da Imigração Haitiana*”¹⁷, que o Brasil subutiliza os haitianos que vêm para o Brasil, uma vez que são trabalhadores e, frequentemente, políglotas, chegando a falar cinco línguas. Ainda de acordo com o documentário, muitos não chegam a receber US\$100 ao mês, enfrentando dificuldades para pagar os alugueis e as contas básicas.

Apesar das benesses trazidas pelos haitianos residentes no Brasil, há críticas quanto ao processo de abertura das fronteiras aos haitianos no país. Não houve planejamento nesse aspecto e as questões referentes à cidadania ainda são insatisfatórias. As concessões de visto aumentam de forma discreta e, principalmente, devido aos esforços de ativistas locais (LOPEZ, 2018).

¹⁶ Dado extraído do Nexo Jornal Online. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/12/30/Qual-a-contribui%C3%A7%C3%A3o-dos-imigrantes-para-a-economia-mundial>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

¹⁷ Documentário da Folha de São Paulo. “*A Nova Fase da Imigração Haitiana*”. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=G5a3gtdnZW8>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

Assim, não apenas o Brasil não recebe bem os novos imigrantes, como transitou de um país receptor de pessoas, historicamente miscigenado, para um país de emigrantes, no qual há fuga de cérebros para outros países, estimando-se que existam mais de 4 milhões de brasileiros morando no exterior (*Séculos de Imigração - Pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo*”, FAPESP, 2015¹⁸).

Ademais, o governo e a população brasileira apresentam posturas xenófobas em sua aceitação aos estrangeiros. O estado do Acre é a principal rota de entrada de haitianos, e o governo acreano redirecionou grande parte dos refugiados para São Paulo. Iniciou-se, dessa forma, um grande conflito interestadual, ao qual o governo federal assistiu passivamente. De acordo com o jornalista João Charleaux, a partir do momento que a ajuda atingiu São Paulo, o altruísmo desinteressado cedeu lugar a uma política de acolhida mesquinha¹⁹.

O relatório “*Séculos de Imigração Pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo*” (FAPESP, 2015²⁰) salienta que a migração da população não branca, como é o caso dos haitianos, traz ainda mais visibilidade aos novos moradores, e aumenta o preconceito. Assim, apesar do número de estrangeiros ter crescido no Brasil nos últimos anos, como mostra o gráfico abaixo, o Brasil ainda tem grandes problemas estruturais em seu papel como agente humanitário. Recorrentemente, as ajudas emitidas são atreladas a interesses econômicos e a motivações políticas. O quadro mostra o crescimento do número de estrangeiros no Brasil de 2010 a 2015.

FONTE: Portal CTB, 2015.

¹⁸ Séculos de Migração, Revista FAPESP. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2015/11/26/seculos-de-migracao/>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

¹⁹ Informação disponível no site online do Huffpost Brasil. CHARLEAUX, João. O Haiti chegou a São Paulo. Huffpost Brasil, São Paulo, 2014. Disponível em <http://www.huffpostbrasil.com/joao-paulo-charleaux/o-haiti-chegou-a-sao-paulo_a_21668587/>. Acesso em: <23 de agosto de 2018>.

²⁰ Séculos de Migração, Revista FAPESP. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2015/11/26/seculos-de-migracao/>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

Além disso, os custos para que os haitianos voltem aos seus países, ao menos para visitar as famílias, são extremamente alto, correspondendo a cerca de R\$4.000 apenas a passagem aérea²¹.

2.5.O Brasil como agente humanitário

Os apontamentos anteriores abrem espaço para uma digressão acerca do papel do Brasil como agente humanitário, não apenas no Haiti, mas globalmente. Segundo o Relatório Anual MSF (2016), a função humanitária brasileira cresceu no cenário internacional, contudo ainda é muito incipiente. Iniciando sua cooperação na condição de receptor, e não de prestador, evoluiu gradativamente para um modelo dual. A partir de 1980, e principalmente no início do século XXI, embora não haja um campo estruturado de agentes públicos que se autoclassifiquem de “humanitários” (FERREIRA & SCHUCH, 2010), é relevante a contribuição de organizações nacionais da sociedade civil para o desenvolvimento de direitos, valorizando uma agenda democrática contra a exclusão e as desigualdades sociais.

Assim, a cooperação humanitária oferecida pelo Brasil cresceu quantitativamente, e também qualitativamente. Além da ajuda humanitária no Haiti citada anteriormente, o Brasil, entre 2013 e 2014, por exemplo, consolidou-se no cenário mundial como o maior doador das operações humanitárias da ACNUR entre os países emergentes, injetando US\$1 milhão para a questão dos refugiados (ACNUR, 2014). A ajuda da sociedade civil brasileira nas últimas décadas é um ponto a ser destacado, embora com retração a partir de 2016, compartilhando experiências valiosas de troca com outros povos, e incluindo a cooperação como princípio da sua política externa (LOPEZ, 2018).

Especialmente entre 2003 e 2011, o Brasil sustentou, de forma concomitante, uma dimensão emergencial e outra estruturante na ajuda internacional. Na emergencial, ofertou alimentos, materiais para abrigos provisórios e suprimentos de saúde a países carentes, como o Haiti. Na estrutural, atacou problemas relacionados à insegurança alimentar e ao baixo desenvolvimento social. Nesse período, o Brasil nutriu certa expressão política internacional e relativa capacidade econômica para atuar com organizações humanitárias (FORTES, 2015). Houve maiores esforços de aproximação e engajamento em questões globais em todo o

²¹ Documentário da Folha de São Paulo. “A Nova Fase da Imigração Haitiana”. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=G5a3gtdnZWs>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

mundo, porém com objetivos alternativos à solidariedade e à equidade, como, por exemplo, a necessidade de reconhecimento do país pela ONU.

Ao enviar tropas e dinheiro para o Haiti, a intenção primordial do Brasil era impressionar os comandantes da ONU, a fim de obter uma cadeira fixa na Organização, acentuando a sua importância no cenário mundial. Por isso, questiona-se a receptividade brasileira genuína no processo de abrigo aos refugiados e no acolhimento de problemas mundiais, uma vez que, recorrentemente, o auxílio oferecido pelo país pautou-se mais em propaganda humanitária de alcance internacional do que de fato a melhorias nas vidas dos migrantes. Além disso, esse cenário pode explicar, ao menos parcialmente, a institucionalização relativamente baixa da ajuda humanitária brasileira (Relatório Anual MSF, 2016).

CAPÍTULO 3 - CAMPO DE ESTUDO: SOBRE O HAITI

3.1. Informações gerais sobre o Haiti

O Haiti é um país caribenho e ocupa uma pequena porção ocidental da ilha de Hispaniola, no arquipélago das Grandes Antilhas, espaço que partilha com a República Dominicana. As línguas oficiais do país são o francês e o crioulo.

De acordo com a Constituição do país (1987), artigo 8º, o território da República do Haiti inclui a parte ocidental da ilha do Haiti, bem como as ilhas adjacentes: La Gonâve, La Tôtue, Île à Vache, Les Cayemites, La Navase, La Grande Caye e outras pequenas ilhas do Mar Territorial.

A Constituição haitiana divide o território em departamentos, distritos, municípios, bairros e seções municipais. Há 570 seções municipais, que possuem autonomia administrativa e financeira. Há, no país, 11 departamentos, que constituem um conjunto de municípios e correspondem às divisões administrativas de primeiro nível na República do Haiti. Por ser uma região de alta vulnerabilidade, os departamentos recebem continuamente intervenções de ONGs. A distribuição está organizada no quadro, fornecido pelo Ministério da Saúde haitiano (2017):

Departamentos	Pontos de Intervenções de ONGs
Artibonite	115
Centre	19
Grande Anse	14
Nippes	13
Niveau central	9
Nord	36
Nord est	14
Nord ouest	20
Ouest	564
Sud	48
Sud est	88
Total	940

FONTE: Site do Ministério da Saúde Pública e População do Haiti, 2012.

Port-au-Prince é a capital do país e o centro das decisões administrativas e políticas. Junto com mais outras áreas urbanas de seis municípios do departamento Ouest, compõe a área metropolitana do país. Segundo o Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), a população haitiana foi estimada em 10,9 milhões de habitantes em 2015, e 37% está concentrada na região metropolitana. No século XXI, o país passou a ser majoritariamente urbano, principalmente devido à erosão dos solos, infraestrutura inadequada e balança importação-exportação deficitária, obrigando as pessoas a procurar por novas oportunidades nas cidades.

Atualmente, segundo o Chambre de Commerce et de l'Industrie d'Haiti (CCIH), os principais produtos exportados, pelos diferentes setores da atividade econômica, são: cacau, café, manga e óleos essenciais, além de produtos da indústria de transformação, do comércio têxtil e do artesanato.

3.2.A História do Haiti

Os espanhóis foram os primeiros a chegar à ilha caribenha, em 1492, e, como em outras regiões da América, dizimaram a população indígena local (GALEANO, 1980). Em seguida, dividiram as terras conquistadas com a França, de modo que o Haiti foi colônia

francesa de 1697 até o período da independência, em 1804. Nesse período, o país era conhecido como a “*pérola das Antilhas*” devido à terra fértil, que rendia produtos rentáveis à metrópole, como o açúcar e o café.

A história do país é marcada pela escravidão, por regimes autoritários e por tragédias naturais. Durante os séculos XVII e XVIII, o Haiti foi uma colônia francesa baseada no sistema de *plantation* – expressão que, conforme apresentado, representa um sistema econômico que engloba mão de obra escrava, insumos voltados essencialmente para a exportação, grandes latifúndios e monocultura. O país era majoritariamente constituído por escravos, que eram amplamente violados, como ilustra o trecho:

descartavam-nos vivos para sermos devorados pelos vermes, ou sobre formigueiras, ou ainda prendiam-nos firmemente em piquetes nos matos para sermos devorados pelos mosquitos (...), lançavam-nos em caldeirões de xarope de bengala em efervescência – isto, quando ‘não os esfolavam às chicotadas’, a fim de extrair a riqueza que contribuiu para dar à França o seu ingresso no clube dos ricos (CHOMSKY, 2006).

A abolição da escravatura ocorreu em 1794. Três anos antes, porém, uma revolução de escravos matou senhores brancos e reivindicou o direito à propriedade, o que disseminou medo nas metrópoles ibéricas, que acreditavam que o movimento poderia servir de inspiração a outros países americanos sob o domínio europeu.

Ademais, em 1804, o Haiti foi a primeira nação a se tornar independente de toda a América, por meio de uma rebelião de escravos bem sucedida, cujo líder era Toussaint L’Ouverture. O exemplo revolucionário da ação também foi temido pelas elites dos países vizinhos, que auxiliaram nos embargos e nas punições contra o Haiti, visando a desmoralizá-lo e a isolá-lo. Além disso, Napoleão Bonaparte enviou tropas a fim de restabelecer a escravidão, e L’Ouverture foi preso e enviado à França (GALEANO, 1980).

Para retirar-se da ilha e oficializar a independência haitiana, a França exigiu uma indenização de 150 milhões de francos em ouro como “*compensação pelas perdas com escravos e com a terra*”, valor que, atualmente, representa cerca de US\$21 bilhões²². Além disso, após a independência, os países ocidentais recusaram-se a reconhecer o país como independente, aplicando embargos comerciais e impedindo que navios haitianos entrassem em seus portos (JACQUES, et al., 2018). A imensa dívida só foi quitada em 1947, a custa de desvios dos investimentos em causas sociais. Assim, embora tenha sido vanguarda na

²² Revista Istoé. Coleção de reportagens sobre o Haiti. Disponível em: <<https://istoe.com.br/retranca/haiti/>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

independência política nas Américas, as repressões financeiras repercutem até a atualidade na história do Haiti (JACQUES et al., 2018).

Grande parte dos escravos permaneceu marginalizada da sociedade após a abolição da escravidão. Nesse sentido, a Igreja Católica Romana exerceu grande influência, inclusive na consolidação do racismo. Segundo o historiador Jean Fouchard, a instituição defendia que os negros não deveriam aprender a ler e o governo francês consolidou esse posicionamento, cujo escopo encontra-se no parágrafo:

a necessidade de estender e generalizar a instrução – conveniente, sem dúvida, à educação de um povo livre – é incompatível com a existência das nossas colônias baseadas na escravidão e na distinção de cor (...), seria, por conseguinte uma imprudência bem perigosa tolerar escolas para os negros e para as pessoas de cor (DE VILLARET apud FOUCHARD, 1988, p. 62).

Um dos grandes problemas do país é a efemeridade dos períodos democráticos. Também no século XX, a instabilidade política fez parte da história do país e consolidou um cenário constante de ações imperialistas. Nos 65 anos que seguiram a independência, o país foi comandado por 22 ditadores, além de enfrentar a interferência norte-americana em 1915 que, sob a justificativa de defender o país, permaneceu nele até 1934, quando houve inúmeras detenções políticas de haitianos que tentavam se libertar dessa ocupação. Além disso, o ditador dominicano Rafael Trujillo iniciou uma ferrenha perseguição a haitianos residentes no país vizinho, a República Dominicana. O Haiti, ainda na atualidade, enfrenta problemas de relacionamento com o país fronteiriço, que abriga resorts e atrações turísticas luxuosas, contrastantes com o cenário de pobreza haitiano.

Em 1957, François Duvalier, conhecido por Papa Doc instaurou uma ditadura no país, comandando-o até a sua morte, em 1971. Criou a Tonton Macoute, uma milícia armada famigerada por operações truculentas. Estima-se que, enquanto esteve no poder, 30 mil pessoas foram mortas e 15 mil são dadas como desaparecidas (GORENDER, 2004). Ademais, o filho de Papa Doc, Baby Doc Duvalier, assumiu o país em 1971, após o assassinato de seu pai, comandando-o até 1986.

Duvalier ergueu um sistema paramilitar que matou aproximadamente 300 mil pessoas, extinguindo, pela força, qualquer sinal de dissidência, e destruindo sistematicamente a governança local, para consolidar-se no poder, com o apoio dos norte-americanos. Posteriormente, devido a manifestações públicas, o ditador declarou estado de sítio e fugiu para a França. Há poucos anos, porém, Baby Doc retornou ao Haiti alegando intenções de

ajudar na reconstrução haitiana. Apenas depois de 29 anos de uma ditadura cruel e corrupta²³, o país voltou a realizar eleições em 1990.

Porém, em 2004, houve novamente um golpe de Estado no Haiti. O presidente Jean-Bertrand Aristide deixou o país, durante o segundo mandato, em um avião dos Estados Unidos, acompanhado por militares norte-americanos. Aristide declarou que foi sequestrado²⁴, e instaurou-se um governo interino liderado pelo primeiro-ministro Gérard Latortue e o presidente Boniface Alexandre, ambos vinculados aos EUA. Também em 2004, tropas da ONU foram enviadas para minimizar o cenário caótico vivenciado pelo país, conforme apresentado em itens anteriores sobre ações da ONU e da MINUSTAH.

3.3.O Haiti contemporâneo

A cirurgiã Fernanda Cerqueira, que atuou no Haiti, descreveu algumas experiências cotidianas no Haiti, enquanto esteve no país. Os relatos foram publicados no Diário de Bordo da MSF, uma série de crônicas expostas na internet, nos quais os profissionais da MSF compartilham as suas percepções sobre os países atendidos durante as missões.

Sobre o Haiti, descreveu a elevada quantidade de lixo na rua – *“as pessoas andam, comem, vendem comida e vivem em meio ao lixo”*; o comércio informal, que vende de tudo nas ruas, incluindo roupas, comida, frutas, pilhas e remédios; a falha do serviço público na coleta de lixo, de forma que *“quem pode pagar, contrata empresas privadas que despejam o lixo na área mais pobre”*; as bonitas praias de cores caribenhas, águas quentes e sem areia – somente *“pedrinhas e pedrões”*; e a comida apimentada, cujo prato típico é o arroz haitiano, feito com um pouco de feijão mulatino²⁵.

Para entender de fato o Haiti contemporâneo, porém, não basta olhar o presente cotidiano, é preciso resgatar a sua história. O passado colonial, a truculência do período ditatorial, a disseminação de doenças contagiosas e os desastres naturais contribuíram a

²³ Revista Istoé. Coleção de reportagens sobre o Haiti. Disponível em: <<https://istoe.com.br/retranca/haiti/>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

²⁴ Revista Istoé. Coleção de reportagens sobre o Haiti. Disponível em: <<https://istoe.com.br/retranca/haiti/>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

²⁵ Diários de Bordo MSF. Fernanda Cerqueira descreve suas experiências no Haiti. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/autores/fernanda-cerqueira>>. Acesso em: <19 de março de 2019>

afirmação do cenário de pobreza e desigualdade social no Haiti. Estima-se que, atualmente, 58,3% da população viva abaixo da linha da pobreza²⁶.

Atualmente, o país conta com 10,9 milhões de habitantes e é um dos países mais miseráveis do mundo, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) classificado como *baixíssimo*, de apenas 0,483, o que caracteriza o menor IDH entre os países da América Latina. Ademais, estima-se que cerca de 70% da população viva com menos de US\$2 por dia (Relatório Anual MSF 2015).

Em termos econômicos, de acordo com dados do Banco Mundial, o Haiti é classificado como um país de baixos rendimentos. O Produto Interno Bruto (PIB) da nação caribenha é estimado em US\$9 bilhões, valor que é cerca de 250 vezes menor que o PIB brasileiro e 1800 vezes menor do que o norte-americano (PNUD, 2016). Anualmente, cada haitiano tem uma renda estimada em US\$1750, e o país é marcado pela má distribuição de renda, como mostra o índice de Gini, dado estatístico utilizado mundialmente para avaliar a distribuição das riquezas de uma região mundial. O índice de Gini varia entre 0 e 1, sendo que “zero” representa um país totalmente igualitário – ou seja, no qual toda a população possui a mesma renda – e “um” indica um país totalmente desigual em termos de distribuição de riquezas. Em termos socioeconômicos, o Haiti figura o maior índice de Gini entre as nações latinas, o que ratifica as grandes disparidades sociais do país. O quadro abaixo apresenta os índices mensurados pelo Grupo de Pesquisas de Desenvolvimento do Banco Mundial em 2011:

País	Índice
Haiti	59,2
Bolívia	59,2
Colômbia	58,5
Brasil	56,7
Guatemala	55,1

FONTE: World Development Report, 2012.

Além disso, segundo o World Development Report (2012), o Haiti possui a maior parcela da população que vive com renda inferior a US\$1,25 por dia, e estima-se que 54,9%

²⁶ Informação extraída do site oficial do Banco Mundial: Rapport sur le développement dans le monde. ABREGE, Banque Mondiale; 2012. Disponível em: <www.banquemondiale.org/fr/country/haiti>. Acesso em: <12 de junho de 2015>.

dos haitianos sobrevivem nessas condições. A tabela mostra a parcela da população em países da América Latina que possuem essa renda diária:

País	Parcela da população (%)
Chile	2,0
Uruguai	2,1
México	2,3
Costa Rica	2,6
Argentina	2,9
Brasil	3,8
República Dominicana	4,3
Equador	5,1
Paraguai	5,3
Peru	5,9
Bolívia	14,0
Nicarágua	15,8
Colômbia	16,0
Honduras	23,2
Guatemala	43,8
Haiti	54,9

FONTE: World Development Report, 2012.

No aspecto educacional, há uma crise histórica no país. Em 1894, apenas 8% das crianças e jovens haitianos eram escolarizados. Apesar de uma grande reforma na educação ter sido realizada no ano de 1879 (JOINT, 2008), quando foram criadas escolas, urbanas e rurais, e iniciada uma intensa campanha de alfabetização, essas medidas foram insuficientes para promover o acesso educativo igualitário no país. A situação tornou-se ainda mais crítica durante a ocupação norte-americana entre 1915 e 1934, e mantém-se caótica até a atualidade. No início do século XXI, calcula-se que apenas 52% das pessoas entre 05 e 14 anos encontram-se escolarizadas (JOINT, 2008, p. 182).

Somando-se a tais problemas estruturais, socioeconômicos e no campo da educação, nos últimos anos, o país enfrentou catástrofes naturais de grande magnitude, como o

terremoto de 2010 e o furacão Matthew em 2016. Eventos como esses, apesar de poderem acontecer em todo o mundo, são ainda mais críticos em regiões socialmente vulneráveis, uma vez que a recuperação de um país geralmente vincula-se ao poderio econômico da nação. Enquanto o Japão, por exemplo, recupera-se rapidamente dos desastres naturais, países como o Haiti têm grande dificuldade de reabilitação²⁷.

Ademais, pelo fato de ser uma ilha, o Haiti não oferece tantas alternativas de refúgio quanto a fenômenos naturais previamente mapeados e alertados pelos meteorologistas, como o furacão Irma, que ocorreu em setembro de 2017. Além disso, a população não possui condições financeiras para se refugiar rapidamente, o que aumenta o número de feridos²⁸.

Por fim, esse cenário de pobreza, disparidades e desastres naturais reforça o quanto o valor da Equidade faz-se importante neste estudo, principalmente pelo fato de a Saúde Global tender a priorizar *“países, regiões ou grupos sociais considerados mais desfavorecidos, com maiores desvantagens sociais, econômicas e sanitárias”* (IHME, 2012).

Devido aos cenários supracitados, o Haiti ainda é visto, aos olhos do mundo, com preconceito. Contudo, apesar de todos os problemas, a população haitiana tem como uma de suas principais características a resiliência. Ananda King, promotora de saúde no Haiti da MSF, descreveu, em um dos diários de bordo da Organização (2016), o quanto o país encanta e como a população mostra-se resiliente:

é uma grandeza tão simples que a experiência me envolve, como as praias cristalinas e mornas daqui (...) é impressionante como o mundo escolheu isolar e esquecer este lugar, o primeiro país das Américas a se tornar independente. Aqui, porém, as pessoas não esquecem: elas seguem um repertório de vida imposto com uma resiliência superior (Diário de Bordo MSF²⁹).

²⁷ Informações extraídas da plataforma UOL, Blog do Sakamoto. Disponível em: <<https://blogdosakamoto.blogosfera.uol.com.br/2017/09/10/furacao-irma-apos-o-apocalipse-os-ricos-herdara-o-a-terra/>>. Acesso em: <15 de março de 2019>.

²⁸ Ibid..

²⁹ O diário de Bordo da MSF está disponível no site oficial da Organização. Disponível em: <https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/haiti-trabalho-humanitario-pos-furacao-matthew?utm_source=facebook&utm_medium=social+media&utm_content=haiti-trabalho-humanitario-pos-furacao-matthew&utm_campaign=2017-01-15_diario_ananda_Haiti>. Acesso em: <29 de janeiro de 2019>.

3.4. Terremoto de 2010, Furacão Matthew e a cólera no Haiti

Parecia que tinha acabado de estourar uma guerra lá. Eu via gente chorando sem parar, perambulando pelas ruas. Muitas tinham cabelos de cor laranja, pois, como o corpo não tinha nutrientes suficientes, afetava até a formação dos fios (Jéssica Nogueira Fonseca, Relatório Anual MSF, 2016).

Em janeiro de 2010, o Haiti tentava se recuperar da série de tempestades e furacões que haviam assolado o país, deixando mais de 800 mil desabrigados e matando cerca de mil pessoas. Na tarde do dia 12 de janeiro, porém, o problema se intensificou: um terremoto de intensidade 7 na escala Richter causou uma destruição massiva, sendo o maior abalo sísmico no Haiti dos últimos 200 anos (Relatório Anual MSF, 2010). Nesse episódio,

quase 1,5 milhão pessoas foram afetadas, 300.000 mortos e 1,3 milhão foram acolhidas nos abrigos temporários (...), as perdas materiais foram substanciais: 313.000 casas destruídas ou afetadas, 1300 escolas e 50 hospitais e centro de saúde (...), e as perdas financeiras ficaram em torno de US\$7,9 milhares (LACROIX et al., 2010).

Segundo moradores, teria sido a primeira vez que vivenciaram um terremoto dessa magnitude no Haiti (Relatório Anual MSF, 2010) e a principal consequência perniciosa, além da morte direta de milhares de pessoas, foi o retorno da cólera no país.

A cólera havia sido erradicada do Haiti desde 1990, mas o caráter epidêmico da doença ressurgiu devido ao terremoto. Após o desastre natural, houve novos surtos da doença, que se dissemina devido a más condições de água e saneamento.

Há estudos que correlacionam a reemergência da cólera, durante esse período, aos excrementos de soldados nepaleses, destinados a ajudar na reconstrução do país, em um rio do Centro (HENDRIKSEN, 2011). Houve mais de 810.000 infectados no país, dos quais 3300 morreram (Relatório Anual MSF, 2010).

No período, a Brigada Médica Cubana realizou pesquisas e ações educativas sobre a cólera no Haiti, visando à sua mitigação (PESSÔA, 2013). O estudo durou 10 meses, entre 2010 e 2011, e analisou dados de 67 unidades de tratamento de cólera (LÓPEZ, 2011, p. 1). A Brigada atendeu a 75 mil casos da doença, sendo que 30,1% dos registros referem-se a jovens com menos de 15 anos de idade. Ademais, o Ministério da Saúde haitiano registrou os casos de cólera no Haiti, por departamento, entre janeiro de 2015 e março de 2016, ou seja, em um período de apenas 14 meses:

Departamento	Casos	Mortes
Artibonite	5929	48
Centre	5371	25
Grande-Anse	1551	31
Nippes	668	19
Nord	6884	92
Nord-Est	789	6
Nord-Ouest	2700	68
Ouest	19.929	94
Sud	2152	8
Sud-Est	1834	48
Total	47.807	439

FONTE: World Development Report, 2012.

Outra situação que fez reincidir os casos de cólera foi o furacão Matthew. Em 04 de outubro de 2016, esse novo desastre natural no Haiti agravou as condições, já frágeis, da população haitiana. Matthew foi, em 52 anos, a primeira tempestade categorizada no nível 4, de 5 níveis possíveis na escala Saffir-Simpson (NUNES, 1999). Configurou-se, assim, a pior crise humanitária desde o terremoto de 2010. O relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD 2011) calculou que 546 pessoas morreram, e mais de dois milhões foram diretamente afetadas. Ademais, quase 90% das casas nas áreas atingidas foram destruídas.

Atualmente, a situação sobre a cólera no Haiti é estável (Relatório Anual MSF, 2017). Sua erradicação, no entanto, continua a ser um grande desafio, uma vez que o Estado haitiano investe menos de US\$15 per capita no setor da saúde (JEROME & IVERS, 2010). Por isso, as organizações internacionais representam um dos principais atores humanitários empenhados nessa questão, e permanecem atentas quanto à prevenção de possíveis surtos.

Além da cólera, as condições sanitárias precárias desencadeiam grandes desafios em relação à mortalidade materna, desnutrição e outras doenças infecciosas. Somam-se a esse

contexto o baixo índice de vacinação e a proliferação de mosquitos transmissores de doenças tropicais, como a dengue.

3.5.A Organização do Sistema de Saúde no Haiti

Os órgãos do Poder Executivo haitiano são a Presidência, o Primeiro Ministro (Governo), o Conselho dos Ministros e os Ministérios (HAITI, 2005). O sistema de saúde haitiano é composto, basicamente, por quatro setores, que são:

- Setor público, ou seja, o Ministério de Saúde Pública e População (MSPP);
- Setor privado com fins lucrativos;
- Setor misto sem fins lucrativos, ou seja, servidores do MSPP trabalhando em instituições como ONGS ou entidades religiosas;
- Setor privado sem fins lucrativos, que engloba ONGs e Fundações – entre as quais, inserem-se as organizações apresentadas neste estudo.

Ao contrário do Brasil, o país não possui um sistema de saúde que garanta constitucionalmente acesso à saúde permeado pelos princípios da Universalidade, da Integralidade e da Equidade, como o Sistema Único de Saúde (SUS) (GUSSO & LOPES, 2012).

O governo haitiano criou uma tentativa de aprimorar o sistema de saúde ao lançar o Programa Econômico e Social em 2004, objetivando a implantação de políticas que garantissem o acesso da Atenção Primária à Saúde para toda a população. Esse programa envolveu três linhas centrais de atuação: (1) o desenvolvimento da Atenção Primária a Saúde; (2) a descentralização e a regionalização do sistema de saúde e (3) o fortalecimento e desenvolvimento das instalações de saúde pública. A partir de tais premissas, criou-se a Política Nacional de Saúde, com 10 linhas estratégicas de atuação:

- Atenção Primária à Saúde;
- Reorganização do sistema de saúde;
- Desenvolvimento de um método de financiamento efetivo e eficiente;
- Fortalecimento da participação comunitária;
- Desenvolvimento de coordenação multisetorial;
- Coordenação e articulação com diferentes participantes;

- Desenvolvimento de uma política de recursos humanos adequada;
- Desenvolvimento de pesquisas;
- Introdução de legislação defendendo os interesses da população;
- Integração da medicina tradicional.

Para atender a essas premissas, o sistema de saúde dividiu-se em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. O nível primário é composto pelas Unidades Comunitárias de Saúde (UCS) e por Hospitais Comunitários de Referência (HCR). As UCS são a porta de entrada ao sistema, com capacidade de receber entre 150 a 250 mil pessoas. O HCR é o local de encaminhamento de todas as demandas oriundas das UCS e baseia-se em quatro serviços: medicina interna, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia. A partir do HCR, é possível referenciar pacientes para serviços mais especializados, como oftalmologia e urologia. O nível terciário consiste nos hospitais universitários, que atendem a casos de alta complexidade.

Ademais, o pacote essencial para o Haiti, ao considerar o custo-efetividade, destacou os seguintes eixos de atuação: atenção geral à infância; atenção à gestação, parto e saúde reprodutiva; atenção às emergências médicas e cirúrgicas; atenção odontológica básica; combate às doenças transmissíveis; limpeza do meio ambiente e abastecimento de água potável; disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais; e educação participativa para a saúde ³⁰. Em 2010, a estrutura do sistema de saúde contava com 600 UCS e 45 HCR, além de 10 hospitais departamentais compondo o segundo nível de atenção e 6 hospitais universitários atendendo ao terceiro nível.

Contudo, na prática, a rede proposta permaneceu fragmentada e com grandes problemas de organização, gestão e funcionalidade, além de explicitar o quadro de subfinanciamento do setor da saúde. O MPPS estima que 47% da população permanece sem acesso aos serviços de saúde (JOINT, 2008), principalmente devido à falta de infraestrutura no país, que apresenta sistemas de transportes e telecomunicações deficitários.

A situação agravou-se após o terremoto de 2010, quando 60% das instalações de saúde foram afetadas e houve uma sobrecarga do sistema (MSF, 2015, p. 07). Da MSF, apenas o centro de Martissant manteve-se operacional, sendo que o hospital La Trinité, um dos principais do país, foi totalmente destruído. Queimaduras tornaram-se mais frequentes em períodos de catástrofes naturais, uma vez que o manejo de óleo combustível para cozinhar e

³⁰ Informações extraídas do site oficial da PIH. Disponível em: <<http://www.pih.org>>. Acesso em: <30 de março de 2019>.

iluminar o ambiente torna-se mais comum e, com isso, aumenta-se o risco de incêndios. Por isso, foi criado o hospital de Drouillard, próximo à favela Cité Soleil, uma unidade específica de atendimento aos queimados.

Ademais, 10% do pessoal médico foi vítima fatal do desastre. Cerca de 400 pessoas da equipe ficaram feridas gravemente, e muitas perderam suas casas. Charles Joseph, assistente social da MSF, foi uma delas, mas ainda assim foi trabalhar no dia seguinte:

“porque o desastre é, sim, da minha conta; e, se pessoas de outros países podem arriscar suas vidas para estarem aqui, cuidando das pessoas, eu, como haitiano, preciso fazer o mesmo” (MSF, 2015, p. 07).

Além dos prejuízos mais diretos, é preciso considerar que os desastres naturais afetam as redes comerciais locais, fomentam a pobreza, espalham a desnutrição e disseminam enfermidades, além de prejudicarem, ainda mais, a infraestrutura local. Essas vicissitudes tornam-se especialmente preocupantes unidas ao despreparo do governo haitiano em relação à saúde, que se mostra precária e excessivamente voltada para uma lógica mercadológica, excluindo a maior parte da população ao cobrar taxas pelos atendimentos (MSF, 2015, p. 07).

O sistema proposto é majoritariamente custeado por recursos privados. Segundo a MSF (Relatório Anual, 2010), os usuários devem pagar altas taxas por serviços em saúde até mesmo nos atendimentos públicos, o que é incompatível com a realidade socioeconômica do país com menor o IDH das Américas. Portanto, cuidados básicos de saúde mostram-se inacessíveis, tanto em instalações públicas quanto privadas (MSF, 2015, p. 06). Ademais, um panorama geral do Sistema de Saúde realizado pelo Governo Federal aponta que, dos 722 estabelecimentos de saúde, somente 37% pertencem ao Ministério da Saúde, dado que corrobora a mercantilização da saúde no país (SEGUY, 2014).

O Haiti, destarte, fomenta uma estrutura de saúde deficitária que não contempla a todos e é destoante dos princípios da Promoção da Saúde apresentados previamente neste estudo. Além de se mostrar vinculado a preceitos capitalistas, o sistema de saúde é excessivamente focado na redução de danos em períodos pós-patogênicos ao invés de atuar na qualidade de vida das pessoas.

Por fim, devido à descentralização do sistema, à falta de profissionais e à carência crônica de recursos voltados à saúde, além dos outros motivos dispostos acima, as organizações internacionais humanitárias atuantes no Haiti são percebidas com grande importância pela população, que possui poucas alternativas oferecidas pelo próprio governo no campo da saúde (SEGUY, 2014).

3.5.1.Dados sobre a saúde no Haiti

No Haiti, as principais causas de morte são infarto (12%), infecções respiratórias (9%), HIV (9%), isquemia coronária (6%), diarreia (5%), diabetes (2%), violência (4%), complicações oriundas de partos prematuros (3%), tuberculose (1%) e asfixia ou trauma ao nascer (3%). No quadro apresentado, as mortes por diarreia chamam atenção, por estarem em níveis muito acima dos valores de referência (Relatório Anual MSF, 2015).

A disseminação de doenças é um bom indicador sobre a situação haitiana em termos de saúde, com prevalência da AIDS (2,2%), de tuberculose (132/100.000 habitantes), de infecções respiratórias em crianças (20,4%), além de malária e de dengue. Os dados foram apresentados no Plano Diretor 2012-2022, mas há inconsistências quando comparadas a outros relatórios públicos fornecidos pelo governo, o que indica falhas no sistema de informação sanitária. A desnutrição e as doenças tropicais também figuram entre os principais problemas de saúde pública no Haiti (Relatório Anual MSF, 2015).

A expectativa de vida ao nascer é de 61 anos para homens e 65 anos para mulheres, a menor da América Latina (Population Reference Bureau 2014: Haiti). A faixa etária do país segue a tendência dos países de baixa renda, apresentando uma estrutura jovem, de modo que pessoas com menos de 15 anos representam 36,5% da população, e a população com 65 anos ou mais se restringe a 5,1% (Population Reference Bureau 2014: Haiti).

A taxa de mortalidade infantil é de 42 a cada 1.000 crianças nascidas vivas. Mesmo dentro desses índices, a taxa de mortalidade neonatal e pós-natal apresenta elevada discrepância entre os mais ricos e mais pobres, atingindo 32/1.000 e 30/1.000 entre os 20% mais pobres em comparação com 27/1.000 e 24/1.000 entre os 20% dos mais ricos (Population Reference Bureau 2014: Haiti).

Para analisar os dados em saúde, é preciso ir além dos aspectos numéricos, considerando também a vulnerabilidade da população haitiana. A vulnerabilidade incide no processo de saúde e doença ao longo do ciclo vital, e estar doente revela a singularidade de cada pessoa. Conceitualmente, a vulnerabilidade possui uma relação recíproca entre individual e coletivo (BERTOLOZZI & SANCHEZ, 2004), ou seja, estar vulnerável a uma determinada condição não depende apenas da doença em si, mas de como o sujeito relaciona-se com a sociedade. AYRES et al. (2006) indicam a existência de três dimensões da vulnerabilidade: a individual, a social e a programática. A individual refere-se, como sugere a denominação, ao próprio indivíduo, ao seu modo de vida e à maneira como ele e os seus familiares atuam frente ao processo saúde-doença. A social, por sua vez, depende de relações

de poder, envolvendo aspectos culturais e políticos. Isso significa que a posição social do sujeito pode condicionar o seu acesso aos serviços e aos direitos sociais, incluindo a saúde. Por fim, a programática refere-se à influência das instituições que permeiam a vida em sociedade, tal como políticas específicas para o setor saúde. No caso do Haiti, a população é assolada pelos três tipos de vulnerabilidade supracitados, implicando maior dificuldade no acesso a serviços públicos em saúde, além de ser, muitas vezes, esquecida pelos formuladores de políticas públicas.

Averiguando-se os números relativos à saúde no Haiti, é preciso destacar que os grupos populacionais mais vulneráveis, como as mulheres, especialmente as indígenas e negras, estão em desvantagem ainda mais acentuada em relação aos serviços de saúde no país (JOBE, 2011). Ademais, partindo do pressuposto de que a desigualdade, a pobreza e a enfermidade constituem um típico movimento de retroalimentação (WAGSTAFF, 2002; SIQUEIRA-BATISTA & SCHRAMM, 2005), a análise deve ser feita de modo multidimensional, uma vez que a vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos que vão além do indivíduo, abrangendo elementos coletivos e institucionais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos (FORTES, 2015).

CAPÍTULO 4 - AS ORGANIZAÇÕES HUMANITÁRIAS COMO POTENCIAIS AGENTES DE TRANSFORMAÇÃO

O capítulo visa à apresentação das organizações que são a base investigativa deste estudo: *Comitê Internacional da Cruz Vermelha* (CICV), *Médicos Sem Fronteiras* (MSF) e *Partners in Health* (PIH). As informações sobre as organizações foram mapeadas e descritas, com destaque para o histórico de cada Organização, princípios, características mais marcantes, fontes de captação de recursos e atuações específicas no Haiti.

4.1.A luta vermelha em saúde: sobre o Movimento da Cruz Vermelha

A Cruz Vermelha possui três vertentes e é definida como um Movimento Internacional humanitário, desvinculado dos Estados e da ONU, e agregador de 97 milhões de voluntários pelo mundo³¹. O Movimento da Cruz Vermelha é formado pelo Comitê Internacional da Cruz

³¹ Dados extraídos do site oficial da Cruz Vermelha. Disponível em: <<https://www.icrc.org/pt/document/o-financiamento-e-gastos-do-cicv>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Vermelha (CICV), pela Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha (FIRC) e por 189 Sociedades Nacionais (Crescente Vermelho). Cada subdivisão citada está descrita a seguir:

- O **Comitê Internacional da Cruz Vermelha** foi fundado em 1863 em Genebra, na Suíça. O CICV atua especificamente em áreas de conflitos armados e exige profissionais altamente qualificados, que não são voluntários, e podem ou não agir em cooperação com os Crescentes Vermelhos nacionais. O CICV está atualmente na Síria, e auxiliou mais de 11 milhões de sírios que saíram coercitivamente de seus lares. No século XX, foi premiado pelo Nobel três vezes – em 1917, 1944 e 1963.
- As **Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho** existem em quase todos os países do mundo. Atualmente, 186 Sociedades Nacionais são reconhecidas pelo CICV, e admitidos como membros da federação, ao passo que possuem independência administrativa e financeira. Porém, cada entidade trabalha em seu país de origem de acordo com os princípios da lei internacional humanitária e dos estatutos do Movimento Internacional. Dependendo das circunstâncias específicas e das capacidades, as Sociedades Nacionais podem efetuar tarefas humanitárias que não estão diretamente definidas pelo Movimento Internacional, ou seja, apresentam certa autonomia de atuação.
- A **Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho** foi fundada em 1919 e é responsável por coordenar as atividades entre as 186 sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Em 1963, conhecida como Liga das Sociedades da Cruz Vermelha, foi premiada, juntamente ao CICV, com o Prêmio Nobel. A Federação é responsável por gerenciar os diferentes segmentos da Organização em casos de desastres internacionais. No caso do terremoto do Haiti, por exemplo, a FIRC uniu-se ao Crescente Vermelho haitiano para coordenar ações de redução de danos.

Ademais, os fundadores do Movimento da Cruz Vermelha sentiram a necessidade da adoção de um emblema universal que facilitasse a identificação organizacional. O emblema deveria proteger não apenas os socorridos, como também os prestadores de socorro. De acordo com a Convenção de Genebra e seus Protocolos Adicionais, os emblemas reconhecidos são a cruz vermelha, o crescente vermelho e o cristal vermelho.

Historicamente, a Organização é a mais antiga entre as estudadas nesta pesquisa, com mais de 155 anos de atuação. Quando fundada, em 1863, tinha a intenção de oferecer ajuda aos militares feridos. Também conquistou passos importantes na assistência aos prisioneiros de guerra a partir de 1864, por meio da Convenção de Genebra e, em 1899, pela Convenção de Haia, que é um dos primeiros tratados internacionais sobre leis e crimes de guerra.

Em 1877, a Cruz Vermelha atuou na evacuação de feridos da guerra turco-russa. A partir de experiências prévias, durante a Primeira Guerra Mundial, criou uma Agência Central de Prisioneiros de Guerra, em Genebra, que restabelecia os contatos entre os soldados capturados e as suas famílias, além de intervir no uso de armas que causavam sofrimento. Nesse período, voluntários dirigiam ambulâncias em campos de batalha e cuidavam de feridos em hospitais.

Inicialmente, a MSF atuava em conjunto com a Cruz Vermelha. A diferença de pensamento quanto ao princípio da neutralidade originou a MSF, em 1971, quando o médico francês Bernard Kouchner abandonou a Cruz Vermelha e fundou a MSF, defendendo uma linha mais agressiva no posicionamento público. Kouchner entendia que a intervenção da Cruz Vermelha afrouxava o princípio da neutralidade ao permitir intervenções dos governos e dos organismos internacionais, como a ONU. Para a MSF, os pressupostos da independência e da imparcialidade eram inegociáveis.

A primeira atuação da Cruz Vermelha na América Latina foi durante a Guerra do Chaco, entre a Bolívia e o Paraguai (1932-1935). A Organização também teve importante participação na Segunda Guerra Mundial, quando embarcava suprimentos de emergência no mundo todo e contribuía para o intercâmbio de mensagens entre famílias.

Um dos primeiros cartazes sobre a atuação da Cruz Vermelha no mundo

FONTE: Site oficial da Organização.

Há, porém, críticas sobre a atuação da Cruz Vermelha durante a Segunda Guerra Mundial, principalmente em relação à falta de iniciativas em relação às vítimas do holocausto e outros grupos perseguidos pelos nazistas. Isso ocorreu, principalmente, devido aos seus laços com o sistema suíço, de posicionamento neutro no período da Segunda Guerra Mundial.

Após o fim da guerra, o trabalho da Organização passou a pautar-se nos protocolos e estatutos das Convenções de Genebra. Na década de 1960, a Cruz Vermelha atuou na Guerra Civil do Iêmen do Norte, de modo que um hospital foi montado em uma região desértica do país. Na década de 1970, atuou contra a ditadura chilena de Augusto Pinochet, assistindo pessoas privadas de liberdade por conflitos armados e outras situações de violência, a fim de garantir que recebessem um tratamento digno e humano.

Nesse período, a Organização era integrada por voluntários e tinha o objetivo de prestar assistência a vítimas de guerras e catástrofes naturais. Nas últimas décadas de 1990, atuou em zonas de extrema pobreza, como a Etiópia, e em regiões de guerra, como a Armênia e Azerbaijão. Direcionou ações para que as autoridades cumprissem as suas obrigações segundo o DIH, o qual estipula, entre outras condições, que as pessoas têm o direito de saber o ocorrido com os parentes desaparecidos. Também interveio no conflito armado da Colômbia, atuando como país neutro e libertando mais de 1500 pessoas.

A breve retrospectiva acima mostra que, desde o século XX, a Cruz Vermelha não se limitou à proteção de prisioneiros militares, envolvendo-se diretamente em casos de detidos

civis e em nações que violam os Estatutos dos Direitos Humanos³², inclusive em questões referentes aos refugiados.

No Brasil, a Cruz Vermelha atuou no combate ao Zika vírus em 2015 e trabalhou juntamente com professores do Rio de Janeiro para aumentar a segurança das crianças em caso de conflitos armados entre as facções criminosas.

Particularmente no Haiti, a Cruz Vermelha esteve presente de 1994 a 2017 e, durante o período, trabalhou principalmente com o tema do Direito Internacional, buscando oferecer tratamento digno aos detentos, e com a recuperação do país após o terremoto de 2010. Assim, o Movimento da Cruz Vermelha também participou na resposta a desastres naturais que assolaram o país, unindo as forças da Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho haitiano.

Em relação aos princípios organizacionais, a Cruz Vermelha descreve-se como uma Organização imparcial, neutra e independente, cuja missão exclusivamente humanitária é proteger a vida e a dignidade das vítimas de conflitos armados e outras situações de violência, tal como prestar-lhes assistência³³.

Os princípios são válidos para as três vertentes da Organização, ou seja, há compartilhamento de uma mesma filosofia tanto para o Comitê da Cruz Vermelha, quanto para a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e para as 189 Sociedades Nacionais.

Os sete princípios são humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade³⁴:

- **Humanidade:** presta auxílio, sem discriminação, a todos os feridos nos campos de batalha, Assim, esforça-se, nos âmbitos nacional e internacional, para reduzir o sofrimento humano em todas as circunstâncias. Dessa forma, visa à proteção da

³² Entende-se que o Direito Internacional Humanitário (DIH) e os Direitos Humanos (DH) são complementares. Ambos estão focados na proteção da vida, da saúde e da dignidade dos seres humanos. Porém, o DIH é aplicado em situações de conflito armado, enquanto os Direitos Humanos, ou ao menos a maioria deles, referem-se a todas as situações, em tempos de guerra e de paz. Disponível em: <http://www.forumsnlp.org/index.php?option=com_content&view=article&id=138&Itemid=100>. Acesso em: <30 de março de 2019>.

³³ Dados extraídos do site oficial da Cruz Vermelha. Disponível em: <<http://www.cruzvermelha.org.br/pb/movimento-internacional/o-movimento-internacional/>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

³⁴ Dados extraídos do site oficial da Cruz Vermelha. Disponível em: <<http://www.cruzvermelha.org.br/pb/movimento-internacional/o-movimento-internacional/>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

vida e da saúde, com respeito à pessoa humana. Favorece a compreensão mútua, a amizade, a cooperação e a paz duradoura entre todos os povos.

- **Imparcialidade:** não há distinção de nacionalidade, raça, religião, condição social nem orientação política. Dedicar-se a atender aos indivíduos na medida dos seus sofrimentos, respeitando as suas necessidades e dando prioridade às mais urgentes.
- **Neutralidade:** pautando-se na ideia de confiança, a Cruz Vermelha abstém-se de tomar parte em hostilidades ou em controvérsias, em qualquer momento, de ordem política, racial, religiosa e ideológica. A Organização também se declara neutra quanto à ONU e os Estados Nacionais.

Porém, apesar de ter a neutralidade como princípio, a Organização possui grande vínculo com os Estados Nacionais, de modo que a captação de recursos, segundo o site da entidade, constitui-se em 90% de 18 doadores principais, conhecidos como “*Grupo de Apoio de Doadores do CICV*”, cada um contribuindo com mais de 10 milhões de francos suíços anuais³⁵. O estudo dos relatórios anuais revela que, em 2017, não houve destinação de recursos ao Haiti, mas, em 2016, foi um dos países que mais recebeu financiamento, principalmente devido ao furacão Matthew.

Sobre a filosofia de atuação, entre os princípios do CICV³⁶, destacam-se:

- **Independência:** o Movimento é independente. Auxiliares dos poderes públicos nas suas atividades humanitárias e submetidas às leis que governam os respectivos países, as Sociedades Nacionais devem, no entanto, conservar uma autonomia que lhes permita agir sempre segundo os princípios do Movimento.
- **Voluntariado:** é um Movimento de socorro voluntário e de caráter desinteressado.
- **Unidade:** em cada país só pode existir uma Sociedade da Cruz Vermelha ou do Crescente Vermelho, devendo ser acessível a todos e estender suas ações humanitárias a todo o território nacional.
- **Universalidade:** o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, em cujo seio todas as Sociedades Nacionais têm os mesmos direitos e o dever de se ajudarem mutuamente, é universal. Ainda segundo o site oficial da

³⁵ Ibid..

³⁶ O texto sobre os princípios foi extraído diretamente do site oficial da Cruz Vermelha. Disponível em: <<https://www.icrc.org/pt/document/principios-fundamentais-do-movimento-internacional-da-cruz-vermelha-e-do-crescente-vermelho>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Organização, a missão é proteger e apoiar vítimas dos conflitos armados e outras situações de violência, “*sem importar quem elas sejam*”³⁷.

Na Cruz Vermelha, há basicamente quatro frentes de atuação, que são assistência, proteção, cooperação e prevenção. Entre as principais atividades da Cruz Vermelha, destacam-se: visitar prisioneiros de guerra e civis detidos; procurar pessoas desaparecidas; intermediar mensagens entre membros de uma família separada por um conflito; reunir famílias dispersas; em caso de necessidade, fornecer alimentos, água, abrigo e assistência médica a civis; difundir o DIH; zelar pela aplicação do DIH; chamar a atenção para as violações do DIH e contribuir para a evolução desse conjunto de normas. A Organização defende o atendimento a emergências sem questionar a etnia, nacionalidade ou religião dos feridos, o que é consonante com o princípio da neutralidade, que defende que todas as religiões e etnias recebam os cuidados igualmente, sem interferências políticas.

Assim, o Movimento envia equipes multiprofissionais de saúde aos locais mais necessitados, especialmente onde a infraestrutura é precária. Oferecem água, comida e abrigo, ajudam a localizar parentes que estão distantes e atuam no Direito Internacional, militando para que os detidos recebam tratamento humano independentemente dos crimes cometidos. Da linha diplomática à linha de frente, a Organização reivindica para que as normas de guerra respeitem as Convenções de Genebra. Portanto, atua em resposta a emergências e, simultaneamente, defende e divulga o DIH, tal como sua assimilação nas legislações nacionais.

Sobre os locais de atuação, possui cerca de 16.000 colaboradores e é financiada principalmente por doações voluntárias dos governos dos países nos quais atua. No total, são mais de 80 países, que estão categorizados por continente:

África: Líbia, Mali, Região do Lago Chade, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Somália, Sudão, Sudão do Sul, África do Sul, Angola, Argélia, Benin, Botsuana, Burkina Fasso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Guiné-Bissau, Ilhas Comores, Lesoto, Libéria, Madagascar, Malawi, Marrocos, Maurício, Maurítânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República do Congo, Ruanda, Saara Ocidental, São Tomé e Príncipe, Seicheles, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Tunísia, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

³⁷ Informação extraída do site oficial da Cruz Vermelha. Disponível em: <<https://www.icrc.org/pt>>. Acesso em: <25 de março de 2019>.

Américas: Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristovão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

Ásia e Pacífico: Austrália, Bangladesh, Brunei, Butão, Camboja, China, Cingapura, Coreia do Sul, Fiji, Filipinas, Ilhas Cook, Ilhas Marshall, Ilhas Salomão, Índia, Indonésia, Japão, Kiribati, Laos, Malásia, Maldivas, Micronésia, Mongólia, Nauru, Niue, Nova Zelândia, Palau, Papua-Nova Guiné, Paquistão, República Popular Democrática da Coreia, Samoa, Sri Lanka, Tailândia, Timor-Leste, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnã, Afeganistão, Mianmar e Nepal.

Europa e Ásia Central: Albânia, Alemanha, Andorra, Armênia, Áustria, Azerbaijão, Bélgica, Bielorrússia, Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Cazaquistão, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Geórgia, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Kosovo, Letônia, Liechtenstein, Lituânia, Luxemburgo, Macedônia, Malta, Moldávia, Mônaco, Montenegro, Noruega, Polônia, Portugal, Quirguistão, Reino Unido, República Tcheca, Romênia, Rússia, San Marino, Sérvia, Suécia, Tadjiquistão, Turcomenistão, Turquia, Uzbequistão, Vaticano, Suíça e Ucrânia.

Oriente Médio: Arábia Saudita, Bahrein, Catar, Egito, Emirados Árabes Unidos, Irã, Kuwait, Omã, Síria, Líbano, Jordânia, Israel e territórios ocupados, Iraque e Iêmen.

No Haiti, o CICV, juntamente com a Cruz Vermelha Haitiana e outros parceiros do Movimento, está presente de modo permanente desde 1994, e o foco das ações consiste na visita aos detidos e o apoio ao governo local referente às condições dos detentos, que estão abaixo dos padrões reconhecidos internacionalmente e dos preceitos do DIH.

Em 2004, houve a criação de uma delegação com o objetivo de auxiliar os primeiros socorros e os atendimentos médicos no Haiti, principalmente nas comunidades de Cité Soleil e Martissant, onde recebeu mais de 10 mil feridos e doentes, além de atuar com programas de combate à violência local.

Em situações emergenciais, distribuiu alimentos, água e artigos de higiene. A participação no terremoto de 2010 foi importante, quando transferiu rapidamente a

coordenação da resposta do Movimento à Federação Internacional³⁸. Ademais, acionou um fundo especial para reconstruir uma clínica de reabilitação física destruída pelo terremoto.

Atualmente, há dois pontos de atuação da Cruz Vermelha no Haiti, localizados em Porto Príncipe, como mostra o mapa:

FONTE: Google Maps. Acesso em: <17 de fevereiro de 2019>.

4.2. Cidadãos do mundo: sobre a Organização Médicos Sem Fronteiras

A missão da MSF é oferecer ajuda médico-humanitária a populações em perigo e a vítimas de catástrofes, de origem natural ou humana.

Os seus princípios organizacionais consistem na neutralidade, imparcialidade e ética. MSF reivindica, em nome da ética médica universal e do direito à assistência humanitária, a liberdade completa do exercício de suas atividades, o que é consonante com a ideia de neutralidade. Por esse motivo, praticamente toda a arrecadação da MSF provém de pessoas físicas, coletada durante doações ou em centros de coleta, pois se entende que receber a maior parte dos recursos financeiros de órgãos do governo, organismos internacionais ou grandes corporações privadas limitaria a autonomia organizacional e o poder decisório sobre as ações a serem promovidas nos campos de ajuda humanitária.

Assim, as fontes de captação financeira da MSF reforçam a postura de neutralidade e imparcialidade. Por exemplo, em 2015, a MSF obteve €1.443.800 em recursos financeiros (Relatório Anual MSF, 2015), sendo que 92% destes foram de doações privadas, especialmente de pessoas físicas. A MSF aceita a doação de empresas, mas de modo limitado e é critério organizacional que não sejam vinculadas a indústrias extrativista, armamentista, farmacêutica ou tabagista. Dessa forma, a Organização mitiga o poder de influência externa

³⁸ Dado extraído do site oficial da Cruz Vermelha. Acesso em: <<https://www.icrc.org/pt/doc/where-we-work/americas/haiti/overview-haiti.htm>>. Disponível em: <12 de março de 2019>.

em suas operações, para que possam estar mais focadas nas necessidades dos pacientes a despeito de decisões políticas ou econômicas adjacentes.

A destinação dos recursos financeiros das doações recebidas está apresentada no gráfico:

Gráfico de distribuição dos recursos de MSF - 2014

FONTE: Relatório Anual MSF, 2010.

Ademais, os maiores gastos mundiais relativos ao ano de 2017 estão expostos a seguir, estando o Haiti em 8º lugar:

Dez maiores ações com base nos gastos dos projetos	
País	Euros / milhões
República Democrática do Congo	101,7
Sudão do Sul	74,3
Iêmen	61,5
República Centro-Africana	57,8
Iraque	57,6
Nigéria	54,8
Síria	52,2
Haiti	40,7
Afeganistão	39,8
Libano	30,9

FONTE: Relatório Anual MSF, 2017.

Sobre o princípio da universalidade, Susana de Deus, ex-presidente da MSF, explica que

de acordo com a legislação internacional e as convenções de Genebra, todos os feridos que não estejam em combate, civis, têm o direito a tratamento médico (Relatório Anual MSF, 2010).

Destarte, as ações de ajuda humanitária da MSF preconizam que não deve haver discriminações raciais, religiosas, filosóficas ou políticas durante o atendimento. No mundo, 42 mil profissionais da MSF, de mais de 100 nacionalidades, oferecem cuidados de saúde a todos os tipos de pessoas, independentemente de suas crenças, etnias ou posições políticas (Relatório Anual MSF, 2014).

Sobre a organização do trabalho, a hierarquização interna estrutura-se em redes e há metas pragmáticas distribuídas entre os chefes de departamento. Ao contrário do que preconiza o senso comum, os colaboradores organizacionais não são voluntários, mas remunerados - exceto nos cargos de captação de recursos, como os que ocorrem voluntariamente nas ruas, nas empresas e em outros pontos de coleta.

Sobre a história da MSF, foi fundada em 1971, na França, por médicos e jornalistas, para atender a emergências humanitárias principalmente na Nigéria. Desde então, cobriu importantes ocorrências históricas internacionais, como a fuga em massa do Camboja, em 1975, ano em que edificou o primeiro programa médico de grande escala aos refugiados, ou a fome na Etiópia, em 1984, quando estruturou um grande projeto de resposta à desnutrição severa que assolou o país. Devido ao alto impacto social de suas ações humanitárias, a MSF recebeu o prêmio Nobel da Paz em 1999.

No Brasil, a MSF implantou a Unidade Médica Brasileira (BRAMU), em 1991. Essa foi a primeira missão no país, visando à contenção de epidemias tropicais na Amazônia. A ação esteve especializada em doenças tropicais negligenciadas, como a dengue e a doença de Chagas e, recorrentemente, estabeleciam-se parcerias com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

No século XXI, consolidou a sua importância internacional na área da saúde. Em 2003, durante conflitos entre as forças do governo e as tropas rebeldes na capital da Libéria, ofereceu assistência aos deslocados e transformou casas em hospitais. Em 2011, também atuou na guerra civil síria, instalando mais de 50 unidades de saúde pelo país. No ano seguinte, auxiliou na recuperação da República Democrática do Congo, que sofreu invasões em sua capital, Goma. Em 2014, a Organização foi fundamental no combate ao Ebola nos

países africanos, de modo que suas ações superaram as da OMS, segundo especialistas no assunto (PHILIPS & MARKHAM, 2014). Estima-se que a MSF tratou quase cinco mil pacientes atingidos pela doença, cerca de 25% de todos os casos declarados na África Ocidental (Relatório Anual MSF, 2012). Atuou, ademais, nos conflitos do Iêmen em 2015 e na política migratória em 2016, entrando em embates com a União Europeia.

Nos tempos hodiernos, a Organização está atuante quanto à crise dos refugiados, principalmente devido à magnitude e à gravidade da situação. MSF estimou que

cerca de 1 milhão de imigrantes e refugiados tenham cruzado o mar da Europa esse ano, fazendo a MSF ampliar as operações (Relatório Anual MSF, 2015).

Ademais, devido ao descaso com a questão dos refugiados pela ONU, após a Cúpula da Turquia (2016), decidiu, como forma de protesto, não receber mais recursos financeiros oriundos dos países-membros da União Europeia, além de enfrentar a OMS e o Banco Mundial em decisões sobre saúde.

Esse posicionamento harmoniza-se com o princípio de neutralidade da Organização, uma vez que aceitar recursos oriundos dos países hegemônicos, que possuem cadeira permanente na ONU e grande influência em suas decisões, significaria estar suscetível a intervenções que ratificam assimetrias entre as nações.

Atualmente, os principais contextos nos quais a MSF atua são conflitos armados, epidemias, catástrofes naturais e situações que envolvem refugiados e deslocados internos. Ademais, oferece cuidados de saúde em situações de extrema urgência, de modo que as equipes também estão presentes onde as populações sofrem com a falta de acesso à assistência médica.

A Organização é classificada como de grande porte, e totaliza mais de 400 atuações no mundo todo, possuindo escritórios fixos nos seguintes países:

CO BRUXELAS	CO AMSTERDÃ	CO PARIS	CO GENEVRA	CO BARCELONA
Luxemburgo	Inglaterra	Austrália	Suíça	Grécia
Bélgica	Canadá	Japão	Áustria	Espanha
Itália	Holanda	França	República Tcheca	Argentina
Suécia	Alemanha	EUA	México	
Dinamarca	Irlanda	Emirados Árabes	Coreia do Sul	
Noruega	Índia			
Brasil				
África do Sul				
Hong Kong				

FONTE: Relatório Anual MSF, 2017.

MSF atua em cerca de 70 regiões, entre os quais: Afeganistão, África do Sul, Armênia, Argélia, Bielorrússia, Bolívia, Burundi, Camarões, Camboja, Chade, Colômbia, Costa Do Marfim, Egito, Etiópia, Federação Russa, França, Filipinas, Geórgia, Grécia, Guiné Bissau, Guiné, Honduras, Haiti, Iêmen, Índia, Iraque, Irã, Itália, Jordânia, Lesoto, Líbano, Líbia, Libéria, Madagascar, Malauí, Mali, Mauritânia, México, Mianmar e Indonésia, Moçambique, Nepal, Níger, Nigéria, Palestina, Paquistão, Papua Nova Guiné, Quênia, Serra Leoa, República Centro-africana, República Democrática Do Congo, Síria, Sudão, Sudão Do Sul, Quirguistão, Suazilândia, Tanzânia, Turquia, Ucrânia, Uganda, Tadjiquistão, Uzbequistão, Zimbábue, Rota Dos Balcãs, Mar Mediterrâneo e Mar Egeu.

Entre as suas principais frentes de atuação, assume o papel de sensibilizar diversos atores mundiais quanto às doenças negligenciadas, que atingem especialmente os países mais pobres. Essa conscientização foi viabilizada devido à MSF também ter sido fundada por jornalistas, culminando na especial atenção à mobilização informativa do mundo quanto à saúde em áreas carentes.

O propósito de denunciar situações precárias é evidenciado pela fala do Dr. James Orbinski, quando a MSF ganhou o prêmio Nobel em 1999. Segundo o médico,

*o silêncio tem sido, há tempos, confundido com neutralidade, e apresentado como condição necessária para a atuação humanitária (...), desde o começo, a MSF se estabeleceu em oposição a essa máxima. Não estamos certos de que as palavras podem sempre salvar vidas, mas sabemos que o silêncio pode, certamente, matar*³⁹.

³⁹ Nobel da Paz. Site oficial MSF, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/nossa-historia/nobel-da-paz>>. Acesso em: 31 de agosto de 2018.

Destarte, além de prestar cuidados de saúde, tem o objetivo de sensibilizar o mundo em relação a doenças que atingem as populações mais vulneráveis. Ademais, o valor recebido no prêmio Nobel foi encaminhado para a estruturação do Fundo para Doenças Negligenciadas, prestando suporte a projetos-piloto

*voltados ao desenvolvimento clínico, produção, aquisição e distribuição de tratamentos para doenças negligenciadas como a doença de Chagas, a doença do sono e a malária*⁴⁰.

O conceito de doenças negligenciadas implica elevada prevalência atrelada a baixos mecanismos de controle epidemiológicos, afetando majoritariamente países com elevada disparidade social, como o Haiti. A situação é ainda mais crítica nas classes menos favorecidas economicamente, pois geralmente não há investimentos em políticas públicas ou interesse por parte das indústrias farmacêuticas. Por isso, o Nobel recebido pela MSF representa conquista simbólica no que tange às doenças emergentes e reemergentes.

Quanto ao Haiti, a MSF atua no país desde 1991, operando essencialmente em quatro estruturas de cuidados de saúde na capital, Porto Príncipe:

um centro de emergência no subúrbio de Martissant; um hospital para trauma e cirurgia com uma unidade de atendimento a queimados e um centro de reabilitação no bairro de Pacot; e um hospital de emergência obstétrica com clínicas de pré-natal na região de Delmas (MSF, 2015, p. 06).

O trânsito da cidade é caótico, e a grande parte dos acidentes refere-se a traumas. O hospital em Tabarre, por exemplo, recebe um grande número de atropelados, pois não existem faixas de pedestre⁴¹.

Além disso, há uma unidade para vítimas de queimaduras no hospital de Deouillard; em Tabarre, o hospital Nap Kenbe da MSF atendeu a mais de 6400 intervenções cirúrgicas; Martissant oferece serviços em tempo integral; a Clínica Pran Men'm atua em casos de violência contra a mulher; no bairro de Delmas, em Porto Príncipe, o Centre de Référence des Urgences en Obstétrique oferece serviços pós-natal, planejamento familiar e prevenção à

⁴⁰ Ibid..

⁴¹ Convivendo com as diferenças no Haiti. Site oficial MSF. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/convivendo-com-diferencas-no-haiti>>. Acesso em: 01 de abril de 2019.

transmissão de HIV; por fim, em Diquini, há parceria com o Ministério da Saúde para o combate à cólera (Relatório Anual MSF, 2010).

Segundo a Organização, a maior operação em resposta a uma emergência ocorreu justamente no Haiti, após o ano de 2010 (Revista MSF, Ano 18, nº 36, fevereiro/2015), especialmente quanto à reconstrução do país e no combate à cólera. Visando à mitigação da epidemia, a MSF implantou centros de tratamento e atendeu a 23 mil pessoas com sintomas da doença em um período de dois meses no final de 2010 (MSF, 2015, p. 08).

Posteriormente, o foco das atividades permaneceu centrado no tratamento da doença bacteriana. Em 2015, mais de 2300 pacientes foram recebidos no centro de tratamento de cólera (CTC) de Diquini, com 55 leitos, em Delmas, administrado pela MSF em parceria com o Ministério da Saúde.

Estima-se que, do total de 711.588 casos da doença registrados pelo Ministério da Saúde nacional de 2010 a outubro de 2014, a MSF tratou 204 mil, com uma taxa de mortalidade inferior a 1% (MSF, 2015, p. 08). Porém, houve, em 2016, um novo surto da doença. Após o furacão Matthew, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) indicou que, na semana de 12 a 18 de outubro de 2016, foram registrados 167 casos suspeitos notificados no departamento de Grand'Anse, 464 no departamento Sul, 73 em Artibonite (norte da capital, Porto Príncipe) e 1 em Nippes. Até o final de outubro, a MSF havia tratado 190 pacientes com casos suspeitos da doença bacteriana. Ademais, a entidade tem um CTC, com 73 leitos na cidade Port-à-Piment, no departamento de Sud (MSF, 2017, p. 07).

Por fim, a afirmação de Oliver Schulz, diretor da MSF no Haiti entre 2012 e 2015, ilustra, de forma geral, o posicionamento da Organização quanto às ações em saúde no país mais pobre da América Latina:

cuidados de saúde precisam ser priorizados (...) o orçamento é reduzido e, de forma geral, estamos observando uma transição de resposta baseada em emergência humanitária para um modelo baseado em desenvolvimento (...) na medida em que isso é essencial para a construção de um sistema de saúde funcional, não deve prejudicar a capacidade de se responder a situações de emergência, como surtos de cólera (MSF, 2016, p. 08).

No Haiti, os locais de atuação da MSF estão assinalados no mapa, nos pinos a seguir:

FONTE: Google Maps. Acesso em: <17 de fevereiro de 2019>.

Em períodos emergenciais, a MSF centrou esforços na realização de cirurgias, uma das principais necessidades das vítimas. Esse objetivo exigiu grande mobilização para encontrar locais adequados em meio a um país devastado. A Organização contou, em 2010, com uma unidade de trauma em Tabarre, uma unidade de emergência em Martissant, uma maternidade e uma unidade para tratamento de queimados próximo de *Cité Soleil*.

O Hospital Maternité Solidarité havia sido danificado, mas as equipes conseguiram recuperar equipamentos médicos que, em seguida, foram levados para o Hospital de Choscal, em Cité Soleil, onde a MSF organizou dois centros cirúrgicos. O Hospital de Trauma Trinité voltou a ser utilizado e passou a receber pacientes com necessidade de operação. Na área externa, foi montado um contêiner com uma ala de cirurgia. Em Pachot, um centro cirúrgico menor foi montado para realizar cirurgias mais simples. Já em Martissant e no escritório administrativo, continuaram sendo feitos atendimentos e estabilizações.

Ademais, além das estruturas antigas da MSF e do Hospital de Choscal, novos locais foram aproveitados para procedimentos cirúrgicos. Ao todo, a MSF chegou a trabalhar em 30 unidades de atendimento, em mais de 20 locais dentro e nos arredores de Porto Príncipe e nas cidades próximas como Leogane e Jacmel. Dentre esses locais, 10 deles incluem centros de operações para casos maiores e cinco para casos menores. Além disso, a Organização também utilizou clínicas móveis em diversos pontos da capital.

A estrutura física possibilitou resposta rápida pela MSF, enviando ao Haiti profissionais internacionais para ajudar a equipe que já atuava no país. Até o quinto dia após o

terremoto, cerca de 130 funcionários de diversas nacionalidades já haviam chegado a Porto Príncipe. Os especialistas incluíam cirurgiões, anestesistas, nefrologistas e psicólogos. No total, a MSF chegou a ter 1,8 mil profissionais atuantes.

Ainda assim, o grande volume de pacientes e a falta de infraestrutura dificultavam as ações organizacionais: MSF teve 15 aviões desviados de Porto Príncipe, seu destino original, para a República Dominicana. Esse imprevisto, somado às dificuldades de locomoção, implicou morosidade para que itens médicos e equipes de reforço chegassem a Porto Príncipe (Relatório Anual MSF, 2016).

4.3. Engajados no Haiti: sobre a Organização Partners in Health (PIH)

*I can't sleep. There's always somebody not getting treatment... If people could be kept from dying unnecessarily, then one had to act*⁴² (Paul Farmer, fundador da PIH)

O site oficial da PIH afirma que a missão organizacional é fornecer uma opção preferencial para os pobres quanto a cuidados de saúde, com o objetivo de oferecer os benefícios da ciência médica moderna àqueles que mais precisam. O *slogan* de seus princípios afirma que a PIH “*vai, edifica casas, constrói sistemas de saúde e permanece no país*”⁴³. O sentido de continuidade que defendem é especialmente importante para este estudo, que investigou se, de fato, há o estabelecimento de ações em longo prazo pelas organizações.

Historicamente, em 1987, Paul Farmer e Ophelia Dahl empenharam-se na construção de um projeto comunitário em Cange, no Haiti, denominado Zanmi Lasante. O trabalho esteve primariamente concentrado na assistência de pessoas com HIV no Haiti rural. Em 1993, ampliou-se o projeto inicial com a criação do Instituto de Saúde e Justiça Social, que analisa o impacto da pobreza e da desigualdade na saúde, além de propor uma educação em saúde transversal a acadêmicos, doadores, formuladores de políticas internas e o público em geral.

Com o sucesso do programa inicial, estruturou-se a PIH, que se expandiu para oito regiões haitianas, incluindo a região de Artibonite, além de possuir projetos em outros locais

⁴² Tradução: “Não consigo dormir. Há sempre alguém que não está recebendo tratamento... Se as pessoas podem ser impedidas de morrer desnecessariamente, então alguém precisa agir”. Frase extraída do site oficial da PIH. Disponível em: <<http://www.pih.org>>. Acesso em: 30 de março de 2019.

⁴³ Frase extraída do site oficial da PIH. Disponível em: <<http://www.pih.org>>. Acesso em: 30 de março de 2019.

do mundo, como Libéria, Serra Leão, Rússia, Nação Navajo, Peru, México, Lesoto, Ruanda e Malauí. O mapa indica os principais locais de atuação da Organização, que engloba atualmente 10 países.

FONTE: Site oficial da PIH - Mapa de atuação mundial⁴⁴.

De acordo com o site oficial da Organização, a PIH emprega hoje quase 13.000 pessoas, sendo que aproximadamente 7.000 são agentes comunitários de saúde (ACS). A despesa anual da PIH é de US\$72.800.000, e as doações são provenientes de empresas privadas, pessoas físicas e parcerias com o governo haitiano.

O programa da PIH no Haiti é o mais antigo e replicado pela Organização. Atualmente, a PIH é considerada a maior prestadora de serviços de saúde não governamental do Haiti, abrangendo uma área de 4,5 milhões de pessoas e compondo uma equipe de 5.700 pessoas, segundo o site oficial. Ademais, registrou mais de 1,6 milhões de visitas de pacientes, prestação de assistência educacional para 9.400 crianças, exames de pré-natal a 30.000 mulheres grávidas, e tratamento para tuberculose para 1.700 pacientes. Implantou também clínicas e hospitais em 12 locais do Planalto Central e do baixo Artibonite, duas das regiões mais pobres do país.

Informações disponíveis na plataforma da Organização indicam que a PIH atua em uma área de captação direta de 1,3 milhão de pessoas, o que corresponde a cerca de 10% da população do país. Devido à alta demanda, a PIH organiza as suas atividades a partir do processo simplificado de territorialização, com levantamento prévio das necessidades locais

⁴⁴ Dado disponível em: <<https://www.guidestar.org/profile/04-3567502>>. Acesso em: 19 de março de 2019.

Outrossim, a PIH possui uma forte relação com o governo haitiano. Segundo informações institucionais, todos os locais de atuação, exceto Cange, que foi justamente onde a PIH iniciou as suas atividades, são instalações apoiadas pelo Ministério da Saúde do Haiti (MSPP). Houve também a construção de hospitais locais, como o Hôpital Universitaire de Mirelabais (HUM) em 2012, uma instalação pública sofisticada tecnologicamente, que possui 300 leitos, oferecendo oportunidades para pessoas que antes tinham acesso limitado a serviços de saúde. O hospital oferece serviços de Atenção Primária para cerca de 185.000 pessoas em Mirebalais e duas comunidades próximas. Destina-se a servir cuidados secundários e terciários, e oferece treinamento para enfermeiros, estudantes de medicina e médicos residentes. Ademais, o hospital oferece ensino para o desenvolvimento das futuras gerações de profissionais de saúde haitianos. A localização exata da principal unidade da PIH, em Mirebalais, no pino do mapa a seguir:

No Haiti, a PIH também é reconhecida por implantar ACS, os quais são denominados “*accompagnateurs*”. No auge do surto de cólera, a PIH tratou 150.000 pacientes de cólera e treinou mais de 2000 ACS para fornecer prevenção e busca de casos da contaminação bacteriana, e atualmente continua a ser um dos maiores provedores de prevenção e tratamento da doença no país. Nesse período, a equipe da PIH estabeleceu serviços de saúde em vários campos de deslocados internos em Porto Príncipe e arredores, atendendo a mais de 100.000 pessoas em dois anos após o terremoto.

Além disso, a Organização mostra experiência para mobilizar-se rapidamente em situações emergenciais. Depois do terremoto de 2010 e do surto de cólera no Haiti, a PIH desempenhou um papel crucial na rápida captação de profissionais de saúde e suprimentos em resposta à necessidade urgente.

Outra característica que merece destaque na atuação da PIH no Haiti é o vínculo com empresas privadas. A Organização estabelece parcerias e recebe doações de grandes corporações, incluindo Pfizer, McDonalds e Bill & Melinda Gates Foundation. Essas relações evidenciam a abertura para uma fonte variada de doadores, de forma que este estudo tem como um de seus objetivos o entendimento do quanto isso pode afetar a neutralidade organizacional e, portanto, influenciar as práticas em saúde.

CAPÍTULO 5 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO MÉTODO

5.1. Investigação qualitativa

Este estudo baseou-se na investigação qualitativa, conceito cuja origem consiste em um movimento reformista do início dos anos de 1970 (FLICK, 2008). O estudo qualitativo lida com pesquisa aplicada, de cunho descritivo e socialmente analítico, enfatizando o estudo das características de determinada população ou fenômeno e estabelecendo relações entre as diversas variáveis do contexto estudado (GERHARDT & SILVEIRA, 2009). Ademais, o estudo qualitativo tem a função de desnaturalizar o que parece natural, “*abrindo o questionamento para o que parece óbvio*” (SLAUGHTER, 1989).

A pesquisa qualitativa é, intrinsecamente, um campo de investigação que interliga disciplinas, campos e temas, edificando um processo que “*atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas*” (FLICK, 2008, p. 21). Configura-se, dessa forma, um estudo que pressupõe

um projeto cívico, participativo, colaborativo, que faz com que o pesquisador e o pesquisado envolvam-se em um diálogo contínuo
(BRUNNER, 1993, p. 1).

Nesse processo, assume-se que o observador qualitativo nunca é politicamente neutro, acenando uma posição política e histórica. A própria escolha do objeto e da abordagem, consciente ou inconscientemente selecionados, condiciona o intelectual a inferências que

podem não ser totalmente imparciais (WEBER, 1946). A neutralidade é ainda mais questionável no contexto pós-moderno, quando não se é de fato livre para escolher:

trata-se de uma época contingente, pluralista, ambígua, libertada (ou desfeita) das certezas de ontem, descentralizada, com o ruído de vozes que antes não eram escutadas (...) talvez escutemos, por alguns anos, os ecos do modernismo, que traz a mentalidade de uma nova era (WEBER, 1946, p. 401).

Neste sentido, muitas pesquisas buscam adaptar-se à voz mais apropriada dos discursos hegemônicos, reafirmando o *status quo*. Contra essa tendência, é justamente na busca da plurivocalidade (FLICK, 2008) que o estudo qualitativo resguarda os seus maiores poderes de transformação social. Ademais, nesse processo, o próprio pesquisador mostra-se como um “*observador extremamente humano da condição humana*” (BRUNNER, 1993, p.1). Por isso, o diferencial da pesquisa qualitativa é perceber e contextualizar o mundo, de modo que a crença individual, a ação e a cultura entrecruzem-se (GIDDENS, 1991).

Destarte, a postura qualitativa combate uma abordagem excessivamente positivista, subordinada a valores quantitativos (FLICK, 2008), de forma que não apenas dados numéricos podem ser considerados no processo investigativo, mas todo o cenário histórico e cultural. Questiona, portanto, o cientificismo estritamente objetivo, e

sistematizado por critérios da verdade para as ciências exatas e biológicas, muitas vezes conveniente àqueles indivíduos que estão no poder, que não querem ser os “sujeitos” da pesquisa social e tampouco desejam ouvir críticas de pesquisadores sociais sobre as suas ações (FLICK, 2008, p. 99).

De qualquer forma, reconhece-se a relevância das informações objetivas e numéricas, que não foram desprezadas neste estudo, mas associadas a uma abordagem predominantemente qualitativa, que valoriza processos humanos.

Ademais, a pesquisa qualitativa que envolve o processo de entrevistas trata de

um mergulho na vida do grupo e em culturas às quais o pesquisador não pertence depende de que ele convença o outro da necessidade de sua presença e da importância de sua pesquisa (...) para que a pesquisa se realize é necessário que o pesquisado aceite o pesquisador, disponha-se a falar sobre a sua vida, introduza o pesquisador no seu grupo e dê-lhe liberdade de observação (...), esse mergulho na vida de grupos e culturas aos quais o pesquisador não pertence exige uma aproximação baseada na simpatia, confiança, afeto, amizade e empatia (TURATO, 2005, p. 507).

5.1.1. Vínculo entre as Ciências Humanas e as Ciências Naturais

O estudo esteve focado na pesquisa social em saúde, e busca a intersecção entre as Ciências Humanas e as Ciências Naturais, percebendo-as como complementares. As humanidades focam-se para além dos aspectos biológicos e estudam os determinantes sociais e as relações humanas que permeiam os objetos de estudo, que estão em constante transformação dentro do contexto mundial.

Durante o estudo, apesar de os dados quantitativos, que mensuram resultados de forma mais pragmáticas, serem valiosos, os aspectos sociais prevaleceram. Trata-se de uma análise que transcende a relação causa-efeito, e que englobou múltiplas variáveis envolvidas na atuação das organizações de ajuda humanitária no Haiti.

A abordagem da pesquisa social, assim como os preceitos da Promoção da Saúde, é multiestratégica, de forma a respeitar a complexidade do tema. Para a análise adequada dos dados foi preciso, antes de tudo, verificar como se deu a construção social do objeto de estudo, posteriormente relacionando-o com análises mais objetivas, típicas das Ciências Naturais. Ademais, esta pesquisa pretende trabalhar com uma demanda social, possibilitando o retorno de conhecimentos úteis à sociedade.

Conforme apresentado na Apresentação deste estudo, o vínculo com as Humanidades associa-se, inclusive, à minha trajetória acadêmica, pois sou formada em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FFLCH/2010) e Mestre em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA/2013).

5.2. A escolha das organizações humanitárias norteadoras do estudo

O levantamento das organizações internacionais a serem estudadas foi realizado a partir do Relatório Global Genebra (2015), que avaliou milhares de organizações mundiais e elencou as 500 mais bem avaliadas instituições de ajuda humanitária, classificando-as em diferentes categorias e pautando-se em uma metodologia respeitada entre o Terceiro Setor. Resumidamente, o método disposto pela Global Genebra baseia-se em três critérios fundamentais para a seleção das melhores: inovação, impacto e sustentabilidade.

Assim, a presente pesquisa analisou as três organizações que estão entre as maiores pontuações no ranking Global Genebra na área da saúde em 2015, que são, conforme apresentado anteriormente, (1) *Comitê Internacional da Cruz Vermelha*, (2) *Médicos sem Fronteiras* e (3) *Partners in Health*.

Após a escolha das três instituições a serem estudadas, realizou-se a pesquisa, a seleção e o mapeamento dos dados mais relevantes sobre as organizações, criando uma base de informações para o prosseguimento do estudo. O perfil sociográfico das organizações foi composto, principalmente, do mapeamento dos seguintes componentes:

- Dados básicos, como data e histórico da criação;
- Classificação do porte da organização e a dimensão de sua atuação;
- Número de colaboradores remunerados e voluntários;
- Regiões mundiais de atuação;
- Descrição da missão, visão e valores, assim como o vínculo de suas práticas com os seus princípios teóricos;
- Descrição das políticas internas e suas relações com a cooperação internacional;
- Análise dos principais objetivos no Haiti;
- Apresentação das principais práticas e do funcionamento geral no Haiti;
- Dados sobre a captação de recursos financeiros no Haiti;
- Vínculos formais com outras instituições públicas e privadas no Haiti;
- Vínculos com outras instituições do Terceiro Setor, de diferentes portes, no Haiti;
- Análise dos resultados gerados à comunidade haitiana;
- Aplicabilidade dos princípios da Promoção da Saúde – a Equidade, a Intersetorialidade, a Participação Social e a Sustentabilidade - no Haiti;
- Promoção de ações em médio e longo prazo no Haiti;
- Potenciais práticas imperialistas na comunidade haitiana.

O mapeamento prévio teve por finalidade garantir o rigor metodológico deste estudo, fornecendo as bases necessárias para a análise acerca da atuação das maiores organizações de ajuda humanitária na Promoção da Saúde em regiões haitianas.

A captação das informações sobre as organizações e sobre o Haiti deu-se da seguinte forma: inicialmente, a metodologia foi essencialmente bibliográfica, com o intuito de sistematizar as ideias e organizar publicações dispersas sobre as organizações humanitárias e o Haiti.

As buscas foram realizadas no banco de dados do Google Acadêmico, da Scielo e do PubMed, analisando-se relatórios públicos, artigos e materiais, incluindo práticas formais e administrativas, relacionados às organizações selecionadas.

As informações sociodemográficas e econômicas do Haiti, por sua vez, foram obtidas a partir de documentos públicos, além de relatórios publicados pelo próprio site do Ministério de Saúde Pública e População do Haiti (2016).

Os documentos e os relatórios oficiais oferecidos pelo governo haitiano e pelas organizações humanitárias foram fundamentais no aprofundamento da análise teórica. Os dados obtidos foram averiguados minuciosamente, partindo-se do pressuposto de que as informações fornecidas *“não haviam recebido um tratamento analítico, e ainda poderiam ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”* (GIL, 2002, p. 45). Assim, pautando-se nos documentos oficiais disponibilizados pelo governo do Haiti e pelas organizações humanitárias, além de materiais de outros bancos de dados, a presente pesquisa empenhou-se em comparar e descrever fatos sociais na comunidade haitiana, de forma a detectar padrões e possíveis tendências (GERHARDT & SILVEIRA, 2009), permitindo uma discussão mais robusta sobre o objeto de estudo e um direcionamento mais assertivo rumo aos resultados do estudo.

Por fim, é válido assinalar que a análise documental seguiu o modelo de SCOTT (TURATO, 2005), que busca aferir a autenticidade, credibilidade, representatividade e significado dos dados, de forma que fossem claros e compreensíveis. Segundo o autor, a autenticidade de um documento se dá por meio de evidências internas do próprio documento e, ainda que não seja genuíno, pode fornecer importantes dados à pesquisa; a credibilidade das informações implica recorrer a fontes confiáveis, a fim de evitar inferências erradas nos resultados; a representatividade refere-se ao conteúdo intelectual, tal como a relevância e a pertinência à temática da pesquisa; por fim, o significado relaciona-se à *“clareza e à compreensão de um documento para um analista”* (MAY, 2004, p. 221). Organizou-se o estudo documental, antes isento de sistematização pelo fato de trazer

fontes diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios e documentos oficiais (FONSECA, 2002, p. 32).

A análise das informações captadas foi feita à luz dos teóricos especialistas nas áreas de Promoção da Saúde, do atual formato da globalização e das organizações humanitárias. Em relação à Promoção da Saúde - que engloba os princípios da Equidade, da Intersetorialidade,

da Participação Social e a da Sustentabilidade -, o estudo baseou-se principalmente nos autores Dina Czeresnia, Paulo Buss e Sérgio Resende Carvalho. Ademais, o referencial teórico também envolveu autores voltados à perspectiva da ajuda humanitária, destacando-se Michel Agier e Paul Farmer, além de acadêmicos especializados no atual formato da globalização e na crítica do modelo neoliberal, com ênfase para Boaventura de Sousa Santos, sociólogo português; Milton Santos, geógrafo brasileiro; e Zygmunt Bauman, filósofo polonês.

5.3. Entrevistas

Para incitar a reflexões mais profundas sobre a atuação das organizações humanitárias na comunidade haitiana, além da captação e organização dos dados, seguidas das análises documentais, recorreu-se à aplicação de entrevistas.

Com base no método qualitativo, foram realizadas entrevistas com os dirigentes e colaboradores das organizações humanitárias. Três haitianos, residentes temporários na Missão Paz, organização que abriga refugiados no centro da cidade de São Paulo, também foram entrevistados. O critério para a escolha foi que houvessem vivenciado experiências com as organizações humanitárias no Haiti e residissem, atualmente, na Missão Paz.

Contudo, o foco do estudo e das entrevistas esteve concentrado nos colaboradores e dirigentes das organizações selecionadas, apontando para um recorte conceitual de viés interno. A escolha de grupos específicos é consonante com o método qualitativo da pesquisa, uma vez que

as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e de documentos (TURATO, 2005, p. 514).

Portanto, os profissionais das organizações compõem a maior parte dos entrevistados que, a partir de suas respostas, auxiliaram na investigação-base, que é se (e como) as organizações promovem transformações no atendimento à população haitiana sob a ótica dos princípios da Promoção da Saúde, analisando, principalmente, a perenidade das ações organizacionais e a existência de traços *neoneocolonialistas* em seus posicionamentos.

As 14 perguntas das entrevistas foram realizadas presencialmente ou via internet (Skype e chamada pelo aplicativo WhatsApp, mediadas via e-mail), entre março e maio de 2018, com cinco pessoas de cada Organização. O mapeamento e o contato inicial com os

potenciais entrevistados tornaram-se possíveis por meio dos aportes tecnológicos, em especial a internet. A busca foi executada nas mídias sociais – incluindo Facebook, LinkedIn e Youtube –, elencando-se os contatos mais indicados para entrevistas referentes à temática do estudo. Encontraram-se 223 nomes potenciais, e foram escolhidos 5 de cada organização, totalizando 15 profissionais. Os contatos foram sistematizados em uma planilha do Excel 2010, e categorizados por nome, cargo, instituição a que é vinculado, fonte da localização e e-mail pessoal.

A tabela elenca os entrevistados, além de suas respectivas funções e descrições de cargos. Os nomes foram substituídos por letras do alfabeto, atendendo a questões de privacidade e ética da presente pesquisa. A ordem dos entrevistados respeita a cronologia da realização das entrevistas. Ademais, dos 15 entrevistados que são ou foram colaboradores, há cinco de cada organização, divisão que pretendeu equilibrar os dados disponíveis sobre cada uma das entidades humanitárias.

Entrevistado	Organização	Função	Descrição dos cargos
A	CICV	Jornalista e responsável pela cobertura internacional da Organização	Acompanhamento das equipes do CICV durante as missões no Haiti; realização de coberturas jornalísticas sobre a situação do país; descrição das funções das Forças Armadas junto à Organização; visão sistêmica sobre a operação das organizações humanitárias no país.
B	CICV	Psicólogo	Atendimento à população vulnerável que necessita de cuidados ligados à saúde mental; atuação em Direitos Humanos.
C	CICV	Médico psiquiatra	Cobertura da saúde mental da população haitiana; desenvolvimento de cursos de capacitação sobre saúde mental no Haiti.
D	CICV	Voluntário e também atendido pela Organização	Recebeu cuidados de saúde no período pós-terremoto no Haiti; atuação como voluntário na Organização e foi promovido à responsável da equipe regional no Haiti.
E	CICV	ACS	Oferecimento de apoio técnico, coordenação entre as várias áreas da Organização humanitária, facilitador de intercâmbios entre pares no setor de Saúde da Comunidade; apoio à mobilização de recursos.

Entrevistado	Organização	Função	Descrição dos cargos
			Construção de projetos comunitários visando à adaptação às mudanças climáticas e o enfrentamento de desafios públicos. O contato inicial com a ACS também se deu por meio das redes sociais.
F	MSF	Promotor de Saúde	Atua como ponte entre os ACS e a equipe de profissionais da saúde da MSF; entendimento do contexto sociocultural da população haitiana para que as ações implantadas fossem direcionadas e mais eficientes; apoio à comunidade local.
G	MSF	Promotor de Saúde	Atuou no escritório da MSF no Brasil e como integrador entre os ACS e a equipe de profissionais da saúde da MSF; entendimento do contexto sociocultural da população haitiana para que as ações implantadas sejam direcionadas e mais eficientes; apoio à comunidade local.
H	MSF	Administrador	Visão sistêmica: possui vivência em diversas áreas da MSF, entre as quais: Financeiro, Recursos Humanos e coordenação de projetos.
I	MSF	Chefe de Missão	Organiza todo o funcionamento da equipe no Haiti, pensando

Entrevistado	Organização	Função	Descrição dos cargos
			<p>estrategicamente em possíveis melhorias e na configuração mais apropriada do time.</p> <p>Define a estratégia da missão em colaboração com a célula.</p> <p>Atuação de caráter multidimensional, de modo a liderar planos e coordenar os programas da MSF, incluindo a identificação de novos desafios humanitários no Haiti.</p>
J	MSF	Médico	<p>Foi coordenador de projetos na América Latina. Foco em saúde sexual e reprodutiva, saúde mental, além da Atenção Primária em Saúde.</p> <p>Envolvimento com o mundo acadêmico e experiências com outras organizações humanitárias.</p>
K	PIH	Supervisor de Recursos Humanos	<p>Atua no escritório voltado a missões no Haiti. Organiza as equipes de forma estratégica e visando ao melhor atendimento à população. Trabalha com recrutamento, treinamento e desenvolvimento, além de atualização das políticas da Organização.</p>
M	PIH	Gerente de Programa para o escritório da ONU	<p>Pesquisa e gerencia programas para o escritório das Nações Unidas de Paul Farmer. É um</p>

Entrevistado	Organização	Função	Descrição dos cargos
			papel singular, uma vez que é administrado pela PIH, mas a maior parte do trabalho ocorre na própria ONU.
N	PIH	Médico	Cirurgião pediátrico. Trabalha na PIH, mas possui experiência prévia na MSF.
O	PIH	Médico	Médico que também atuou em processos educativos com a equipe de saúde. Trabalhou em várias regiões do Haiti, especialmente na área de Cange.
P	PIH	Diretor de Desenvolvimento da Zanmi Lasante	Foi um dos primeiros funcionários da Organização e, atualmente, é diretor de um dos mais importantes hospitais da região. Articula ações estratégicas no campo da saúde haitiano.

Dessa forma, o referencial teórico esteve vinculado ao componente humano, valorizando-se a abordagem qualitativa e aproximando a pesquisa do conceito de “*validade*”, estabelecido pela Internacional Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR, 2013). As entrevistas buscaram incluir diferentes perspectivas da ideia de validade à pesquisa, entre as quais: validade participativa, ou seja, quando os envolvidos podem participar ativamente no processo de pesquisa; validade intersubjetiva, de modo que o estudo é percebido com credibilidade e gera significado, tanto para o entrevistador quanto para o entrevistado; validade contextual, que se refere ao sentido da pesquisa frente à situação local; a validade catalítica, de modo que o estudo mostra-se útil ao apresentar novas possibilidades à ação social; e, por fim, a validade ética, que se refere às potenciais mudanças geradas pela pesquisa no cenário de estudo, que devem ser justas e respeitar todos os envolvidos.

No processo metodológico desta pesquisa, da teoria às análises finais, seguiu-se o modelo de avaliação teórica de FLICK (2008), no qual a teoria é o ponto de partida, passando por hipóteses, operacionalização, amostragem, coleta, interpretação e, por fim, a validação que pode incluir novas descobertas. Especificamente nas entrevistas, o método utilizado foi *centrado no problema* (WITZEL, 2000), visando à coleta de dados de uma questão determinada que, no caso do estudo, refere-se a um problema social relevante.

Ademais, antes de as entrevistas acontecerem de fato, seguindo o rigor metodológico, realizaram-se conversas informais com dirigentes, cujo objetivo era conhecer, de forma geral, o funcionamento das organizações e a visão dos colaboradores sobre o tema a ser pesquisado. O quadro indica os cargos e organizações daqueles que foram previamente contatados entre janeiro e abril de 2016.

Contato e Organização	Cargo
Q – MSF	Vice-presidente
R – MSF	Médico
S – PIH	Coordenador do programa de Cirurgia Global e Mudança Social em Harvard
T – CICV	Médico

No processo estruturado de entrevistas, criaram-se dois questionários, um exclusivo para os profissionais das organizações (incluindo diretores e colaboradores em geral) e outro para os haitianos. O critério de seleção do segundo grupo foi que houvessem sido atendidos por uma das três organizações humanitárias, enquanto moravam no Haiti, e que permanecessem atualmente abrigados pela Missão Paz, em São Paulo.

O tipo da entrevista foi semiestruturada, pois, ao passo que apresentam perguntas fixas, também permite certa liberdade de resposta aos entrevistados, ratificando “*o lugar do outro como sujeito da pesquisa, capaz de fornecer importantes informações*” (FERREIRA & DIAS, 2004).

Os questionários incluíram um bloco de perguntas gerais, a fim de gerar uma entrada conversacional, e outra sessão com perguntas mais direcionadas aos objetivos desta pesquisa. Esse método é valorizado por cientistas sociais que, por meio de entrevistas, têm acesso a importantes relatos orais. O processo de entrevista não significa, assim, a mera coleta de

documentos já produzidos, mas um estímulo à elaboração de novos documentos a partir de relatos e entrevistas de informantes, que nem sempre possuem notoriedade pública, mas carregam relatos significativos sobre o objeto de estudo (MARTINS, 2004).

Além de recorrer ao roteiro de entrevista, foram necessários “*sensibilidade e flexibilidade para concentrar o foco no tema principal*” (FLICK, 2008, p. 55), que são o *neoneocolonismo* e a viabilidade das ações em longo prazo pelas organizações humanitárias na ótica dos princípios da Promoção da Saúde. Após as entrevistas, houve a transcrição e análise dos discursos.

Entre os colaboradores entrevistados, há profissionais não gerenciais – como jornalistas, promotores da saúde, psicólogos e médicos -, e também coordenadores e diretores organizacionais, que possuíam uma visão mais ampla sobre a atuação das organizações no Haiti. Abaixo, estão elencadas as 14 perguntas destinadas a cada entrevistado.

- (1) Nome e (2) organização de atuação;
- (3) Cargo e (4) função na organização;
- (5) Ano de ingresso na organização (e ano de saída, nos casos em que o colaborador não faça mais parte do quadro de funcionários);
- (6) Seleção para ingressar na organização;
- (7) Motivação para o ingresso na organização;
- (8) Estrutura física da organização no Haiti;
- (9) Aderência da organização aos princípios da Promoção da Saúde;
- (10) Alcance dos resultados propostos pelas organizações;
- (11) Intersetorialidade entre a organização de saúde e outras áreas do conhecimento;
- (12) Saúde da Mulher nas organizações⁴⁵;
- (13) Perenidade das ações implantadas no Haiti.
- (14) Sentimento do profissional, de modo geral, quanto à organização para a qual trabalha;

As perguntas aos haitianos, por não serem o foco da presente pesquisa, foram mais simples e diretas: além dos dados pessoais, foi questionado se já foram atendidos por

⁴⁵ O questionamento é resquício do formato inicial deste estudo, que iria focar exclusivamente nas mulheres haitianas. Durante a pesquisa, porém, outras análises acerca da Promoção da Saúde no Haiti mostraram-se importantes, ampliando a pesquisa e não a restringindo a um público específico. Contudo, como as respostas dos entrevistados a essa questão foram valiosas para o princípio da Equidade, decidiu-se manter a pergunta.

alguma das três organizações humanitárias centrais deste estudo, e como classificam o tipo de atendimento recebido. Em seguida, solicitou-se para descreverem o atendimento recebido.

Por fim, a partir dos pilares teóricos e das entrevistas, o estudo gerou análises sobre as organizações humanitárias atuantes no Haiti, organizando informações e comparando conceitos. Após o mapeamento das informações obtidas, além de análise do discurso das entrevistas com os colaboradores organizacionais e com os haitianos representantes da comunidade, investigou-se de que forma as organizações humanitárias estão relacionadas com os outros atores sociais da Saúde Global - como o governo, empresas e entidades internacionais -, e de que maneira estão imersas na globalização. Por meio do eixo teórico prévio e das respostas das entrevistas, averiguou-se se as organizações incitam, de alguma forma, aos princípios da Promoção da Saúde supracitados nas comunidades haitianas, especialmente no que se refere às transformações em longo prazo e na eventual ocorrência de ações de caráter imperialistas, que podem configurar o *neoneocolonialismo*.

5.4.Desafios metodológicos

Houve resistência das organizações à presente pesquisa, e a dificuldade quanto à acessibilidade ao campo e aos entrevistados merece destaque. Primeiramente, pelo fato de as organizações não se mostraram abertas a receber pesquisadores. Ademais, o estudo em campo foi impedido. Segundo as organizações, não seria possível permitir o estudo devido à escassez de tempo e à hierarquização de prioridades internas, de modo que as pesquisas acadêmicas não estavam no topo de priorização. Uma análise mais apurada, contudo, pode indicar que a oclusão para o mundo acadêmico é, na verdade, uma maneira de proteger as organizações de eventuais críticas pela detecção de possíveis falhas internas. As recorrentes notícias da mídia, que envolvem escândalos sexuais e de desvios de verba, que serão discutidas posteriormente, podem ser explicações para a resistência quanto ao recebimento de pesquisadores em suas instalações.

O mapeamento e o contato inicial com os potenciais entrevistados não foram processos complexos, uma vez que a internet possibilitou o encontro dos profissionais adequados à presente pesquisa, que também foi facilitado pela indicação direta entre pares. O método “*bola de neve*” trata da indicação de um entrevistado a outro entrevistado, e é “*uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência*” (VINUTO, 2016). Essa amostragem pode viabilizar o contato com grupos de restrito acesso ou questões delicadas, de âmbito privado que, portanto, “*requerem conhecimento das pessoas*

pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para localizar informantes para estudo” (VINUTO, 2016). Porém, mesmo recorrendo ao método de indicação, a burocracia organizacional e a resistência institucional para a concessão das entrevistas e visitas a campo foram notáveis durante o estudo.

Ademais, os entrevistados manifestaram cautela ao responder às perguntas, ideia que, aliada ao excesso de burocratização das organizações no aceite para a execução da pesquisa e das entrevistas, indica o receio dos colaboradores em relação a demissões ou ao comprometimento da imagem organizacional caso emitissem manifestações negativas.

Isso reforça a necessidade de se verificar, com ainda mais rigor, os discursos de colaboradores que exaltam as organizações, mas são dotados de contradições discursivas. É fundamental averiguar se o interlocutor não está sendo guiado por interesses organizacionais ou por outras motivações, que não se referem necessariamente à realidade dos fatos.

Na literatura, há estudiosos que discorreram sobre a possibilidade de relutância das organizações que serão objeto de estudo. Segundo WOLF (2004a), por exemplo, a pesquisa é uma intervenção em um sistema social, e é *“um fator de ruptura ao sistema a ser estudado, ao que reage defensivamente”*. Por isso, dificilmente há compreensão mútua no processo de entrada, e *“deve-se lutar por um acordo enquanto processo”*.

Entre as três organizações, a PIH foi a única prontamente receptiva para o estudo. A MSF e a CICV impuseram obstáculos frequentes, que alguns casos chegaram à proibição direta de qualquer contato com os profissionais. A continuidade da presente pesquisa teve de ser exaustivamente negociada com os responsáveis organizacionais. Ademais, entre todas as organizações, a CICV foi de mais difícil penetração para entrevistas e os processos mostraram-se excessivamente burocráticos.

Em todas as organizações, porém, foi impossibilitado o acesso ao campo no Haiti, ainda que eu me compromettesse, como pesquisadora, a arcar com os custos de viagem e cumprir todas as regras internas. Por isso, infelizmente, fiquei impossibilitada de fazer a visita a campo no Haiti.

5.5.Obtenção e padronização dos dados obtidos

A Saúde Global preconiza o intercâmbio de informações mundialmente, favorecendo o diálogo acerca de questões da saúde e de inequidades mundiais. Contudo, é preciso recorrer a metodologias que permitam estudar os problemas em saúde de forma mais holística e

integrada, assim como encontrar estratégias de desenvolvimento de pesquisa em diversas regiões do mundo.

De acordo com a OMS, os indicadores de saúde devem ser bem definidos, aplicáveis internacionalmente, confiáveis e facilmente interpretáveis. Ademais, as informações precisam ser úteis em termos práticos nos mais diversos níveis - local, nacional e internacionalmente. A forma de interpretar os dados é importante, pois exige investimento e expertise por parte dos envolvidos, como os governos e os gestores em saúde (SEGUY, 2014).

Tratando-se de Saúde Global, um grande desafio é a mensuração dos dados, que podem variar de região para região e são de difícil padronização. Dados oferecidos por diferentes organizações, por exemplo, podem ter escalas espaciais e temporais diversas, e nem sempre são confiáveis ou compilados a partir das mesmas metodologias, tampouco com rigor estatístico similar (CASTILLO SALGADO, 2010). Também no campo da saúde, é fundamental que os dados tenham comparabilidade e consistência, pois somente a partir da criação de mecanismos de homogeneização de dados e metodologias será possível criar um ambiente de confiança para a tradução e disseminação dos estudos analíticos em saúde.

Nesse sentido, outro desafio desta pesquisa foi a padronização dos dados obtidos no Haiti e a sua correlação com informações captadas no Brasil. Como há diferenças socioculturais e econômicas entre os países, os procedimentos e a exposição de dados são variáveis, evidenciando-se dificuldade em padronizar os dados obtidos.

Também ocorreu, por vezes, dos dados necessários estarem indisponíveis, devido à falta de organização e políticas locais restritivas. Essa escassez é um entrave à existência de documentos suficientes, de modo a dificultar inferências que poderiam ser úteis a esta pesquisa.

Por fim, a obtenção e o tratamento dos dados, de forma confiável, são importantes, uma vez que, conforme apresentado em itens anteriores, a saúde está envolvida em um jogo de interesses políticos e mercadológicos. Assim, se houver brechas nos indicadores, abre-se espaço para manipulações ideológicas e a ratificação de discursos hegemônicos.

5.6. Análise do discurso e o eixo teórico

Após a apresentação dos principais eixos conceituais deste estudo, incluindo o percurso metodológico, o foco do estudo consistiu na análise do discurso (AD) dos entrevistados para o posterior desenvolvimento dos resultados da pesquisa. Portanto, as

inferências a respeito da intervenção no Haiti foram realizadas a partir da análise das respostas obtidas durante as entrevistas.

O método conceitual da AD foi baseado, principalmente, nos autores Koch e Orlandi, renomados no campo comunicacional e estudados pela autora durante o Mestrado em Comunicação Social na Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP) entre 2011 e 2013. As técnicas propostas pelos autores auxiliaram a elucidar os aspectos linguísticos das entrevistas, evidenciando o modo de construção expressiva e os efeitos de sentido que podem ser desvelados, além de auxiliar na compreensão sobre a postura dos entrevistados especificamente em relação às temáticas do desenvolvimento em longo prazo e do possível *neoneocolonialismo* fomentado pelas organizações na comunidade haitiana.

A AD ocorreu, por conseguinte, no texto verbal concedido pelos entrevistados, que serviu de ferramenta para extrair interpretações sobre os discursos. A função do analista é seguir a trajetória que as palavras dos entrevistados percorrem, a fim de entender a materialização da estrutura do texto verbal. Para o analista, a representação física da linguagem é o material bruto – “*onde ela é som, letra, espaço, dimensão direcionada e tamanho*” (ORLANDI, 2005). Mas, ainda mais importante, o analista deve considerar o discurso como espaço significante, ou seja, carregado de historicidade. Ademais, durante esse processo, o interlocutor (nesse caso, o entrevistado), pode ser considerado participante ativo do processo de comunicação realizado (KOCH, 2011).

Por isso, foi preciso considerar a historicidade e os diferentes processos de significação que ocorrem no texto. O entrevistado, nesse sentido,

não se acha isolado em seu mundo, mas é um sujeito essencialmente histórico e social, na medida em que se constrói em sociedade e, com isto, adquire a habilidade de interagir (KOCH, 2011, p. 14).

Assim, como todo objeto simbólico, o texto é objeto de interpretação e essa característica é crucial para a análise de texto (ORLANDI, 2005). A AD tem por tarefa entender os sentidos contidos no texto, considerando a sua historicidade, que não tem um ponto de partida final e, tampouco, um marco de chegada absoluto.

A trajetória discursiva, portanto, é maior do que o texto em si. No processo, considera-se a historicidade na perspectiva da história do sujeito e do sentido, que são inseparáveis:

ao produzir sentido, o sujeito se produz, ou melhor, o sujeito se produz, produzindo sentido (...) e é esta a dimensão histórica do sujeito — seu acontecimento simbólico —, já que não há sentido possível sem história, pois é a história que provê a linguagem de sentido, ou melhor, de sentidos (ORLANDI, 2005).

Na historicidade, a relação pode ser entendida como constitutiva e dotada de temporalidade própria. O que interessa é o texto, neste caso verbal, em sua discursividade. A AD é, por fim, a expressão da textualidade, sendo o estudo daquilo que torna as falas dos entrevistados carregadas de significado e detentoras de uma visão de mundo particular acerca do objeto de estudo.

A AD ultrapassa a ideia de apegar-se ao código e às regras gramaticais da língua. Segundo ORLANDI (2005), a textualidade é a relação do texto consigo mesmo e com a exterioridade. A textualidade constrói-se a cada leitura, “*não trazendo em si um sentido preestabelecido pelo seu autor, mas uma demarcação para os sentidos possíveis*” (ORLANDI, 2005).

Outrossim, FERREIRA & DIAS (2004) defendem que a compreensão da leitura não se dá apenas pelas marcas gráficas do texto, mas principalmente pelo que estas marcas têm a dizer e pelo modo como o leitor apreende e interpreta a intenção do autor. Tratando-se de uma relação dialógica e interacional, a semântica varia de acordo com o leitor e com a natureza dessa interação.

No contexto, é preciso analisar a *aceitabilidade* das entrevistas. Houve resistência organizacional prévia e evasão proposital em determinadas perguntas – e é necessário considerar também a *situacionalidade*, ou seja, se esses discursos fazem sentido no contexto no qual estão inseridos.

Assim, o foco da análise das entrevistas pressupõe o contato constante entre o texto e o autor que, neste estudo, é o entrevistado. Cabe assinalar, contudo, que o leitor também participa do processo, criando inferências, de modo que *não lida apenas com o que é, mas com o que pode ser* (FERREIRA & DIAS, 2004). O leitor atribui vida ao texto, modificando-o constantemente. KOCH (2011) reafirma essa ideia ao dizer que “*na interlocução, indivíduo e texto transformam-se mutuamente*”.

Ademais, cada fala carrega um propósito, uma vez que não se instaura um texto sem função comunicativa (SMITH, 2012) e, portanto, os entrevistados possuíam a intenção de transmitir determinada mensagem na concessão das entrevistas. Afinal, como argumenta MAINGUENEAU (1976), um discurso não vem ao mundo numa inocente solitude, mas

constrói-se através de um já-dito em relação ao qual ele toma posição. A finalidade articula-se com essa ideia, pois o entrevistado exprime o seu texto a partir da mensagem que deseja transmitir. Nesse sentido, não há neutralidade nas respostas: um texto sempre carrega, ainda que inconscientemente, uma visão de mundo própria do interlocutor (KOCK, 2011).

As entrevistas apresentaram uma interação contínua entre a materialidade do dito e as suas possíveis interpretações. Na concepção de interação entende-se que *“o outro que dá a medida do que sou (...) a identidade se constrói nessa relação dinâmica com a alteridade”* (FERREIRA, 2004, p. 16), de modo que há um equilíbrio entre o sujeito e o sistema, e *“não há um sujeito totalitário e nem totalmente apagado dentro das pressões do sistema”* (FERREIRA, 2004, p. 59).

Por fim, a AD não pode ser meramente descritiva, o que denotaria uma reprodução acrítica da fala dos entrevistados, mas existe na interação entre o entrevistador e o texto verbal dos entrevistados. Exige-se, portanto, análises profundas que transcendam a superfície do código. A AD pressupõe uma transcendência ao que é superficial ao texto, de modo que expressões diretas, dotadas de materialidade, ganhem vida e representem o contexto intrínseco à fala.

Na apresentação dos resultados, será realizada a AD dos entrevistados em relação às ações das três organizações humanitárias no Haiti. Cabe ressaltar que a transcrição das informações verbais foi executada de forma minuciosa, uma vez que há diferenças importantes entre a representação da fala e a modalidade escrita que, geralmente, não consegue reproduzir os fenômenos da oralidade.

CAPÍTULO 6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1.Hipóteses iniciais

A premissa inicial deste estudo é que, balanceando-se prós e contras, as organizações de ajuda humanitária geram resultados positivos às comunidades haitianas, promovendo a saúde, ainda que com restrições, e atuando de forma complementar aos setores público e privado. Contudo, é preciso considerar as limitações que o cenário da globalização neoliberal gera na atuação dessas organizações, especialmente no princípio da neutralidade, além de ser necessário verificar as suas próprias contradições internas.

Como hipótese, é importante considerar que as organizações envolvem-se, com recorrência, em cenários de catástrofe que demandam ações emergenciais, nas quais se torna difícil planejar resultados de médio e longo prazo. O caráter urgente das situações pode condicionar os atores que participam do processo, além de impor obstáculos para o questionamento da dinâmica macroestrutural na qual as comunidades estão inseridas. Nesse contexto, também pode haver dificuldades quanto à aplicabilidade dos princípios da Promoção da Saúde.

Os itens a seguir têm por objetivo desenvolver as discussões e verificar essas hipóteses iniciais, a partir da análise dos discursos dos colaboradores atuantes nas organizações humanitárias do Haiti e do cruzamento com o referencial teórico.

6.2.As entrevistas e as suas entrelinhas

Este capítulo destina-se a estudar mais profundamente as falas dos entrevistados, relacionando-as com as bases teóricas apresentadas. Cabe ressaltar que, por esta se tratar de uma pesquisa qualitativa, os resultados não foram reduzidos a um viés estritamente quantitativo e numérico, considerando-se, principalmente, os fatores culturais, sociais, políticos, econômicos, biológicos e ambientais, que permeiam os discursos e moldam as questões de saúde no Haiti.

O perfil dos 15 profissionais entrevistados foi heterogêneo. A diversidade mostrou-se positiva por garantir a multiplicidade de pontos de vista e permitir uma análise mais apurada sobre como se estrutura a Intersetorialidade dentro das organizações. A heterogeneidade também se deu em relação aos cargos dos entrevistados: as entrevistas ocorreram com profissionais de perfil gerencial, como chefe de operações e diretor de desenvolvimento, mas operacionais, como analistas de recursos humanos situados em escritórios brasileiros. Entre os profissionais entrevistados há um jornalista, um supervisor de recursos humanos, um chefe de operações, dois promotores de saúde, um administrador, quatro médicos – sendo um deles psiquiatra -, um psicólogo, um ACS, um responsável pelo setor de desenvolvimento, um responsável pela estratégia global e um voluntário geral.

O chefe de operações apresentou uma visão mais abrangente e totalizante, compreendendo a atuação dos diferentes cargos no contexto organizacional. Entre os critérios para exercer esse cargo, solicita-se experiência prévia em diversos segmentos da organização, que perpassam logística, recursos humanos e setor administrativo. Afinal, entende-se que,

para comandar a missão, o espírito humanitário deve estar aliado à habilidade técnica, nos diversos níveis, que são fundamentais para manter uma linha de ação eficiente.

O promotor de saúde, por sua vez, possui, nas organizações, um sentido diferente da definição de Promoção da Saúde apresentada nos capítulos iniciais deste estudo. Na MSF, por exemplo, o cargo é responsável por realizar

uma ponte entre a Organização e a comunidade, sendo a pessoa responsável por garantir que as necessidades daquela comunidade estão sendo atendidas (Entrevistado G).

A MSF é a única Organização, entre as estudadas, que possui o cargo denominado “*promotor da saúde*”: nas outras duas organizações, essa função é equiparável às atividades dos ACS, que identificam e encaminham problemas levantados a partir da interação com a população local. Na CICV, o *Entrevistado E* detalha a sua atuação como ACS, indicando que

fornecia apoio técnico às Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha, assegurava a coordenação entre as várias partes, facilitava intercâmbios entre pares na área de Saúde da Comunidade e apoiava a mobilização de recursos.

A partir dessas ações, é possível recrutar o apoio das sociedades nacionais a fim de enfrentar grandes desafios públicos e conduzir à Participação Social. Na PIH, esse relacionamento é garantido pelo *Community Health Manager*, que coordena mais de 12.000 ACS, *que são empregados pela Organização globalmente (Entrevistado O).*

6.3. Diferenças entre os discursos

Na análise das entrevistas, constatou-se que há oscilações entre os discursos: por vezes, as nuances se dão dentro de uma mesma organização, dependendo do cargo e da função do entrevistado. Por outro lado, os discursos são próximos entre os entrevistados de uma mesma organização, mas divergem quando comparados entre as três entidades.

Os entrevistados mostraram posicionamentos distintos sobre os questionamentos, não apenas por pertencerem a organizações diversas, mas, recorrentemente, por pertencerem a cargos diferentes dentro de uma mesma organização. Ademais, é preciso considerar que mandatos diferentes, ou seja, variações da gestão também podem ter contribuído para a discrepância entre as falas dos entrevistados.

As discrepâncias entre os discursos indicam volatilidade na percepção de acordo com o cargo entrevistado (dentro da mesma organização, a MSF, por exemplo). Assim, os discursos sobre a continuidade das atividades organizacionais são variáveis e, muitas vezes, contraditórios. Enquanto os promotores da saúde ou ACS, no geral, confirmam o esforço das organizações para mudanças estruturais, médicos e assistentes administrativos não reconhecem o empenho organizacional nesse sentido. Ademais, enquanto os promotores de saúde parecem indicar um programa mais participativo no Haiti, os médicos ainda analisam o atendimento organizacional com uma visão mais verticalizada.

Houve, ainda, casos específicos, como entrevistados que possuem dupla visão das organizações: tanto na perspectiva interna, quanto na externa. Cerca de 40% dos entrevistados trabalharam em mais de uma das organizações, o que torna suas visões ainda mais completas para o estudo. Além disso, um entrevistado foi atendido pelas organizações e, posteriormente, tornou-se colaborador do CICV, o que agregou uma perspectiva ao mesmo tempo interna e externa à Organização, ou seja, multilateral de um mesmo contexto.

Ademais, dos profissionais entrevistados, 33,3% eram também haitianos, o que implica conhecimentos mais aprofundados sobre o cenário local, uma vez que não apenas trabalharam para as organizações, mas também vivenciaram a realidade do Haiti desde o nascimento.

Quanto ao tempo na organização e o processo de contratação, majoritariamente (66,6%), os entrevistados iniciaram as suas atividades nas organizações após 2010, e todos os entrevistados estão nas organizações há, pelo menos, dois anos; 40% dos entrevistados realizaram a sua primeira missão no Haiti.

Constatou-se que os profissionais entrevistados encaixam-se em uma faixa etária mais jovem, entre 28 e 43 anos, e mostram-se bastante “*preparados tecnicamente*” (Entrevistado A). A competência profissional é especialmente importante, pois, como afirma Ana Letícia Medeiros, advogada da MSF, “*trabalhar com ajuda humanitária é bem diferente de mochilar pela Europa*” (Relatório Anual MSF, 2017, p. 4).

Nas três organizações, o processo seletivo é rigoroso, iniciando-se por triagem e avaliação curricular, mapeamento do perfil profissional - que geralmente exige atributos como liderança e habilidades para trabalho em equipe -, além de fluência em língua estrangeira e disposição para fixar-se por, no mínimo, seis meses nos países atendidos. É preciso ter sólida formação acadêmica, e preparo emocional para lidar com a distância geográfica em relação a entes queridos e a possíveis situações adversas no país atendido. Por isso, exige-se

experiência prévia em intercâmbios internacionais de relevância, ou seja, que comprovem que o candidato possui resiliência e poder de adaptação frente às diferenças socioculturais.

Os colaboradores, geralmente, não escolhem antecipadamente em qual país irão atuar e a duração de cada missão é, em média, de um ano. Recorrentemente, nos primeiros anos é proibido levar acompanhantes, como cônjuges, filhos ou outros parentes. Assim, mais do que jovens corajosos e animados, as equipes são constituídas por profissionais qualificados tecnicamente e preparados emocionalmente. O desempenho técnico mostrou-se um fator determinante para a contratação dos profissionais.

Praticamente todos os entrevistados relataram que o processo seletivo e a análise de currículo para o ingresso nas organizações – que, regionalmente, contempla também competências na atuação com enfermidades específicas, endêmicas no Haiti, como a cólera -, são longos e minuciosos, pois se busca a contratação dos melhores profissionais, e não apenas pessoas bem intencionadas. Segundo o *Entrevistado G*,

o trabalho humanitário não serve apenas para abraçar as pessoas, mas se trata, antes, de uma atividade séria, o que exige pessoas qualificadas e profissionais.

Por isso, conforme apresentado nos parágrafos anteriores, a formação técnica aprofundada é fundamental. Recorrentemente, as organizações humanitárias recebem o contato de pessoas interessadas em ajudar nos projetos, mas que, comumente, não possuem habilidades e conhecimento suficientes nos atendimentos em saúde, não têm domínio da língua local ou ainda carecem de estabilidade psicológica para permanecer em ambientes marcados por adversidades. Além do currículo formal exigido, é preciso ter habilidades emocionais – como flexibilidade para lidar com situações delicadas. É essencial lidar com a carga emocional do cotidiano humanitário.

Especificamente no Haiti, o perfil procurado para contratação varia entre os cargos e as organizações, mas, de forma geral, solicita-se graduação na área de envolvimento, fluência em duas línguas (inglês e francês), dois anos de experiência na área e competências técnicas adequadas aos tipos de atendimentos prestados. Geralmente, a seleção de médicos cirurgiões costuma ser mais rápida, devido à grande demanda desse perfil de profissionais. O *Entrevistado N*, médico, afirma que

uma razão significativa pela qual a mortalidade é maior em países de baixa renda é a falta de acesso a cuidados cirúrgicos essenciais e profissionais capacitados em cirurgia, recorrentemente pouco dispostos a atuar em tais regiões.

Ainda de acordo com o entrevistado, o quadro agrava-se diante das assimetrias globais, pois, atualmente, 70% da população mundial tem acesso a menos de 5% dos procedimentos cirúrgicos realizados em todo o mundo.

No caso da MSF, não se recrutam apenas médicos, contrariamente a que a expressão “*os médicos sem fronteiras*” pode erroneamente sugerir. Na verdade, trata-se de uma equipe multiprofissional, que inclui ACS, enfermeiros, nutricionistas, promotores da saúde e psicólogos. Além disso, a contratação não se limita a profissionais da saúde. Busca-se, recorrentemente, profissionais capacitados em administração, engenharia, logística e recursos humanos. As outras organizações também recrutam profissionais de diferentes áreas do saber.

Os colaboradores recebem salários e não atuam como voluntários – diferentemente do que acredita o senso comum, cuja expressividade se dá principalmente nas redes sociais, e que costuma romantizar a atuação das organizações. O salário, inicialmente baixo comparativamente à remuneração média dos cargos em outras circunstâncias, pode ser ampliado a cada missão. A remuneração de quem está na primeira missão na MSF, por exemplo, “*é de US\$ 1.000 (cerca de R\$ 3720,00⁴⁶) depositado em uma conta bancária*” (Relatório Anual MSF, 2010). Porém, o site *Love Mondays*, conhecido por executar levantamentos salariais de várias organizações, sendo os dados oferecidos pelos próprios usuários, indica que a remuneração média de um médico da MSF, após certo tempo de carreira, é R\$11.100. O valor real obtido por esses profissionais, na prática, é muito maior, uma vez que também recebem, além do salário fixo, a cobertura de todos os custos de moradia, deslocamento e de alimentação referentes ao trabalho exercido. Ademais, é válido citar que, após o processo de aprovação, o processo burocrático para a obtenção de visto e permanência local é apoiado pela Organização.

Em relação às motivações para o ingresso nas organizações, os entrevistados mostraram, de forma geral, um senso de “*missão de vida*” vinculado ao trabalho, e motivações genuínas para atuar nas organizações humanitárias. Apesar de a oportunidade de ascender profissionalmente figurar entre as respostas, o sentido pessoal do trabalho e um viés altruísta constituem-se como principais motivos para o ingresso e a permanência dos profissionais nessas organizações: “*eu faço todas essas coisas porque acredito que a maior*

⁴⁶ Câmbio atualizado em 15 de janeiro de 2019.

gratificação da vida é dar de si mesmo sem esperar nada em troca”, resume o Entrevistado K. Quando recebeu a notícia de que tinha sido contratado pela PIH, o Entrevistado K compartilhou que

sua mãe ficou feliz como se tivesse ganhado milhões de dólares (...), isso porque a PIH é muito reconhecida pela comunidade haitiana (...), para ela, era uma grande satisfação, pois a instituição oferecia o melhor cuidado do Haiti (...). Antes as pessoas estavam doentes e não havia muitos sistemas de saúde na área (...), em Cange, o atendimento iniciou paulatino, e as pessoas andavam por quilômetros para chegar às clínicas da Organização (...). A mãe, e a sua irmã gêmea, andavam por quilômetros para chegar à PIH (...), a própria mãe estava doente e ficou melhor a partir dos tratamentos da PIH.

A ideia de contribuir para um mundo melhor está presente no discurso também dos profissionais alocados nos escritórios e pouco envolvidos com as missões de campo, como é o caso do Entrevistado K que, *“mesmo sendo do RH, sente-se parte do processo de recuperação dos pacientes e salvando vidas a todo o momento”*. Há, desse modo, um senso de missão envolvido, gerador de gratificação pessoal.

Até mesmo os livros publicados sobre as organizações mostraram-se inspiradores para a contratação de profissionais, como no caso de *Beyond the Mountains* (KIDDER, 2003), que conta a história da PIH. Outro livro inspirador foi *“Usos do Haiti, Infecções e Desigualdades e Patologias do Poder”*, de Paul Farmer, que o Entrevistado O leu durante as aulas de antropologia médica na Brown University. As parcerias com Universidades, como a Harvard e a Dartmouth College, também serviram de estímulo aos colaboradores.

Ademais, a motivação mostrada pelos colaboradores da PIH parece estar em alinhada ao princípio de *“solidariedade pragmática”*, defendida por Paul Farmer, que dialoga com ideia de solidariedade descrita por FORTES (2015), por meio da qual impera

um sentimento de pertencimento à humanidade, transcendendo as fronteiras nacionais, que nos faz iguais e próximos, que nos induz à solidariedade com o distante, com aquele que não se conhece, que somente se teve notícias de seus infortúnios, por exemplo, pelos meios de comunicação global, como aconteceu nos episódios recentes ocorridos no Haiti, país mais pobre da região do Caribe.

Esse sentido de solidariedade deve ser constantemente reafirmado, pois termos polissêmicos podem ser manipulados pelas grandes empresas do capital para atender às suas próprias necessidades. O neoliberalismo incita a mercantilização da saúde, deturpando o sentido da ajuda humanitária para a supervalorização das ações individuais ou de

organizações independentes do Estado e defendendo, portanto, os seus próprios interesses a despeito das ações que remetem à coletividade. Mitiga-se, ademais, o envolvimento estatal para o estabelecimento de ações em longo prazo.

Por outro lado, o conceito de solidariedade desinteressada, consonante às ideias de Paulo Fortes e Paul Farmer, mostra-se desvinculado das motivações do grande capital, e é capaz de impactar positivamente milhares de haitianos. O *Entrevistado P*, por exemplo, por meio de sua atuação na PIH, auxiliou na fundação de programas de defesa a crianças e imigrantes haitianos, além de lutar pelo acesso a medicamentos, água potável e fortalecimento do Ministério da Saúde do Haiti (MSPP).

Nesse sentido, a ideia de solidariedade, ao menos teoricamente, mostra-se no cerne das organizações, opondo-se ao egoísmo e à intolerância, que “*tornam a raça humana a maior inimiga de si mesma*” (BIEHL & PRETYNA, 2014, p. 365). Além disso, o valor da Equidade atrela-se à solidariedade, de modo que, de acordo com *Entrevistado O*,

a ênfase do trabalho está em garantir uma opção preferencial pelos pobres no acesso aos cuidados de saúde, em promover a Equidade na Saúde Global, em olhar todos os aspectos da vida do paciente ao diagnosticar um problema e procurar soluções, motivando as pessoas a participarem da missão de forma genuína, transformando-a no ‘trabalho dos sonhos’.

Outrossim, a AD dos entrevistados mostra a transformação pessoal vivenciada pelos colaboradores a partir das experiências no Haiti que, nas palavras do *Entrevistado C*, podem ser metaforizadas como a ação de

tirar uma venda dos olhos, na qual deixamos de estar em um ‘casulo’ (...) não há como ir à missão e voltar a mesma pessoa: sempre voltamos melhor.

Logo, a maioria dos entrevistados relata uma mudança na perspectiva de vida a partir das experiências em campo, que ocorre quando “*se entende que não se precisa ter mais do que o básico*” (*Entrevistado G*). Há, assim, uma motivação altruísta, que às vezes não é sentida imediatamente, mas mostra que, no geral, os colaboradores entendem “*fazer parte de algo maior, que acarretará uma mudança para melhor*” (*Entrevistado N*). As entrevistas citaram, com recorrência, um sentimento positivo de troca, enfatizando que a ajuda se dá bilateralmente: “*vamos aos locais vulneráveis para cuidar das pessoas, mas acabamos recebendo tanto em troca, que no final nós é que somos cuidados*” (*Entrevistado C*). Também há a sensação de recompensa aos profissionais: “*transbordou recompensa da gente (...) hoje,*

a vida fez sentido” (Entrevistado G). Discorre-se sobre o sentido gerado ao se trabalhar atuando na qualidade de vida das pessoas e, segundo o Entrevistado G, “todo dia tem alguma coisa, aquela centelha, que fica na gente, que marca a gente”.

Constata-se, portanto, que os profissionais sustentam afirmações positivas sobre as organizações, ao serem perguntados sobre as suas motivações. Isso não os impede, contudo, de analisar criticamente outros aspectos organizacionais, que serão apresentados a seguir.

6.4. Estrutura física no Haiti

Um dos principais obstáculos das organizações, do ponto de vista físico, é a questão do acesso a locais remotos, uma vez que nem sempre as pessoas conseguem chegar até elas – ou, ainda, as organizações chegarem às pessoas. De modo geral, os locais mais inacessíveis são justamente aqueles onde mais se precisa de ajuda e mais se apresentam necessidades de saúde.

Ilustrativamente, na Síria, as pessoas sequer conseguiam sair para pedir ajuda (Relatório Anual MSF, 2017). Frequentemente, os civis enfrentam risco ao recorrerem à oposição ou a forças internacionais para receber assistência, desistindo de buscar ajuda, pois isso colocaria suas vidas em risco. De modo similar, no Iraque, na cidade de Mossul, mais de 700 mil pessoas, que estão nas cidades, ainda não conseguiram fugir. Montse Pubill, coordenadora da equipe médica na Espanha reforça que o maior desafio em países em guerra é a operação remota, como por controle via drones (Conferência na Fundação Calouste Gulbenkian, 2017).

Mesmo no Haiti, que não sofre de guerras civis como alguns países do Oriente Médio, o acesso pode ser amplamente comprometido em períodos de catástrofes naturais. Nessas situações, há exclusão da maioria da população na acessibilidade a cuidados de saúde, e os entrevistados reforçam que o sistema de saúde haitiano ainda possui graves problemas estruturais.

De forma padrão, MSF oferece assistência médica de emergência durante as 72 horas seguintes a um episódio de violência, bem como apoio psicológico nos meses subsequentes. Aparelhos cirúrgicos não chegam com facilidade em locais assolados por catástrofes naturais. No terremoto de 2010, por exemplo, *“em Marissant foi preciso esperar dois ou três dias para fazer uma amputação (...) as pessoas precisavam de cirurgia e nós não tínhamos como fazer isso”*, afirma Mariana Freddi, que atuou como administradora da MSF (Relatório Anual MSF, 2010). Com muito esforço, construiu-se um hospital inflável com capacidade de 100 leitos,

conhecido como Saint Louis, buscando adaptar-se à situação local. Quando há necessidade e viabilidade, são construídas instalações de saúde, permanentes ou provisórias. As clínicas móveis são uma alternativa da instituição para atingir áreas remotas.

Ademais, em situações de desastres naturais existe o risco de emergências em saúde pública, não somente às vítimas, mas também aos indivíduos que se dedicam a ajudar. Por isso, o acesso aos locais atingidos por desastres naturais mostrou-se como uma inquietação comum dos colaboradores entrevistados, pois *“nas condições de catástrofe é um dos pontos mais críticos”* (Entrevistado G). Como consequência, a logística de medicamentos, equipamentos e deslocamento dos profissionais foram as dificuldades mais citadas pelos entrevistados. Nessas circunstâncias, pode haver

“escassez de suprimentos e medicamentos adequados, além de falta de espaço para responder e expandir o escopo dos beneficiários” (Entrevistado P).

Ainda assim, entre todas as organizações humanitárias locais, o CICV, a MSF e a PIH costumam apresentar a maior habilidade logística, se comparadas a outras organizações.

Os tipos de comunicação, interna e externa, também se tornam reduzidos nos cenários de desastres naturais, como nas ocasiões do terremoto (2010) e do furacão Matthew (2016). Muitas vezes, os meios de comunicação ficam bloqueados e o clima de desespero generalizado pode atrapalhar a ordenação das ações.

Ademais, a sensação de insegurança pode surgir. Os profissionais de saúde possuem a integridade ameaçada em certos contextos nos quais as organizações atuam – há militares, por exemplo, que os obrigam a atender apenas aos aliados de guerra. O avanço da tecnologia bélica também se mostra ameaçador, pois o seu uso não discrimina se o ataque é a civis ou a outros inocentes. Para proteger esses profissionais, é importante que os Estados respeitem os sistemas jurídicos internacionais, de modo que, ao menos teoricamente, nenhum governo pode suspender o núcleo dos Direitos Humanos.

Quando as organizações não são aceitas pelos governantes, a questão da insegurança torna-se sistêmica e, portanto, mais crítica. Por vezes, os chefes locais consideram a *“ajuda humanitária como inimiga”* (Entrevistado G), considerando-a um entrave na consolidação de sua legitimidade e de sua governança. A criminalização da assistência humanitária para *“inimigos”* foi mais recentemente formalizada nas legislações antiterror (Relatório Anual MSF, 2016). Na Síria, atualmente toda operação é realizada por vias remotas, como Skype ou

telefone. Em 2015, grande parte dos esforços da MSF canalizou-se para Kunduz, no Afeganistão, mas ataques internos resultaram na morte de 14 profissionais, 24 pacientes e 04 acompanhantes (Relatório Anual MSF, 2015).

Sobre a segurança geral no Haiti, o site do Itamaraty recomenda “*alto grau de cautela*” aos viajantes ⁴⁷. Segundo os profissionais das organizações, dividiu-se o país em zonas verde, amarela e vermelha, a fim de graduar a periculosidade de cada local. O amarelo indica *certa periculosidade* e a MSF não permite que os profissionais andem pelo local à noite, e o vermelho impede movimentações no ambiente em qualquer horário ⁴⁸.

Os entrevistados citaram apenas discretamente a sensação de medo ao terem de penetrar em locais remotos no Haiti; em geral, os profissionais foram menos enfáticos nas questões relacionadas à própria segurança no país:

constantemente estamos comunicando os nossos movimentos para monitoramento da segurança (...) é verdade que, às vezes, também tem a hora de voltar para casa, como um toque de recolher (Entrevistado G).

Ainda assim, segundo o *Entrevistado J*, coordenador médico, é comum que os profissionais fiquem expostos a riscos e tenham de reduzir suas cargas horárias, a fim de evitarem roubos ou ameaças (Relatório Anual MSF, 2018).

Mesmo no Haiti, um país que não vivencia guerras, o caráter emergencial dos atendimentos recorrentemente expõe os voluntários e profissionais da saúde a riscos. Com frequência, os indivíduos não recebem orientação sobre deslocamento às áreas necessitadas, além de não terem tempo hábil para a implantação de medidas profiláticas, como o cumprimento adequado dos esquemas vacinais (MIYAJI, 2014, p. 93).

A área de Medicina de Viagem (MV) busca atuar juntamente às organizações, visando à mitigação desses problemas, reduzindo os riscos de adoecimento local e a disseminação das doenças adquiridas na volta ao país de origem. A MV, assim, colabora com ações de vigilância e na pré-viagem de colaboradores que prestarão ajuda humanitária em áreas críticas e acometidas pelos desastres naturais. Entre as principais orientações oferecidas, ressaltam-se os riscos de adoecimento por meio de água e alimentos, vetores parasitários, poluição do ar, animais peçonhentos e choques elétricos (Relatório Anual MSF, 2010).

⁴⁷ Portal Consular do Itamaraty. Disponível em: <<http://www.portalconsular.itamaraty.gov.br/seu-destino/haiti>>. Acesso em: 12 de março de 2019.

⁴⁸ Convivendo com as diferenças no Haiti. Site oficial MSF. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/diarios-de-bordo/convivendo-com-diferencas-no-haiti>>. Acesso em: 01 de abril de 2019.

No país caribenho, as vacinas e profilaxias orientadas aos viajantes foram relacionadas, principalmente, à: febre tifoide, hepatite, febre amarela, tétano, difteria, sarampo, caxumba, rubéola, poliomielite, meningite, influenza e raiva, além terem sido adotadas medidas contra a malária e diarreia (MIYAJI, 2014, p. 90). Além disso, a OMS enviou, continuamente, doses de vacina contra a cólera ao país. Em 2016, estima-se que a entidade internacional tenha enviado um milhão de doses da vacina antibacteriana⁴⁹.

Outro ponto importante de ser destacado é o contraste entre o ambiente físico no qual se alojam os profissionais e o clima de miséria do país. Apesar de, eventualmente, haver condições de trabalho precárias, nas quais faltam suprimentos básicos, em geral, os colaboradores das organizações são instalados em locais bem equipados, confortáveis e limpos, “*mesmo porque, se queremos ajudar alguém, precisamos estar bem também*” (Entrevistado G). Os colaboradores recebem bons salários, possuem seguro de saúde, acesso aos direitos trabalhistas e às várias formas de comunicação, incluindo internet.

Apesar de haver a chance de contaminação com doenças ou fatalidades relacionadas ao trabalho, de modo geral os profissionais sentem-se seguros ao “*seguir as regras de segurança e de conduta*” (Entrevistado B). Consensualmente, há, portanto, uma percepção positiva acerca das condições de instalação e segurança aos profissionais.

De forma contrastante, apesar de as instalações dos colaboradores e organizacionais serem boas, o ambiente físico do Haiti remete ao oposto do acolhimento sentido pelos profissionais. O calor é extremo, há longas estações chuvosas e o país encontra-se assolado por um sistema deficitário de saúde pública - infraestrutura precária, não gratuidade dos serviços, greves constantes e falta de material hospitalar –, e o acesso aos cuidados médicos no país é extremamente limitado. Além disso, segundo o Entrevistado J, coordenador médico, nos últimos anos houve programas de promoção e prevenção que foram suspensos, assim como instalações que ficaram inativas devido à falta de treinamento de pessoal.

As entrevistas convergem na descrição do ambiente como inóspito, o que destoia do discurso de parte da população, que enfatiza os aspectos positivos do país, especialmente as suas belezas naturais. No documentário “A Nova Fase da Imigração Haitiana”⁵⁰, grande parte dos haitianos acredita que a mídia não mostra as potencialidades do país. Nesse sentido, os

⁴⁹ Informações extraídas do site Revista Valor Econômico. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/internacional/4741811/oms-envia-doses-de-vacina-ao-haiti-para-evitar-surto-de-colera>>. Acesso em: 13 de março de 2019.

⁵⁰ Documentário da Folha de São Paulo. A Nova Fase da Imigração Haitiana. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=G5a3gtdnZWs>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

haitianos lutam para que a visão sobre o Haiti não esteja limitada aos problemas. A fala de Rodolphe, um dos protagonistas do documentário, haitiano de 40 anos que atua como pintor independente em Manaus, é simbólica quanto ao posicionamento dos haitianos. Rodolphe reforçou aos repórteres da Folha que *“a sua terra é abundante em riquezas”*, e que

não pretende mascarar os graves problemas socioeconômicos do Haiti, mas quer impedir que reduzissem o seu país a uma nação de mendigos, que não teriam nada além das necessidades básicas.

Por fim, é relevante discorrer acerca do relacionamento existente entre os profissionais. O *Entrevistado F*, promotor da saúde, mostrou-se sensibilizado com o espírito de grupo da equipe, reunindo forças e sinergia para ajudar um número significativo de haitianos.

Essa ideia remonta à relação positiva entre os profissionais, que foi predominante entre as falas dos entrevistados, os quais relataram apenas *“poucas brigas internas saudáveis, que geralmente acontecem por divergência de opiniões”* (*Entrevistado G*). No geral, as equipes estabelecem uma relação quase familiar, na qual se apoiam mutuamente, em bons e maus momentos (*Entrevistado O*), e mostram-se presentes em eventos significativos – como casamentos, funerais e formaturas. O entrevistado completa que, no cotidiano, *“cozinham juntos, aprendem idiomas em grupo, e trabalham para apoiar uns aos outros”*.

De acordo com a cirurgiã Fernanda Cerqueira, no relatório público da MSF (2016), apesar do árduo trabalho, há noites animadas, *“com violão, troca de experiências e dança”* – sendo que, no Haiti, o ritmo mais tradicional chama-se Compas, na qual se misturam salsa, merengue, lambada e zumba. Ademais, há colaboradores de diversos países, e a mescla de línguas foi entendida, pela cirurgiã, como *“uma Torre de Babel, na qual a mesma pessoa fala três línguas diferentes na mesma frase”* e, mesmo assim, as pessoas conseguem se entender perfeitamente.

Às vezes, os profissionais mais antigos voltam ao país de origem e são substituídos por outros funcionários, que chegam com novas histórias e costumes oriundos de seus próprios países. Quando os *amigos* vão embora, afirma Fernanda, *“dá uma ‘tristezazinha, mas sempre tem gente nova para animar tudo de novo”*.

6.5. Comparação entre as organizações

A presente pesquisa analisou as principais organizações humanitárias de saúde no Haiti, considerando, inclusive, as suas diferenças de atuação. Embora o objetivo inicial do

estudo não fosse comparar as organizações, a partir das entrevistas esse processo tornou-se importante, pois há pontos em que o perfil de atuação é discrepante – como o envolvimento com outros atores sociais, de modo que o princípio da neutralidade mostra-se mais presente na MSF, de frequência intermediária na PIH, e mais fragilizado no CICV, além de haver diferenças no quesito da Intersetorialidade. Entretanto, também se verificam convergências, como a missão comum de socorrer os mais necessitados, o foco em áreas de vulnerabilidade, o relacionamento amistoso com o governo haitiano e o envolvimento em questões de saneamento básico.

Além disso, as organizações estudadas possuem, em comum, três princípios essenciais: a imparcialidade, a neutralidade e a independência. A Good Humanitarian Donorship (GHD), fórum internacional vinculado à ajuda humanitária, define-os da seguinte forma:

a neutralidade pode ser definida como a prestação de assistência humanitária sem se envolver em hostilidades ou tomar partido em controvérsias de natureza política, religiosa ou ideológica; a imparcialidade, como a prestação de assistência humanitária sem discriminação entre beneficiários e orientada exclusivamente pelas necessidades, com prioridade dada aos casos de sofrimento mais urgentes; e a independência, como a prestação de assistência humanitária com base em políticas formuladas e implementadas independentemente das partes envolvidas no conflito ou partes que tenham um interesse no resultado (FEATHERSTONE et al., 2012, p. 4).

Porém, apesar de princípios teóricos mostrarem-se relativamente semelhantes, principalmente quanto à neutralidade e a independência para agir, há diferenças presentes desde a fundação de cada organização, dispostas no quadro:

Organização	MSF	PIH	CICV
Local e data de fundação	França, 1971	Estados Unidos, 1987	Suíça, 1863
Dimensão da Organização	36 mil colaboradores	13 mil colaboradores	16 mil colaboradores
Principais objetivos no Haiti	Foco no tratamento da cólera e no atendimento à saúde mental	Foco na prestação de cuidados de saúde, sendo a maior instituição não governamental atuante no Haiti	Foco na promoção do DIH e assistência de primeiros socorros em desastres naturais

Durante este estudo, evidenciou-se a necessidade de questionar a suposta intocabilidade das organizações de ajuda humanitária, investigando os pontos críticos e os possíveis desvios dos objetivos principais. Conforme exposto anteriormente, mesmo as questões de saúde estão permeadas por ideários ideológicos e econômicos, de modo que a neutralidade é intangível. Por isso, o estudo também esteve focado em desmistificar as organizações, enfatizando a tendência a se comprometerem com aspectos ideológicos não neutros, assim como a suscetibilidade a falhas.

Esta pesquisa assumiu a complexidade das organizações, assim como do contexto de globalização neoliberal no qual estão inseridas, e buscou basear-se em dados concretos e avaliações objetivas, evitando idealizações, que são corriqueiras no senso comum. Nas redes sociais, por exemplo, os usuários referem-se aos colaboradores das organizações como “*anjos enviados por Deus*”, presumindo, erroneamente, que são inteiramente voluntários e desconsiderando as imperfeições, medos e inseguranças inerentes a todos os seres humanos. Mostrou-se necessária, destarte, uma postura crítica que não romantizasse o setor, mas desvelasse as possíveis incoerências em sua estrutura e funcionamento. Trata-se de uma desmistificação em relação

às imensas expectativas que se colocou sobre o setor que, apesar de sustentar a suposta capacidade de mudar a vida das pessoas, continua sendo representado por organizações (...), que à medida que crescem em escala e complexidade, são vulneráveis a todas as limitações que afligem outras instituições burocráticas - como falta de sensibilidade, morosidade e rotinização (LESTER, 1998).

Além de falhas operacionais, como a doação de sangue contaminado à população canadense pela CICV⁵¹, em 2005, e do vínculo de decisões a motivações econômicas e políticas, os entrevistados citaram outras contradições e problemas estruturais, perceptíveis especialmente pela ótica daqueles que estão dentro das organizações, como ratificam as entrevistadas.

Primeiramente, no caso dos colaboradores, é válido citar o estresse vivido no ambiente de trabalho. Como as condições são, geralmente, caóticas devido aos cenários emergenciais, *“é preciso aprender rápido e com poucos recursos”* (Entrevistado E).

Apesar do oferecimento de treinamentos, *“a carga de trabalho no CICV é muito alta, enquanto você é obrigado a fornecer resultados e produtos de qualidade (...), e esses são fatores que tornam o trabalho estressante”* (Entrevistado E). Ademais, devido ao estresse, pode haver impacto na comunicação interna e a excessiva preocupação para *“entregar seus objetivos individuais em detrimento do objetivo geral”* (Entrevistado E), o que comprometeria a essência do trabalho em equipe e do caráter multiprofissional.

Outro sentimento descrito recorrentemente pelos profissionais entrevistados é a sensação de impotência durante o trabalho. Embora acreditem que *façam a diferença* e que contribuam para amenizar o sofrimento alheio, sentem angústia ao não conseguirem socorrer alguém, ou ainda ao presenciar problemas mais complexos e estruturais das regiões atendidas. De acordo com o Entrevistado C,

durante o trabalho, percebemos a vida real (...), os acampamentos são geralmente no meio do caminho entre a frente de batalha e a cidade (...), às vezes, podemos ouvir o som de bombas explodindo (...), e, invariavelmente, o manifesto das vítimas, suas histórias tristes, por vezes heroicas, às vezes de esperança, de entrega à fatalidade, muitas vezes de impotência.

Em termos operacionais, um dos maiores desafios, citado pelos integrantes das três organizações estudadas, é a captação de recursos financeiros capazes de sustentar os projetos: de acordo com o Entrevistado K, *“somos uma Organização sem fins lucrativos e dependemos das pessoas para doações (...), gastamos 80% do dinheiro diretamente nos programas, mas muitas vezes é difícil captar doações”*.

⁵¹ Informações disponíveis na plataforma de notícias CBC canadense. Disponível em: <https://www.cbc.ca/strombo/news/canadas-tainted-blood-scandal>>. Acesso em: 19 de março de 2019.

Outro entrevistado explica que a gestão orçamentária é planejada previamente, e aplica-se a verba *“onde se percebe a necessidade, e não o contrário”* (Entrevistado G). Garante, ademais, que há investimentos fixos em projetos regulares, independentemente do surgimento de casos emergenciais. Completa que, em casos pontuais, *“faz-se apelos específicos”* para a captação de recursos.

Por fim, outro ponto a ser discutido relaciona-se às denúncias de corrupção e aos casos de violência sexual que envolvem as organizações. Se, por um lado, há o reconhecimento por parte da população local, também é preciso assinalar que há uma grande desconfiança em relação à gestão dos recursos. No caso do Haiti, *“os doadores não confiavam no repasse dos recursos do governo aos locais, ao mesmo tempo em que o país estava em frangalhos”* (Entrevistado A). Assim, em um círculo vicioso, *“o dinheiro não vinha porque não havia governo e, concomitantemente, o governo não conseguia se reerguer por não ter dinheiro”*, completa o mesmo entrevistado.

Segundo os entrevistados, as organizações humanitárias, tal como outros atores da dinâmica mundial, não estão isentas dos casos de corrupção. Por isso, de acordo com o Entrevistado A, *“materiais que seriam enviados para o Haiti não eram enviados pelo temor do desvio de recursos”*.

No Brasil, reportagens jornalísticas denunciaram irregularidades no contrato da Cruz Vermelha com o governo do Distrito Federal⁵², o que inclui denúncias de desvios de verbas ou, ainda, corrupções no nível mundial, como, por exemplo, as atreladas ao caso do Ebola, pela mesma Organização⁵³.

Além disso, nos últimos anos, as três organizações estiveram envolvidas em escândalos sexuais. Outras organizações e entidades vivenciaram dilemas parecidos: a vice-diretora da Oxfam, Penny Lawrence, inclusive, renunciou ao cargo devido à escândalo sexual que envolve a Organização durante uma missão humanitária no terremoto de 2010. Em fevereiro de 2018, a MSF admitiu 24 casos de assédio ou abusos sexuais⁵⁴, todos ocorridos em campo e não relatados à sede. A reportagem indica que o número pode ser maior do que o

⁵² Informações extraídas do Globo News. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/jornal-globo-news/videos/v/operacao-apura-irregularidades-no-contrato-da-cruz-vermelha-com-governo-do-df/5957378/>>. Acesso em: 19 de março de 2019.

⁵³ Informações extraídas do site oficial de Transparência do Reino Unido. Disponível em: <<https://www.transparency.org.uk/corruption-and-the-ebola-crisis-the-unusual-courage-of-the-red-cross/>>. Acesso em: <19 de dezembro de 2018>.

⁵⁴ Informações extraídas do Jornal Folha de São Paulo. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/02/medicos-sem-fronteiras-admite-24-casos-de-assedio-ou-abuso-sexual.shtml>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

relatado, e que 19 pessoas foram demitidas. Funcionários da Cruz Vermelha também estiveram envolvidos em denúncias de abusos e exploração sexual ⁵⁵. Segundo as regras internas, os funcionários não estão autorizados a pagar por sexo no país em que estão atuando, mesmo caso a prostituição seja legalizada. Após exaustiva pesquisa, constatou-se que, na PIH, denúncias com o mesmo teor não foram reportadas, ao menos com grande visibilidade na mídia.

CAPÍTULO 7 - NEONEOCOLONIALISMO: TRAÇOS DE IMPERIALISMO NAS AÇÕES ORGANIZACIONAIS

Antigamente as grandes nações mandavam seus exércitos para conquistar territórios e o nome disso era colonização (...) hoje, as grandes nações mandam suas multinacionais conquistar mercados e o nome disto é globalização (SANTOS, 2000).

Como descrito por Milton Santos na epígrafe acima, a maneira de se exercer o colonialismo assumiu diversas formas no decorrer da História. No campo da ajuda humanitária, o *neoneocolonialismo* se expressa de diferentes formas, sendo a manipulação da ajuda humanitária por agentes hegemônicos uma delas.

É importante o questionamento quanto aos interesses envolvidos no fornecimento da ajuda humanitária, analisando os perigos existentes aos beneficiários da assistência. No Afeganistão, procurar ajuda médica nas organizações significa arriscar-se à retaliação da oposição por afiliar-se à *estratégia de contrainsurgência* (SLIM, 2001). Ademais, a rejeição da ajuda pode ser entendida como tática para que outros grupos obtenham legitimidade e “a criminalização da assistência humanitária para ‘inimigos’ foi mais recentemente formalizada nas legislações antiterror” (MACKINTOSH, 2011, p. 507). As organizações, nesse caso, podem ser usadas para incrementar ou negar a legitimidade de um Estado (MACKINTOSH, 2011).

O contrário também é válido: o braço norte-americano e os seus aliados europeus, por exemplo, buscam levar assistência humanitária àqueles considerados antiterror, sob a égide da solidariedade, de forma a tornar a assistência seletiva e criminalizando o apoio àqueles

⁵⁵ Informações extraídas do Globo Play. Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/6529434>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

considerados “*inimigos do Ocidente*”, ideia que, na contemporaneidade pode corresponder ao caso da Venezuela (2019), no qual o presidente Nicolás Maduro alega receber ajuda humanitária com interesses subjacentes e de caráter imperialista⁵⁶, o que poderia constituir-se em uma maneira de condicionar a ajuda humanitária às motivações das potências hegemônicas.

Assim, as organizações humanitárias permitiram que suas atividades servissem como ferramenta ou fizessem parte da política externa de governos doadores e das suas estratégias militares. A MSF, por exemplo, denunciou o exército estadunidense de “*ocultar-se por trás da saúde*”, utilizando-a como camuflagem para obter vantagens militares (MACKINTOSH, 2011).

Também é preciso discorrer sobre uma suposta superioridade cognitiva dos agentes humanitários. Com frequência, as falas dos entrevistados revelaram um tom imperialista, mesmo que de maneira indireta. A questão do imperialismo foi um aspecto central do estudo, e essa análise vincula-se ao meu Mestrado – “*O Brasil ditatorial nas páginas do New York Times*” -, realizado na Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo entre 2011 e 2013. Ainda que o imperialismo em questão seja diferente – de modo que era justificado, principalmente, como uma caça ao comunismo e, atualmente, está vinculado à defesa da lógica neoliberal, ainda que de forma mascarada - trata-se, igualmente, de falhas no exercício da alteridade, ou seja, da inabilidade em colocar-se no lugar do outro. É, principalmente um exercício de poder, pelo qual os EUA impõem a sua visão de mundo.

O Entrevistado N, por exemplo, citou como objetivo da PIH “*trazer os benefícios da ciência médica moderna para os mais necessitados e servir como um antídoto para o desespero*”. Esse discurso é alinhado a práticas assistencialistas oriundas do Norte e impostas ao Sul, partindo-se do pressuposto de que as práticas organizacionais são mais eficientes do que as vivências tradicionais da população haitiana, além de reforçar a suposta superioridade dos meios tecnológicos.

O oferecimento dos serviços e de novas ferramentas pelas organizações pode ser positivo à população, mas, ao se colocarem em uma posição de superioridade cognitiva, há o risco de se firmar atitudes organizacionais de caráter imperialista. O Entrevistado O diz sentir “*estar do lado certo da história*”, e trabalhar por Justiça e Equidade. Porém, a delimitação conceitual do que se entende por Justiça e Equidade, e o juízo de ser o “*guardião da*

⁵⁶ Ajuda humanitária e a hipocrisia do imperialismo. Revista Fórum. Disponível em: <<https://www.revistaforum.com.br/ajuda-humanitaria-a-hipocrisia-do-imperialismo/>>. Acesso em: <13 de janeiro de 2019>.

verdade”, remetem à sua própria perspectiva de vida, podendo denotar falta de empatia. O mesmo entrevistado afirmou que “*em Cange, uma geração inteira de crianças cresceu bem educada*”, o que remete à ideia de massificação das culturas em busca de uma suposta civilidade (GIDDENS, 1991). A consideração do conhecimento ocidentalizado como o único certo e possível, de modo a se invalidar tudo que não está na lógica dos países do Norte, remonta àquilo que foi discutido na obra *Epistemologias do Sul*, apresentada no início deste estudo. Além de desconsiderar outras formas de saber, o *epistemicídio* – termo utilizado por Boaventura Santos para definir a descaracterização das formas de saber que não provêm do Norte -, ratificado na fala de alguns entrevistados, não favorece a emancipação dos oprimidos (MENESES & SANTOS, 2010).

As organizações devem ter cautela, nesse sentido, para que a cooperação solidária que defendem não represente uma imposição, ainda que disfarçada, da própria interpretação de mundo e da noção particular do que seja o bem, mitigando a autonomia e o empoderamento dos sujeitos implicados nas ações (MELLO, 2008). Essa imposição vincula-se, ademais, a um viés tecnicista que não tem a intenção de promover a saúde para além do conceito de ausência de doença, mas de reproduzir a medicalização e o puro assistencialismo, remetendo a conceitos que entendem a saúde apenas pelo viés da doença.

Ademais, constata-se certo desrespeito à cultura local, ou simplesmente a desconsideração de fatores culturais nas decisões em saúde. O *Entrevistado G* afirmou que é preciso cautela ao se falar sobre “*resultados positivos promovidos pelas organizações no sentido sociocultural, pois se transmite uma ideia arrogante, como se a organização soubesse o que é melhor àquelas pessoas*”. É preciso, portanto, ter cuidado para não induzir as comunidades às visões de mundo organizacionais. Essa postura reforçaria a prática *neoneocolonialista*, que fomenta princípios imperialistas e reforça a dicotomia Norte x Sul descrita por Boaventura Santos. Depoimentos como “*principalmente porque o Haiti não é como os EUA, é um país em desenvolvimento*” (*Entrevistado K*) também corroboram os preceitos de assimetria entre as nações, ainda hoje presente nos discursos dos países hegemônicos. Nesse sentido, é importante assinalar que o advento do novo modelo de saúde – a Saúde Global – não significa a inexistência de resquícios de abordagens remotas sobre saúde, de modo que diferentes abordagens sobre saúde podem coexistir na atualidade (FORTES, 2015).

Além disso, o Haiti, de forma geral, é tratado com inferioridade pelos países ricos. Segundo o *Entrevistado F*, promotor de saúde,

no Haiti, a vida parece ser vista como menos válida do que em outros lugares (...), é como se o haitiano, acostumado às catástrofes, lidasse com o sofrimento de forma mais natural e ordinária (...) e, estando ali, você sente tanto a beleza quanto a crueldade dessa realidade.

7.1. Questão racial e o imperialismo⁵⁷

A ideia do “*branco salvador*” foi disseminada em diversos períodos da História como, por exemplo, durante a colonização das Américas e a catequização dos índios por jesuítas. Essa análise pode ser estendida - com ressalvas, devido às diferenças contextuais - às organizações de ajuda humanitária hodiernas.

Segundo os relatórios organizacionais, as equipes que atendem no Haiti são majoritariamente brancas. A equipe nacional, composta por colaboradores organizacionais locais, geralmente é composta por negros, porém é minoritária em relação ao quadro geral de profissionais.

De acordo com os entrevistados, a questão racial também é, por vezes, razão para resistência da população frente às organizações, de forma que os profissionais “*são estigmatizados, uma vez que é composta quase inteiramente por brancos*” (*Entrevistado G*). A população haitiana, predominantemente negra, recorrentemente sente que “*o branco chega, impõe o seu modelo e diz o que é certo para você, mudando tudo*” (*Entrevistado G*).

O projeto internacional denominado SAIH (Norwegian Students’ and Academics’ International Assistance Fund) criou uma campanha para combater estereótipos em ações humanitárias e de desenvolvimento global. O movimento critica as “*selfies*” – ou autorretratos – tiradas por brancos nas regiões de alta vulnerabilidade, “*como se as pessoas doentes representassem parte da paisagem*”⁵⁸. Esse posicionamento pode reforçar a preconceção de que a comunidade local é passiva ou submissa. Um vídeo, promovido pelo projeto SAIH, orienta os voluntários a controlarem seus impulsos em captar cada momento da sua viagem ou

⁵⁷ Essa questão racial é também um fator de relevância para mim, como pesquisadora, que, na posição de branca e brasileira, devo ter extrema cautela para não inferir pressupostos equivocados em relação ao recorte temático deste estudo, ou seja, a população haitiana, predominantemente negra e detentora de seus próprios costumes.

⁵⁸ Extraída de uma plataforma de apoio às minorias. Complexo do branco salvador [Internet]. Disponível em: <https://mundonegro.inf.br/complexo-do-branco-salvador-guia-pede-para-turistas-pararem-de-pagar-mico-em-fotos-na-africa/?fbclid=IwAR3K89nINNPBTDBzGUKvOmH7sFTPkjifeN_x4KIT0xXn0mJiAvdkUgu79o>. Acesso em 19 de março de 2019.

missão para compartilharem suas fotos nas redes sociais: *“uma simples selfie com uma criança africana, por exemplo, pode perpetuar a ideia de que só o Ocidente salva, cura ou interveem a favor dessas pessoas, como salvadores do planeta”*, argumenta Beathe Ogard, presidente do SAIH. A proibição das fotografias de pessoas em tratamento, inclusive, faz parte da ética médica em grande parte dos países, sendo vedada aos colaboradores contratados pelas organizações humanitárias. Contudo, o controle sobre essas práticas mostra-se ineficaz em cenários emergenciais. Aplicando-se essa ideia para o contexto haitiano, pode haver resistência, pois o branco pode colocar-se como o *“salvador”* ou o *“detentor da postura correta”*.

Ademais, não apenas quanto à questão racial, o imperialismo é uma questão delicada. Afinal, apesar de as organizações atuarem sensibilizando o mundo quanto às doenças negligenciadas e estimulando processos educativos - que incluem atividades nas áreas de nutrição, aleitamento materno, habitação e construção de ambientes de ensino - é preciso verificar se essa postura não indica um imperialismo mascarado, na qual se pressupõe que as práticas organizacionais são mais válidas do que as ações exercidas pela população local.

7.2. O princípio da neutralidade: discurso x teoria

Ainda que os princípios da neutralidade e imparcialidade estejam presentes na teoria, é importante questionar se esses discursos são possíveis na prática, uma vez que, conforme apresentado anteriormente, a neutralidade é intangível (SMITH, 2012) e é impossível a consolidação de um espaço apolítico no trabalho humanitário, fato reconhecido até mesmo dentro das organizações.

Além da intangibilidade intrínseca da neutralidade, há a preocupação em relação ao vínculo entre as organizações e grandes empresas ou agências internacionais. Questiona-se, nesse sentido, o princípio da neutralidade, pois a subordinação pode implicar reduções significativas da autonomia das ações organizacionais, tornando-as dependentes dos interesses das empresas, dos Estados ou de outras entidades mundiais.

Assim, apesar de todas as organizações buscarem a neutralidade, as entrevistas e as análises documentais indicam que o CICV é mais ligado ao Estado, às Forças Armadas e a entidades internacionais, principalmente por carregar valores do Humanitarismo Tradicionalista. A PIH é mais vinculada a empresas privadas, e a MSF a recursos oriundos de pessoas físicas. Especialmente pela origem dos recursos financeiros, entre as três

organizações, a MSF mostra-se mais comprometida com o princípio da neutralidade, ainda que não a contemple totalmente.

Cabe reforçar que, analisando-se as três organizações, o contexto da globalização neoliberal tende a dificultar ainda mais a suposta neutralidade pelas organizações. Na MSF, por exemplo, o *Entrevistado J* indica que a atual ânsia pelo alcance dos indicadores e o excesso de burocratização nas organizações podem gerar resultados distantes da humanização inerente aos princípios das entidades.

A crescente profissionalização da Organização, descrita pelo Entrevistado J, também sugere que a MSF, e as organizações como um todo,

ainda têm muito a se adaptar aos conflitos e ao modus operandi da contemporaneidade, e essa adaptação exige melhorias.

Imersa no contexto de globalização neoliberal, desestimula-se a visão centrada na comunidade e atuante em parcerias para além dos fins econômicos.

Nesse sentido, o *Entrevistado J* acredita que seria melhor investir na essência da solidariedade, que teoricamente foi a motivação inicial para a fundação das organizações, o que “*não significa trabalhar de graça, mas fazer porque se quer, aceitando os riscos, e não porque se espera algo em troca*”. Segundo o entrevistado,

o excesso de profissionalização das organizações fez com que o voluntariado e o sentido de ajuda humanitária se enfraquecessem.

Atualmente, o colaborador passa a ser tratado de fato como um empregado, conforme os preceitos do cenário neoliberal, transformando a Organização em “*uma empresa que presta serviços humanitários*”, ou ainda, uma “*indústria humanitária*”. Assim, apesar de serem bem intencionadas e reconhecidas pela população haitiana, recorrentemente, as organizações humanitárias mostram-se presas ao cenário de globalização neoliberal. Adotam, cada vez mais, métodos para mensurar eficiência, melhoria de procedimentos, criação de bancos de dados – muitas vezes, sob a lógica do mercado, o que confirma as críticas relativas à mercantilização da saúde, que se intensifica a partir de corporações internacionais privadas (VESTERGAARD, 2014).

A neutralidade das organizações é ameaçada pelo caráter ascendente da mercantilização em saúde. A ideia de “*devolver indivíduos produtivos para a sociedade*”, citada pelo *Entrevistado O*, vincula-se a políticas higienistas do século XIX, descritas nos

primeiros capítulos deste estudo. Segundo o entrevistado, a ajuda da PIH permite que, futuramente, os atendidos “*voltem à Organização como médicos formados*” ou “*membros produtivos para a sociedade*”. Evidencia-se o interesse em melhorar a saúde das pessoas para que possam ser úteis à economia: “*acreditamos que a saúde e a educação são a espinha dorsal da sociedade - sem pessoas saudáveis e bem educadas as economias não podem prosperar*” (Entrevistado O).

Além disso, segundo o Entrevistado J, a indústria humanitária configura um cenário no qual

infelizmente, recorre-se cada vez menos à Participação Social, a não ser se subcontratando (...) antes, por exemplo, quando tínhamos um posto de saúde, cederíamos materiais e a comunidade colocaria os trabalhadores sem preocupações com a remuneração, ou ainda o Ministério da Saúde cederia o pessoal de saúde (...) agora, infelizmente, tudo se resolve pagando, e perdeu-se um pouco da essência humanitária.

O conceito empresarial contraria a essência das organizações. Recorrentemente, atrelar as soluções humanitárias a questões financeiras compromete a colaboração das comunidades e, portanto, influencia “*na aceitação, na segurança e na continuidade dos projetos*” (Entrevistado J).

7.3.O princípio da neutralidade nas organizações

7.3.1.CICV e a neutralidade

A palestra *Carreira e Missões Humanitárias Internacionais*, oferecida pela Cruz Vermelha, no dia 19 de outubro de 2018, na Faculdade de Economia e Administração da USP, revelou que 88% dos recursos provêm diretamente de países doadores. Apesar de a palestrante argumentar que a Organização dirige grande parte das decisões, tal volume financeiro pode indicar outro cenário.

Ademais, as entrevistas consolidam a ideia de que o CICV é mais vinculado ao Estado e às Forças Armadas, comparativamente às outras organizações estudadas. A Organização costuma firmar laços mais fortalecidos com entidades internacionais, como a OMS, o que pode influenciar no princípio da neutralidade. Afinal, as decisões da Organização são, recorrentemente, norteadas pelos interesses dos países hegemônicos – entre os quais, os EUA, a Inglaterra, a França, a Rússia e a China -, que possuem cadeira fixa e poder de veto, ampliando as desigualdades entre as nações centrais e periféricas.

7.3.2.MSF e a neutralidade

A MSF não aceita captações oriundas de governos e reitera a base de independência nas escolhas que surgem no caminho. Não atrelando as decisões aos financiamentos governamentais, afirma focar nas necessidades das comunidades atendidas a despeito de motivações secundárias. Ademais, conforme exposto em parágrafos anteriores, a Organização enfrentou entidades gigantes da contemporaneidade, como a OMS e o Banco Mundial, em decisões sobre a saúde. A Organização acredita que, ao aceitar a intervenção dessas instituições, o objetivo central de assistência às comunidades carentes deturpa-se. Por isso, defende que

*os doadores emergentes protejam a independência dos agentes humanitários e os envolvidos na prestação direta de assistência rejeitem atuar como extensões de políticas externas governamentais*⁵⁹.

Exatamente para garantir a independência, a maior parte dos recursos captados pela MSF é proveniente de pessoas físicas, que englobam uma rede de cinco milhões de doadores em todo o mundo, segundo o site oficial da Organização.

Buscando manter a coerência com o princípio da neutralidade, a MSF rejeita patrocinadores ligados ao corporativismo, e as potenciais empresas doadoras passam por um crivo seletivo sobre a forma de trabalhar, além de responderem a questionários e investigações sobre o envolvimento com indústrias farmacêuticas, tabagistas ou vinculadas ao trabalho escravo infantil.

Outro benefício em assegurar a neutralidade é a maior rapidez nas decisões como, por exemplo, quanto ao deslocamento interno. Segundo o *Entrevistado J*,

a capacidade da MSF se deslocar é muito maior que de outras ONGs de pequeno porte ou ONGs que têm financiamentos atrelados a doações de instituições governamentais de Estados Unidos e Grã-Bretanha.

Há potência logística, incluindo aviões próprios, o que é importante mesmo em país territorialmente pequeno, como o Haiti: de helicóptero, é possível atravessar o país em cerca de 40 minutos, enquanto de carro leva-se apenas entre 8 e 10 horas (Relatório Anual MSF, 2017). O *Entrevistado F* ratifica que, “*mesmo em épocas de catástrofes, a MSF consegue se*

⁵⁹ Afirmação disponível no site oficial MSF. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/opiniaio/o-que-nao-fazer-como-manipulacao-da-ajuda-humanitaria-prejudica-eficacia-da-resposta>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

deslocar rapidamente”, ainda que em locais de difícil acesso, como o distrito de Elgani, epicentro do terremoto de 2010. Em casos de surtos de cólera, essa celeridade é crucial, pois se trata de doença de disseminação rápida.

Ademais, visando à celeridade na resposta, a MSF utiliza recursos do seu fundo de emergência, criado justamente para permitir uma reação imediata a qualquer crise inesperada. No caso do terremoto, apenas 48 horas após a tragédia, a Organização já havia atendido mais de mil pessoas. Também no segundo dia após o tremor, um avião, trazendo 25 toneladas de material de emergência, partiu do centro de logística da MSF no Panamá e aterrissou em Porto Príncipe. Além disso, na mesma data, outros sete aviões já estavam preparados para decolar. Rapidamente, profissionais se deslocaram de vários países para apoiar a equipe em solo haitiano, unindo mais de 3 mil pessoas. No total, aproximadamente 41 mil pacientes foram tratados, e cerca de 3,4 mil cirurgias foram realizadas nessa operação, a maior da história da MSF (Relatório Anual MSF, 2010).

7.3.3. PIH e a neutralidade

Das três organizações estudadas, a PIH é mais abertamente vinculada ao contexto neoliberal, fixando parcerias com grandes corporações e instituições financeiras. A PIH, embora defina a si mesmo como neutra, pode ter sua autonomia enfraquecida pelos interesses dos patrocinadores, que são doadores fixos – entre os quais, enquadram-se *Pfizer*, *McDonalds*, *Bill Gates and Melinda Gates Foundation* e outras corporações gigantes⁶⁰.

Um exemplo ilustrativo desse vínculo mercadológico é o caso do ex-presidente do Banco Mundial que, em janeiro de 2019, renunciou à presidência, a qual comandava desde 2012, e voltou às atividades na PIH, organização que ajudou a fundar⁶¹. A captação de financiamentos oriundos de grandes corporações desperta interesse, em termos econômicos, por garantir às organizações maior mobilização de recursos em um menor espaço de tempo, mas pode significar alto grau de dependência de agentes externos, tal como interferência desmedida em decisões de média e grande escala.

Além dos doadores privados, a PIH também busca edificar um bom relacionamento com os governos e com a OMS, fato apresentado na fala do *Entrevistado L*:

⁶⁰ O levantamento dos parceiros foi realizado pelo site oficial da Organização. Disponível em: <<https://www.pih.org/partnerships>>. Acesso em: <14 de março de 2019>.

⁶¹ Informações extraídas da Revista Istoé. Disponível em: <<https://istoe.com.br/presidente-do-banco-mundial-renuncia-de-maneira-inesperada/>>. Acesso em: 13 de março de 2019.

a PIH acredita firmemente no apoio ao setor público, por isso, tentamos especificamente que os doadores bilaterais aloquem mais ajuda aos governos. Como Gerente de Pesquisa e Programa, conduzi projetos como rastreamento de doadores: para alívio da cólera no Haiti e esforços de recuperação do Ebola na África Ocidental; a implantação de transferências diretas de renda na Somália e outras emergências humanitárias, como um meio de aumentar a segurança alimentar e criar uma distribuição mais equitativa dos recursos; pesquisas quanto à eficácia dos agentes comunitários de saúde na melhoria dos resultados de saúde em ambientes pobres; ou ainda, a exploração da relação entre o investimento em sistemas locais e o progresso para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Entrevistado L).

Por ser um representante internacional, que faz a ponte entre as entidades humanitárias e a ONU, o discurso do *Entrevistado L*, considerando-se o contexto, parece revelar preocupação em relação a questões de longo prazo, uma vez que a OMS, ao menos teoricamente, tem a função de promover a saúde globalmente, prezando pela perenidade das ações.

Portanto, entre as organizações, a PIH é mais ligada à iniciativa privada. O vínculo com o grande capital, como mostra o capítulo sobre mercantilização em saúde, apesar de oferecer recursos financeiros, pode limitar ações que, de fato, combatam a desigualdade entre as nações. Por outro lado, é importante ressaltar as críticas que os entrevistados fizeram à OMS. De modo geral, os entrevistados identificaram um duplo papel da OMS, que

*pode autorizar uma guerra mandando forças armadas próprias e, concomitantemente, enviar agências humanitárias que ofereçam ajuda e proteção às vítimas da guerra que ela mesma produz*⁶².

Crítica-se que haja a destruição prévia de um país para, em seguida, reconstruí-lo. Segundo Boaventura Santos, há um caráter sacrificial nesse movimento: produzem a guerra, para tornar possível a paz (MELO, 2010).

Além da contradição moral, há contrassensos políticos e desrespeito a leis de guerra internacionais. Os entrevistados ratificam que a relação das organizações com a OMS é conturbada. Segundo o *Entrevistado A*, algumas organizações não aceitam a intervenção da OMS “*porque a missão humanitária não pode se envolver com questões políticas*”. Além disso, o entrevistado ilustrou a crítica das organizações à ONU, a partir da metáfora de um

⁶² Por que médicos estão acusando a ONU de politizar a ajuda humanitária. Informações extraídas do Nexo Jornal [Internet]. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/05/23/Por-que-m%C3%A9dicos-est%C3%A3o-acusando-a-ONU-de-politizar-a-ajuda-humanit%C3%A1ria>>. Acesso em: 19 de março de 2019.

soldado que passa “*em um dia dando tiro e, no outro, comida*”. Para o jornalista, a ideia de imposição da paz, como a que ocorreu no Haiti, é contraditória em si mesma, uma vez que a tropa da ONU frequentemente é vista como violadora do conceito de paz.

Ademais, a OMS também está vinculada a manobras financeiras típicas da globalização neoliberal. Há exemplos concretos sobre a influência dos países hegemônicos na saúde mundial e no quanto as suas ações podem questionar a neutralidade das organizações humanitárias atreladas à ONU. A França e os Estados Unidos, por exemplo, diminuíram os recursos alocados para os fundos de saúde global, dificultando o cumprimento da meta estabelecida na Declaração de Doha sobre o Financiamento para o Desenvolvimento, quando houve o compromisso do aporte de 0,7% dos respectivos PIBs dos mais ricos aos mais pobres até 2015 (BUSS & FERREIRA, 2010).

No Haiti, os Médicos Sem Fronteiras consideram que a reação da OMS ao terremoto de 2010 foi lenta. Stefano Zannini, chefe da missão no período, defendeu em relatório público (Relatório Anual MSF, 2011) que “*não era hora de se reunir, nem de falar, e sim de agir*”⁶³. Ademais, no caso do terremoto, “*menos de 10% da ajuda oriunda da OMS destinou-se a instituições, empresas ou ONGs do setor público haitiano*” (Entrevistado G). Assim, no período, a MSF esteve praticamente sozinha junto ao Ministério de Saúde haitiano (Relatório Anual MSF, 2016).

Ademais, além da morosidade responsiva, em termos ideológicos, a principal contradição da OMS refere-se à oposição existente entre a lógica neoliberal, à qual é submissa, e o seu papel como guia nas políticas de saúde que, supostamente, deveria garanti-la como um direito social (CHOREV, 2012).

A OMS promove a mercantilização da saúde, por exemplo, ao colocar o Banco Mundial em posição hegemônica, o que fortifica a ideia de saúde como mercadoria e resume os seus avanços aos aportes tecnológicos. As empresas transnacionais, como as gigantes empresas farmacêuticas, passaram a desempenhar um papel crucial e, frequentemente, perverso na formulação de políticas de saúde (NOGUEIRA & PIRES, 2004).

A crise da OMS também está vinculada a doações e a financiamentos. Como grande parte das ações realizadas pela entidade são para atender a demandas de doadores (via

⁶³ Médicos sem Fronteiras critica ajuda lenta no Haiti. Informações extraídas do Globo.com [Internet]. Disponível em: <<http://www.g1.globo.com/mundo/noticia/2010/11/medicos-sem-fronteiras-critica-ajuda-lenta-no-haiti.html>>. Acesso em: 01 de set. 2018.

“*earmarked*”, cujo financiamento é para determinada finalidade ou projeto), há uma tendência a

distorcer as prioridades programáticas definidas pelos Estados-membros (...) além de dar margem a conflitos de interesses que possam advir, por exemplo, de doações da indústria farmacêutica e outras entidades privadas (BUSS, 2007, p. 1484).

As contribuições, tanto de Estados-membros quanto de fundações filantrópicas e do setor privado, visam ao financiamento de iniciativas e acabam por mitigar a neutralidade pretendida pela Organização. Principalmente sob essa justificativa, o MSF retirou-se da Cúpula Mundial Humanitária de 2015⁶⁴, acreditando que as conveniências dos países participantes não responderiam às fragilidades da ação humanitária, especialmente nas áreas mais vulneráveis, como é o caso do Haiti.

Ademais, a Cúpula negou-se a reforçar as obrigações dos Estados, que apoiariam a implantação das leis humanitárias. Nesse sentido, a MSF entende que há violações alarmantes do DIH, e que a OMS não avança em questões vitais, alertando que “*a Cúpula se tornou uma cortina de fumaça de boas intenções, permitindo violações sistemáticas, principalmente por parte dos Estados*”⁶⁵. Ainda que os dirigentes da Cúpula afirmem procurar “*fazer ajuda humanitária de modo diferente*”, o MSF entende que pouco foi realizado quanto a questões mais sensíveis da atualidade e que as respostas às crises foram insuficientes em casos diversos:

houve falhas para responder às necessidades massivas causadas pela violência contínua contra pacientes e profissionais médicos na Síria, Iêmen e Sudão do Sul; pelos civis que estão tentando fugir e são bloqueados nas fronteiras da Jordânia, Turquia e Macedônia; pelo tratamento desumano de refugiados e imigrantes tentando desesperadamente encontrar segurança na Grécia e Austrália; pelas falhas graves que enfrentamos durante a resposta à epidemia de Ebola, repetidas novamente, embora em menor escala, na atual epidemia de febre amarela em Angola; e pelas graves restrições por

⁶⁴ Informação extraída da página oficial das Nações Unidas. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/?post_type=post&s=C%C3%BApula+Mundial+Humanit%C3%A1ria>. Acesso em: <01 de abril de 2019>.

⁶⁵ MSF não participará da Cúpula Mundial Humanitária. Site oficial MSF. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/msf-nao-participara-da-cupula-mundial-humanitaria>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

*parte de alguns Estados em responder a surtos recorrentes de doenças na República Democrática do Congo*⁶⁶.

A inoperância das instituições frente às crises humanitárias também contribuiu para que o MSF “*virasse as costas a dezenas de milhões em fundos europeus*”⁶⁷. A recusa foi realizada principalmente como protesto contra o acordo de contenção de refugiados e imigrantes, assinado com a Turquia, em 2016. Ademais, com o boicote, o MSF protestou contra os bombardeios a hospitais humanitários, que desrespeitam as leis de guerra.

Devido às vulnerabilidades descritas acima, no atual contexto da Saúde Global, outros atores, inclusive os agentes humanitários, parecem ter alcançado prestígio que ultrapassa a influência da OMS, que tem se mostrado “*disposta a renunciar a uma parte de sua liderança nas iniciativas de saúde pública, tanto no plano nacional como no global*” (CUETO, 2013, p. 51).

7.4. Humanitarismo Tradicionalista x Novo Humanitarismo

Ao se discorrer sobre as questões de *neoneocolonialismo*, que estimulam debates sobre a perenidade dos projetos, é importante dissertar sobre a mudança de perspectiva em relação à ideia de Humanitarismo: do Tradicionalista para o Novo.

A transição não ocorreu apenas por motivos altruístas, mas também operacionais. É preciso considerar, por exemplo, que os soldados assolados pela dor já não representavam mais qualquer ameaça. A fundação da Cruz Vermelha, a partir de Dunant, foi, entre outras razões, motivada por esse pensamento e, apesar das limitações, entendida mundialmente como uma modificação na estrutura normativa do sistema em assuntos de guerra (FINNEMORE, 1996).

A partir de então, novas normas foram estabelecidas, de modo a se constituir as denominadas Convenções de Genebra, que estavam focadas, inicialmente, na cura de soldados feridos e doentes. De modo geral, o discurso humanitário começou a considerar os indivíduos para além de suas relações com os governos e as entidades soberanas: passaram a

⁶⁶ MSF não participará da Cúpula Mundial Humanitária. Site oficial MSF. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/msf-nao-participara-da-cupula-mundial-humanitaria>>. Acesso em: <12 de março de 2019>.

⁶⁷ Abordagem nociva de Estados da União Europeia em relação à migração coloca o direito ao asilo em perigo em todo o mundo. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/abordagem-nociva-de-estados-da-uniao-europeia-em-relacao-migracao-coloca-o-direito-ao-asilo>>. Acesso em: 01 de abril de 2019.

ser vistos como “*cidadãos do mundo*”, que possuem direitos por compartilharem a característica da ‘humanidade’ (FINNEMORE, 1996, p. 71).

Consolidou-se, com isso, a tríade de princípios do espaço humanitário: a neutralidade, a humanidade e a imparcialidade, que permeiam o ideário das três organizações. Porém, apesar da mudança no campo da guerra ser evidente, o aspecto social tornou-se mais complexo, envolvendo outros fatores que poderiam interferir na tríade. Houve a estruturação de novas formas de poder, que se manifestam principalmente pela política e pelo mercado, avesso à tríade de princípios supracitada.

Verificou-se, portanto, uma rearticulação da categoria do Humanitarismo, que abriu campos de disputa. Enquanto o Humanitarismo Tradicionalista, prevalente antes da Guerra Fria, priorizava o caráter emergencial e apolítico da ação humanitária, o Novo Humanitarismo, que surgiu principalmente a partir da década 1990, engloba a politização da ação humanitária, valorizando as consequências de longo prazo, os Direitos Humanos e a Promoção da Saúde. A nova vertente atribui aos assistidos uma noção de humanidade que transcende o limite dos Estados e o caráter puramente emergencial, que dominava nos contextos de guerra.

Destarte, o meio humanitário passa por um choque de princípios, além de vincular-se a jogos de poder. O Novo Humanitarismo, por outro lado, defende que os agentes estejam engajados aos Direitos Humanos e nos resultados em longo prazo (CHANDLER, 2001). Acredita-se, pela lógica oposta, que a atuação em curto prazo encontra-se afastada dos Direitos Humanos e da Promoção da Saúde.

Os Direitos Humanos foram estabelecidos a partir de diversos instrumentos que atuam no nível internacional, entre os quais, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, de 1966. A Promoção da Saúde, nesse sentido, vincula-se aos Direitos Humanos ao denunciar a omissão das políticas públicas em relação à saúde, na medida em que o acesso universal deveria ser garantido. Além disso, os princípios da Promoção da Saúde atrelam-se à Declaração Universal dos Direitos do Homem, a fim de promover tanto a melhoria da qualidade da saúde pública quanto a sensibilidade das instituições sobre os Direitos Humanos (JÚNIOR & AYRES, 2003).

CAPÍTULO 8 – A APLICABILIDADE DOS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde busca uma visão emancipatória em saúde, pela qual há um cuidado holístico com os indivíduos. Segundo o *Entrevistado O*,

se um paciente está doente, não temos apenas um médico avaliando-o - temos um assistente social em sua casa para realizar visitas domiciliares, para garantir que suas necessidades sociais (como moradia, alimentação e conexões sociais) existam.

Complementando essa ideia, o entrevistado acredita que

um paciente não pode ser curado da tuberculose apenas com remédio: se não tiver alimentação adequada, uma cama seca para dormir e vontade de viver, eles não ficarão melhores.

Seguindo o exemplo das falas acima, constatou-se que, em sua maioria, os entrevistados parecem concordar que os cuidados em saúde ultrapassam o viés biológico, envolvendo também determinantes sociais. Ademais, as três organizações definem como missão central salvar vidas e ajudar pessoas que sofrem com desastres, sejam naturais ou antrópicos.

Aprofundando-se nas ideias de “*cuidados holísticos*” e “*salvar vidas*”, o estudo buscou verificar se há transformação social em longo prazo ou apenas ações pontuais de ajuda humanitária. Analisou-se, portanto, se as organizações de ajuda humanitária criam terrenos férteis para reformas estruturais na comunidade haitiana.

Para isso, perguntou-se aos entrevistados como eles percebiam as ações em longo prazo por parte da organização para qual trabalhavam, e se havia o estímulo à autonomia das comunidades. A pergunta realizada, *ipsis litteris*, foi:

“a organização para a qual você trabalha desenvolve ações em longo prazo ou apenas atua em situações pontuais e emergenciais no Haiti”?

Primeiramente, é preciso reforçar que há pequenas discrepâncias entre as respostas quanto ao longo prazo ao se considerar os discursos entre pessoas de organizações diferentes ou até mesmo entre diferentes cargos de uma mesma organização. Essas diferenças

discursivas referem-se às falas dos promotores de saúde e dos ACS, por exemplo, que se contrapõem aos discursos dos médicos e de gestores organizacionais. Mas, de modo geral, foi possível dividir as falas a partir de categorias, descritas nos parágrafos a seguir.

8.1. O emergencial sobrepondo-se à Sustentabilidade

Considerando-se as práticas das três organizações – que foram analisadas a partir dos mapeamentos de dados documentais e da realização de entrevistas com colaboradores –, constata-se que, embora haja eventuais intencionalidades de promover projetos em longo prazo, no geral, as instituições mostram-se excessivamente operantes em cenários emergenciais e, portanto, em ações pontuais e de curto prazo.

Na visão do *Entrevistado G*, da MSF, ainda se age predominantemente na emergência, apesar de haver um esforço para a aplicabilidade dos princípios da Promoção da Saúde, entre os quais, a Sustentabilidade, e do engajamento humanitário, que consiste em ações de âmbito financeiro, institucional e/ou político. Outros depoimentos dos entrevistados corroboram essa ideia a partir de frases que negam o predomínio das ações em longo prazo:

- *As organizações ainda estão bastante focadas nos cenários emergenciais (Entrevistado A);*
- *A CICV só dá os itens básicos, comida, abrigo provisório, construção de abrigo no terreno, água potável, mas as coisas que oferecem são básicas (Entrevistado D);*
- *A gestão do longo prazo é complexa em organizações de grande porte e com recursos limitados (...) assim, há uma preocupação constante com a captação e distribuição de recursos financeiros e materiais no atendimento a cenários emergenciais (Entrevistado D);*
- *Não somos uma Organização desenvolvimentista, mas humanitária, de emergência. Se acaba melhorando a vida?! Acaba. Pessoalmente, eu gostaria de atuar em uma Organização desenvolvimentista. Mas, aqui, nós realmente fazemos coisas pontuais, ou seja, colocamos um bandaid (Entrevistado F);*
- *Não somos, na essência, uma Organização desenvolvimentista, que pensa todas as ações para uma mudança estrutural profunda (Entrevistado F).*
- *Em situações emergenciais, como após o terremoto, a execução das tarefas foi muito mais desafiadora que em uma missão típica não emergencial, visto a drástica velocidade e dinâmica do projeto; a equipe vinha de todo o país e gerenciamos várias intervenções simultaneamente (Entrevistado H);*
- *Focamos nos problemas médicos urgentes das populações mais vulneráveis entre as vulneráveis. Costumo dar um exemplo de que somos como a ambulância em um sistema de saúde: não procuramos resolver as causas que levaram à doença da pessoa, mas fornecer assistência médica de qualidade (Entrevistado J);*

- *O objetivo principal é o atendimento médico de urgência - seja uma gripe, um parto ou uma ferida de guerra, que se não forem tratados, colocam em jogo a dignidade, a saúde, e até a vida dessa pessoa (Entrevistado J);*
- *A Organização é de emergência, imparcial e neutra, portanto, não é seu objetivo influenciar a sociedade (Entrevistado J);*
- *Nossas ações são mais de caráter emergencial, mas a construção de hospitais poderia ser citada como um exemplo de ação em longo prazo (Entrevistado K).*

As falas acima exprimem ideias importantes, entre as quais: o discurso do *Entrevistado D*, colaborador que também já esteve no papel de atendido pelas organizações, revela a escassez quanto a atuações em longo prazo pela CICV, que se mostra voltada a ações paliativas, como a distribuição pontual de roupas e alimentos. O termo “*básico*” indica que a Organização, comumente, não vai além do necessário para a sobrevivência, restringindo-se aos itens de primeira necessidade e não avançando para mudanças estruturais. O *Entrevistado F*, por sua vez, revela abertamente que o desenvolvimento em longo prazo não é intenção organizacional. O *Entrevistado J* corrobora a ideia da não prioridade de ações em longo prazo, mas pontuais, ressaltando o caráter emergencial a partir da metáfora do papel da ambulância em um sistema de saúde.

O *Entrevistado K* mostrou-se desconfortável quando questionado sobre o longo prazo, e não quis responder imediatamente. Solicitou para conversar com outras pessoas e depois voltarmos a conversar, alegando ter receio de fornecer alguma informação incorreta. No dia seguinte, retornei a ligação e o entrevistado explicou que as ações da PIH⁶⁸ eram de caráter mais emergencial, e que também havia a construção de hospitais, as quais não representavam, necessariamente, ações em longo prazo. Esse posicionamento titubeante mostra a importância da análise do contexto que permeia os discursos, como argumenta a autora Koch, especialista em AD.

As falas evidenciam, por conseguinte, que os cuidados são predominantemente paliativos, distanciando-se do princípio da Sustentabilidade defendido pela Promoção da

⁶⁸ Cabe assinalar que, na PIH, as ações de longo prazo são denominadas “*acompanhamento*”, que, segundo Paul Farmer, fundador da Organização, “*é um termo elástico, que tem um significado básico e cotidiano: acompanhar alguém é ir a algum lugar com ele, estar presente em uma jornada com começo e fim (...), o acompanhante diz: eu irei com você e te apoiarei em sua jornada onde quer que ela leve; compartilharei seu destino por um tempo (...), e, por ‘um tempo’, não quero dizer um pouco (...), o acompanhamento é sobre ficar com uma tarefa até que seja considerada concluída, não pelo acompanhante, mas pela pessoa que está sendo acompanhada*”. Informações disponíveis no site oficial da Organização. Disponível em: <<https://www.pih.org>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Saúde. Confirma-se essa ideia a partir da frase do *Entrevistado F*, que se refere ao espectro momentâneo das ações, classificando-as como um “bandaid”, ou seja, um estancamento pontual dos problemas, que não age nas causas das vicissitudes encontradas no sistema de saúde haitiano.

Outros entrevistados tentaram apresentar ações em longo prazo das organizações, mas apresentaram falas genéricas e dotadas de incertezas:

- *Apesar de agir em emergências e de não ser uma Organização desenvolvimentista, o CICV pode atuar por anos em determinados contextos por causa das dificuldades humanitárias vividas pela população civil nestes locais (Entrevistado B);*
- *Acredito que sim, mas não tenho muita vivência de projetos longos (Entrevistado C);*
- *Sim e não: há e não há ações em longo prazo (...) a MSF não tem, por padrão, um mandato de longo prazo, mas começamos a nos envolver mais em algumas comunidades, principalmente através de promotores de saúde e funcionários do Ministério da Saúde (Entrevistado I).*

Apesar de sinalizar um aspecto positivo, a fala do *Entrevistado B* apresenta um tom genérico, que não exemplifica as ações feitas no longo prazo. Afinal, mesmo que, de fato, a Organização atue por anos em um local não significa, exatamente, que ofereça autonomia às comunidades. A outra fala, do *Entrevistado C*, também denota incerteza sobre a prática de ações em longo prazo.

No discurso do *Entrevistado I*, por sua vez, analisando-se a textualidade, há uma titubeação na resposta (como o paralelismo entre “sim” e “não”), que pode indicar dúvidas quanto à perenidade das ações.

Houve outros depoimentos que revelam contradições a partir de expressões adversativas, como na fala do *Entrevistado J*:

A MSF não procura resolver os problemas subjacentes que levaram à doença da pessoa agora, mas fornecer assistência médica de qualidade neste momento específico.

Na AD, a presença de conectivos não deve passar despercebida, pois pode revelar informações significativas. A expressão adversativa “no entanto” do *Entrevistado E*, por exemplo, revela um contraponto àquilo que foi dito anteriormente. Nesse sentido, constata-se contradição em relação ao texto inicial, convergindo para a falta de ações em longo prazo.

Ademais, os recursos coesivos, como o “*mas*” do *Entrevistado F*, novamente apontam para uma incoerência em relação ao que é dito inicialmente. Além disso, o verbo “*acabar*” mostra que, ainda que algumas mudanças aconteçam, geralmente não fazem parte do escopo estratégico atual da Organização. Igualmente, o conectivo “*mas*” está presente no discurso do *Entrevistado J*.

O conectivo “*porém*” do *Entrevistado I* é outro exemplo das tentativas dos entrevistados buscarem alternativas em relação ao longo prazo, embora evidencie que essa não é uma preocupação central.

Além dos conectivos, é preciso considerar, também, o hiato existente entre a teoria e a prática para a questão do longo prazo. O discurso abaixo ilustra alguns empecilhos práticos na implantação de projetos perenes:

A CICV desenvolveu um planejamento contínuo de longo prazo: a estratégia 2020, guiada pela National Society's Action. Esse é um plano de 10 anos em quatro áreas: promoção dos Princípios Fundamentais do Movimento e valores humanitários; resposta a desastres; preparação para desastres; e saúde e cuidado na comunidade. No entanto, como muitas outras organizações, enfrenta a falta de financiamento, o que geralmente é um obstáculo à ação de longo prazo (Entrevistado E).

O depoimento do *Entrevistado E* traz uma visão objetiva sobre as ações em longo prazo, citando metas e procedimentos específicos. Porém, o discurso revela que o plano ainda não é colocado em prática devido à ausência de recursos.

Ademais, as catástrofes naturais exigem velocidade e inviabilizam ações estruturais. O Relatório Anual MSF (2017) indica que, ao chegarem a regiões remotas do Haiti, após o furacão Matthew, “*a primeira impressão superou o pior cenário que havia imaginado (...) as pessoas estavam passando fome e tinham carência do básico*” (Relatório Anual MSF, 2017, p.07). A MSF distribuiu materiais de reconstrução, kits de higiene e pastilhas para purificação de água contaminada, mas não foi possível pensar em ações em longo prazo.

Assim, é esperado que, em contextos de catástrofes, a execução de tarefas consideradas simples seja muito mais desafiadora em relação a uma missão típica não emergencial. O caráter urgente das situações pode condicionar os atores que participam do processo, deslocando as mudanças de cunho estrutural para um patamar secundário. Segundo o *Entrevistado H*,

Este é um dilema em várias partes do mundo onde atuamos. O DNA da MSF é a emergência, o paliativo. Foi assim desde o começo, e ainda é

seu talento natural. Mas, nos últimos 10 ou 15 anos, a MSF vem investindo cada vez mais em projetos de longo prazo, sem necessariamente representar a intervenção a crises agudas. São os casos dos projetos de HIV e de populações excluídas de cuidados médicos. De qualquer forma, a MSF ainda tem muito a aprender e a desenvolver no que se trata da transferência de tecnologia e conhecimento em longo prazo. O que deixamos para trás, normalmente, são profissionais treinados e equipamentos, mas são heranças temporárias que não garantem a Sustentabilidade em longo prazo para a população ou para os órgãos de saúde. É inicial essa preocupação da MSF com o longo prazo, mas estamos buscando o alinhamento com os princípios da Promoção da Saúde.

Observa-se, portanto, que, a despeito de os entrevistados concordarem quanto à importância da perenidade das ações organizacionais, assumem que ainda há obstáculos para a implantação de mudanças estruturais, mesmo que “*lutem diariamente pelas ações de longo prazo*” (Entrevistado G).

Apesar das contradições, ao discorrerem sobre os planos em longo prazo, no depoimento dos entrevistados foram citadas ações algumas pontuais, que podem indicar certo vínculo das organizações com o longo prazo. Os projetos mais recorrentemente citados, em ordem decrescente, foram: saneamento básico, construção de hospitais, oferecimento de emprego aos locais, ações educativas (combate à violência sexual e a busca pela igualdade de gênero, treinamento e capacitação de profissionais locais, comunicação e sensibilização mundial para áreas vulneráveis do mundo e doenças negligenciadas, resistência a patentes e à mercantilização da saúde, militância em prol à democratização do acesso a medicamentos e vacinas em regiões carentes), transferência de conhecimentos (tecnologias e investimento em P&D), construção de abrigos e edificação de escolas e outras ações interdisciplinares (referentes à DIH, à saúde mental e à nutrição).

Assim, mesmo que a maioria dos entrevistados tenha afirmado que o perfil das organizações não é desenvolvimentista, mas de alívio humanitário, muitos citaram projetos específicos, que podem representar a perenidade das ações, como mostram os depoimentos a seguir:

Existe a abertura para o longo prazo. Não é a prioridade de a MSF agir fora da ação do projeto, mas existe. É um problema eterno entender que as ações são mais emergenciais, e não 'projetos de desenvolvimento'. Porém, isso não significa que não trabalhem sob esse prisma. Afinal, as situações são muito precárias e, em alguns casos, como relacionados à AIDS, os projetos podem durar entre 10 e 15 anos e, então, a gente fica por mais tempo. E aí, projetos se potencializam, expatriados vêm trabalhar, etc. É muito diferente você fazer um projeto emergencial ou um projeto de AIDS e de violência sexual, por exemplo. É diferente, pois você está atuando ou com uma doença crônica ou com uma mudança estrutural profunda. São projetos que ficam por anos. Há sempre uma tentativa de entrega entre a MSF e os Ministérios. As questões são debatidas de forma cada vez mais séria, pois sabemos que respostas rápidas exigem que se trabalhe de outra forma. O ideal é que o resultado se perenize e se integrem à comunidade, mas sabemos que o Ministério tem muita dificuldade em fazer isso. É uma questão transversal e há reconhecimento quanto a ela. São necessárias diplomacia e comunicação, tratando-se de uma espécie de 'participação social institucionalizada' (Entrevistado G).

Alguns exemplos de trabalho em longo prazo são a criação de soluções em termos de acesso a medicamentos por meio de pesquisa e desenvolvimento não comerciais (Entrevistado J).

O discurso do *Entrevistado G* é direto e carregado de informatividade, conceito de ANTUNES (2005), que revela a capacidade de partilhar novas informações. É possível fazer inferências em relação ao acompanhamento de doenças crônicas e de projetos que se estendem por anos e que, portanto, têm o potencial de realizar mudanças profundas. Também reforça a tentativa organizacional de interagir com os Ministérios, o que nem sempre acontece.

Apesar de as três organizações estarem mais ligadas a questões de saúde propriamente ditas, em relação a ações intersetoriais, a questão relativa ao saneamento básico foi recorrente nas falas dos entrevistados, além de ser uma das atividades que mais se aproximam nas transformações no médio e longo prazo. O *Entrevistado F* indicou que, na MSF,

surgiram pontos de água reconstruídos em algumas aldeias do Departamento Sul, onde a Organização treinou e responsabilizou a comunidade por toda a manutenção.

O *Entrevistado A* alegou, também nesse sentido, que

a Organização é muito estrita em termos de comunicação e não daria as informações que eu precisaria. Mas, quando trabalhei na CICV, sabia que a água e o saneamento básico eram questões importantes no país, e que a CICV pregava perenidade nas ações, para que as mudanças fossem feitas de forma estrutural (Entrevistado A).

As intervenções em saneamento são especialmente importantes no combate à cólera, doença bacteriana que se prolifera na água não tratada, é endêmica e um dos principais problemas de saúde pública no Haiti.

Ademais, a fala do *Entrevistado M* ilustra a necessidade de um sistema adequado de água e saneamento no país, inspirando-se no tratamento de outros locais do mundo:

Londres, Paris e Nova York costumavam ter surtos regulares de cólera séculos atrás (...) agora, a ideia da cólera atingindo Nova York parece absurda, pois NYC e todos os países desenvolvidos têm sistemas municipais de água e saneamento, construídos ao longo de décadas (...) é difícil imaginar como impedir que a cólera se espalhasse sem um sistema adequado de água e saneamento.

No Haiti, porém, o desafio continua sendo grande, uma vez que, conforme explicitado na afirmação de *Entrevistado M*, a erradicação da cólera não será completa até que o país tenha a capacidade de garantir, de forma autossuficiente, o acesso à água potável à população, além de tratar as águas residuais de maneira sistêmica.

Ademais, apesar de a questão do saneamento básico e do acesso à água tratada serem comuns e envolverem, ainda que operacionalmente, a Participação Social, estão mais direcionadas à prevenção de doenças do que à Promoção da Saúde, ou seja, revelam uma atitude menos focada em um cenário de desenvolvimento da qualidade de vida das pessoas por meio de suas próprias decisões. Por isso, também o aspecto do saneamento básico necessita de um maior grau de estruturação para a geração de mudanças em longo prazo.

Também no sentido de ações pontuais, mostrou-se comum, entre as falas dos entrevistados, o discurso de que a contratação da população local, ainda que temporária, é uma das ações que se liga diretamente ao longo prazo.

O *Entrevistado D*, que foi assistido pela Cruz Vermelha e também empregado do CICV haitiano, explicou que as delegações selecionam voluntários locais para atuar nas emergências e que, futuramente, podem ser contratados. A oportunidade de emprego tem potencial para significar uma mudança estrutural em longo prazo, principalmente em um país onde a taxa de desemprego supera 50%⁶⁹, pois

são contratados localmente e recebem treinamento diferente que os capacita (...) além disso, facilita-se o contato com outras ONGs e instituições para a resolução de problemas correlatos” (Entrevistado J).

⁶⁹ Reportagem Fiocruz. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/content/sistema-de-sa%C3%BAde-do-haiti-%C3%A9-tema-de-palestra>. Acesso em: 18 de março de 2019.

Isso possibilita a obtenção de novos saberes, que podem ser aplicados posteriormente pelos trabalhadores, em outros contextos.

Mais uma ação pontual que pode se perpetuar no longo prazo “*é a abertura de hospitais locais*” (Entrevistada K). Além dos hospitais, postos de saúde e clínicas móveis foram construídos, especialmente em períodos de desastres naturais, como o terremoto de 2010. Os centros de saúde instalados

funcionaram como referência no tratamento de queimados, além de oferecerem outros serviços de saúde como pronto socorro, ambulatório, fisioterapia, ortopedia, apoio a vítimas de violência de natureza sexual e de gênero e um centro de tratamento de cólera (Entrevistado G).

Os chefes de missão da MSF consideram que, com os novos hospitais, houve uma melhora significativa no sistema de saúde haitiano. Esses hospitais são especialmente importantes em um país no qual apenas 4,5% do orçamento haitiano é destinado à saúde (Relatório Anual MSF, 2014).

Também quanto à PIH, os entrevistados afirmaram que a abertura de hospitais locais é uma prática que remonta à transformação social em longo prazo, aliada à nova tecnologia implantada na região. Segundo o relatório organizacional da PIH (2014), a estrutura dos hospitais permitiu a execução de mais de 8.000 cirurgias de grande porte em 2017. Ademais, o centro de referência para emergências obstétricas conduziu 19.639 consultas, 1871 admissões cesarianas (38% dos casos recebidos), 2086 cirurgias (85% de grandes cirurgias) e 2526 bebês admitidos. O Hospital em Tabarre, por sua vez, tratou 12.831 e realizou 6532 cirurgias.

Contudo, torna-se fundamental analisar se essas ações são robustas o suficiente para perpetuar as benesses no longo prazo, ou se apenas estão focadas em aspectos curativos. Nos últimos anos, houve o fechamento de diversos hospitais criados pelas organizações, devido à redução dos fundos dos doadores. As atividades da MSF foram encerradas no Centro de Cirurgia do Trauma e Emergência e do Centro de Referência de Emergências Obstétricas da MSF, que representam dois dos maiores hospitais locais.

Por fim, a análise de discurso não deve se ater apenas às falas, mas também deve considerar o *não dito*: o discurso dos profissionais ocultou pontos que podem indicar mudanças em longo prazo, como a capacitação da mão de obra local a partir de ações pontuais, que foi relatada apenas nos relatórios públicos oficiais das organizações,

especialmente nos anuários. O conhecimento adquirido pelos profissionais atuantes nas ações emergenciais pode, futuramente, ser absorvido pelo Ministério da Saúde haitiano.

Os cirurgiões brasileiros enviados ao país, por exemplo, tinham o objetivo de treinar e orientar a conduta dos cirurgiões gerais locais. Essa ação é fundamental para o Haiti, pois, segundo o depoimento da cirurgiã Fernanda Cerqueira (Relatório Anual MSF, 2010), brasileira, na época em que atuou no país, só existiam três cirurgiões vasculares habilitados, que tiveram que fazer suas especializações no exterior, uma vez que não há programa de residência médica nessa especialidade no Haiti. Na mesma linha de escassez de médicos especialistas, existem em torno de 30 ortopedistas no país, e o número está aumentando paulatinamente a partir de programas de residência que, inclusive, envolvem períodos de treinamento em Tabarre, uma região pobre do Haiti, pela MSF.

Há também os treinamentos baseados em parcerias acadêmicas. A PIH mantém um relacionamento duradouro com universidades, incluindo a Harvard. Desde 2012, lançou programas de residência médica no Haiti, em parceria com a *Faculdade de Medicina e Farmácia da Universidade Estadual de Porto Príncipe* e o Ministério Público haitiano. Esses programas foram instituídos para reconstruir e melhorar a educação médica no Haiti, uma vez que existe uma grande lacuna de profissionais médicos nacionais.

Outro desafio organizacional, nesse sentido, é a contratação e formação de educadores em saúde no intervalo de tempo mais curto possível, celeridade exigida por cenários emergenciais. O *Entrevistado F* argumenta que os recrutados, para atuarem com as consequências dos desastres naturais, devem desenvolver conhecimentos acerca das condições de saúde da população haitiana, bem como “*sensibilizar sobre os riscos de doenças vinculadas às condições de higiene pós-furacão*” (MSF, 2017, p.07).

Um exemplo simbólico é o trabalho educativo em relação à cólera, no qual a MSF promoveu atividades de conscientização sobre medidas higiênicas e o método correto de lavagem das mãos para evitar a proliferação da bactéria. Apesar de esse trabalho ter encontrado resistência pela população, que se recusava a tomar as soluções de reidratação (as quais pensavam estar envenenadas), e grande parte da população sequer ter acesso à água limpa, a Organização acredita que o projeto conseguiu resultados significativos. Ainda assim, de acordo com o antropólogo Jean-François Veran, boa parte da população não procurou o tratamento, o que sugere a necessidade de uma sensibilização ainda mais efetiva, que vise à adesão populacional ao Programa (Relatório Anual do MSF, 2017).

De qualquer forma, as ações contra a cólera também podem ser entendidas como um projeto em longo prazo. Além de tratar cerca de 5.000 casos de cólera, representando 12% dos 40.000 casos registrados em todo o país (Relatório Anual MSF, 2017),

entre dezembro de 2016 a junho de 2017, aproximadamente 60.000 pessoas foram vacinadas contra a cólera como parte da campanha implementada pela MSF nos departamentos de Grand'Anse e do Sul (Entrevistado I).

A MSF também introduziu tabletes de cloro, medicamentos e sais de hidratação oral, além de desenvolver atividades educativas e controle de focos da doença no país (Entrevistado I).

Por outro lado, apesar da consciência em relação à importância da educação em saúde, que “a PIH acredita ser a espinha dorsal da sociedade” (Entrevistado O), os entrevistados das organizações, de forma geral, não descreveram outros pontos relevantes de Intersetorialidade na educação. As ações intersetoriais supracitadas mostram-se, portanto, secundárias em relação aos aspectos curativos e emergenciais na esfera da saúde. Em linhas gerais, ainda se verifica carência de processos educativos que conduzam à autonomia da comunidade haitiana.

Para todas as ações supracitadas, é importante a atuação conjunta com o Ministério da Saúde haitiano, a fim de garantir a perenidade das ações, o que pode refutar a defesa neoliberal quanto o esmaecimento dos Estados. *Desresponsabilizar* o Estado é um mecanismo interessante aos atores hegemônicos, considerando-se o atual contexto de globalização neoliberal, no qual justamente o Estado seria capaz de introduzir políticas públicas questionadoras do *status quo*. A busca pela deslegitimação do Estado atrela-se aos interesses do capital, favorecendo a concentração de riquezas. Além disso, há uma busca incessante por novas modalidades de gestão na relação público/privado, capaz de viabilizar os postulados neoliberalismo (GADELHA, 2003).

Segundo Boaventura de Sousa Santos, o movimento de globalização intensifica as interações transnacionais que não são protagonizadas pelos Estados, mas principalmente por agentes econômicos. E, mesmo quando essas interações são supostamente mediadas pelos Estados, visam a cercear a soberania estatal por meio da regulação social, por meio “*dos tratados de livre comércio ou pela criação de agências financeiras multilaterais, tais como o Banco Mundial e o FMI*” (MELO, 2010). Ratifica-se a hegemonia dos critérios econômicos, remontando à mercantilização da saúde,

seja por meio da regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguro-saúde), pela ótica do consumidor, pela adoção de parâmetros de gestão permeados pela noção de custo/efetividade ou custo/benefício e pela flagrante insuficiência do financiamento perante os compromissos previstos na Constituição Federal na área da saúde (ELIAS, 2004).

De modo geral, os entrevistadores foram uníssonos quanto a não intencionalidade de substituir o Estado, tampouco enfraquecê-lo. O *Entrevistado A*, por exemplo, enfatiza que as organizações não têm por objetivo ocupar o lugar do Estado: *“muito pelo contrário, às vezes as entidades querem e precisam sair do país, mas a população não quer que elas saiam”*.

A união de forças com o Estado haitiano mostra-se fundamental, de modo que o desenvolvimento em longo prazo esteja alinhado às ações governamentais, especialmente em regiões afetadas por conflitos e assoladas pela miséria, como o Haiti. Nesse sentido, as organizações mostram-se, novamente, agentes importantes no combate às desigualdades sociais, à pobreza e a outras vicissitudes estruturais enraizadas no contexto haitiano.

8.2. As lacunas na Intersetorialidade como empecilhos para a integração humanitária

A Saúde Global está na base desse modelo mais horizontal e justo, valorizando a atuação conjunta com outros setores, especialmente em regiões marcadas pela vulnerabilidade social, como é o caso do Haiti.

A Promoção da Saúde aposta continuamente na corresponsabilidade entre as várias esferas da saúde, impulsionando a formação de parcerias, e entendendo as lógicas de governo, de mercado e da sociedade civil como

complementares e cada vez mais necessárias e produtivas nas tarefas de formulação e implantação de uma estratégia de desenvolvimento sustentável (MADEIRA & REICHER, 2003, p. 177).

Unem-se três atores que, institucionalmente e historicamente, encontram-se em posições opostas e, muitas vezes, conflitivas: o Estado, as organizações filantrópicas e o mercado (SILVA, 2003). Nesse sentido, busca-se a atuação complementar e ordenada entre as organizações humanitárias, as empresas privadas e o governo. O senso de parceria e a atuação conjunta são fundamentais para que os resultados obtidos sejam os mais satisfatórios possíveis à população, e essa ideia é corroborada pelos entrevistados: o *Entrevistado E*, por exemplo, descreve *“o intuito de construir parceiras como uma das missões organizacionais”*.

Ademais, os entrevistados reforçaram, sobre a interação com outras organizações humanitárias, a importância dos *clusters*, também chamados de *comitês*. Os *clusters* são

reuniões mensais ou quinzenais, as quais envolvem entidades do Terceiro Setor, além de serem responsáveis pelos Ministérios, por alinharem questões e por coordenarem projetos. Esses comitês evitam, portanto, duplicidade de ações e favorecem a maior eficácia nas ações (*Entrevistado F*).

Sobre a interação com o governo haitiano, os entrevistados reportaram-se da seguinte maneira:

- *Respondemos aos surtos atendendo às necessidades imediatas dos pacientes, ao mesmo tempo em que procuramos parceiros em longo prazo (Entrevistado M);*
- *Atualmente, trabalhamos lado a lado com o Ministério da Saúde do Haiti para administrar 16 hospitais e centros de saúde, juntamente com o Hospital Universitário em Mirebalais, que construímos com o Ministério da Saúde em 2011 e foi inaugurado em 2013, como hospital de ensino de última geração (Entrevistado N);*
- *Nos últimos 30 anos, a PIH tem colaborado com o Ministério da Saúde para fortalecer os sistemas de saúde no Haiti. Como resultado, fornecemos cuidados primários, secundários e terciários para nossos pacientes, visando a atender às necessidades de saúde mais urgentes. Em conjunto, trabalhamos em estreita colaboração com o MSPP para construir estrategicamente as capacidades das unidades de saúde por meio de treinamento e remuneração da equipe, garantindo suprimentos e medicamentos adequados, reformas e/ou construções onde necessário, bem como implantando sistemas de monitoramento e avaliação de dados (Entrevistado O).*

Identificam-se generalizações nas falas acima. O discurso do *Entrevistado M* afirma a existência de “*sistemas construtivos*”, mas não os exemplifica, tampouco especifica quais são as parcerias em construção. No discurso do *Entrevistado N*, há indicação textual de um trabalho ao lado do Ministério da Saúde, o que indica parceria com o governo. A exemplificação com dados concretos mostrou-se rara entre os discursos dos entrevistados.

Especialmente após o terremoto de 2010, a associação das organizações com o Estado haitiano foi essencial para que as ações fossem eficazes. O mesmo ocorreu em relação ao furacão Matthew, em 2016. Segundo o *Entrevistado I*,

em 2014, a situação da cólera permaneceu estável, antes que a tendência fosse repentinamente invertida em 2015 e 2016 (...) após o furacão Matthew, que devastou grande parte do Haiti, a MSF Bélgica enviou suas equipes para as cidades mais afetadas (...) além disso, suas equipes permaneceram ao lado do Ministério da Saúde do Haiti para outras intervenções.

Entre os casos tratados, destacou-se o tratamento das fraturas e das feridas profundas, além das crises de cólera e outros aspectos emocionais.

A fala do *Entrevistado O* mostra a necessidade do apoio entre o setor público e as organizações humanitárias para que a mudança seja, de fato, estrutural. Esse discurso repetiu-se algumas vezes entre os entrevistados, indicando alternativa possível para que as ações humanitárias não sejam meramente paliativas.

De forma geral, segundo a maioria dos entrevistados, as organizações possuem uma visão mais individualizada para os tratamentos em saúde, enquanto o Estado, no geral, continua sendo responsável pelo todo. Por isso, as organizações devem evitar posicionamentos alinhados à lógica neoliberal, que valorizam o indivíduo em detrimento do Estado, e reafirma o *status quo* a despeito de transformações sociais.

Assim, em sua maioria, os entrevistados das três organizações concordaram que a relação com os governos e outras entidades deve ser boa o suficiente para gerar melhores resultados, mas, concomitantemente, não deve limitar a autonomia. A MSF, por exemplo,

trabalha em conjunto com o Ministério da Saúde haitiano a fim de desenvolver políticas de advocacia e obter alguma influência na política nacional ou nos grandes doadores (Entrevistado I).

A atuação conjunta com o Ministério mostra-se fundamental à perenidade das ações organizacionais. Para ingressar e atuar legalmente no país, a Organização precisa de um acordo formal com o Ministério de Saúde local. No caso da MSF, o contrato é denominado *Memorandum of Understanding* (MoU), que contém as regras mais relevantes para o estabelecimento dos papéis de ambas as partes (*Entrevistado I*).

A PIH também sustenta uma estreita relação com o Ministério da Saúde haitiano, especialmente “*para garantir a saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil*” (*Entrevistado O*). Há um simbolismo físico do vínculo da PIH com o governo, que é o enorme prédio hospitalar em Central Plateau, que ratifica “*os altos investimentos do governo haitiano junto à Organização*” (*Entrevistado K*).

Ademais, a CICV desenvolveu, ao menos em teoria, um planejamento contínuo de longo prazo, junto ao governo, com objetivos até 2020. Trata-se de um plano de 10 anos em quatro áreas: promoção dos princípios e valores humanitários; resposta a emergências; preparação para desastres; e saúde e cuidado na comunidade. No entanto, a CICV, como muitas outras organizações, enfrenta a falta de recursos financeiros, o que geralmente é um obstáculo às ações de longo prazo.

Sobre a forma de interação com o Estado, em relação às três organizações, geralmente há contínuas negociações sobre a gestão dos projetos e, após as intervenções, quando chega o momento da Organização se retirar do país, ocorre uma “*passagem gradual, de forma a ir tirando o financiamento aos poucos*” (Entrevistado F). O promotor de saúde da MSF explica que,

não há, por padrão, um mandato de longo prazo (...), de qualquer maneira, começamos, no ano passado, a nos envolver mais em algumas comunidades por meio do apoio governamental, principalmente através de promotores de saúde, que podem ser da Organização ou do Ministério da Saúde (Entrevistado G).

Por fim, diferentemente das ações paliativas, segundo Paul Farmer, fundador da PIH, o caminho para o desenvolvimento de políticas geralmente é “*longo e rochoso*” (KIDDER, 2003). Nesse sentido, as organizações devem se esforçar para atuar na mediação de forças entre mercado e Estado, além de orientar parlamentares sobre as decisões em saúde, desvinculando-as da dimensão mercadológica. As organizações podem, assim, atuar como vigilantes críticos que garantam o valor da saúde nas instituições democráticas (KICKBUSCH, 2012).

Outro mecanismo, revelado pelos entrevistados, ainda que incipiente nas organizações, é a defesa das políticas globais em saúde. Segundo o Entrevistado O, as organizações reconhecem a importância de

influenciar positivamente as mudanças na política global de saúde, que enfatizam os investimentos nos sistemas de saúde, e não apenas no tratamento de doenças.

Para que haja a defesa em relação às políticas globais em saúde, é preciso valorizar abordagens interdisciplinares, de forma que profissionais de diversas áreas sejam envolvidos e busquem conhecimentos que extrapolem os aspectos estritamente biológicos, os quais consideram o corpo enquanto máquina (FOUCAULT, 1975). Trata-se de enfatizar a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura relacionada aos problemas de saúde, demandando uma abordagem multiprofissional (CZERESNIA, 2003) e a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações.

No segundo sentido atribuído à Intersetorialidade neste estudo, buscou-se entender o quanto as organizações estimulam o vínculo entre as várias áreas do saber em suas ações. Para serem consideradas interdisciplinares, as ações de promoção não devem focar apenas no tratamento das doenças, mas dialogar com outras esferas do conhecimento, como a educação, a moradia, a alimentação e o trabalho. Nas falas dos entrevistados, o princípio da interdisciplinaridade é reforçado no âmbito do Direito e da Educação.

O campo do Direito exerce influência importante especialmente no CICV, que fiscaliza se as leis internacionais são exercidas e se há a assimilação do DIH nas legislações nacionais. Historicamente, os homens recorrem à violência na resolução de divergências, declarando guerra àqueles que contestam ou ameaçam as suas visões de mundo. Porém, nos últimos séculos, foram criados dispositivos jurídicos a fim de limitar a brutalidade da guerra. Nesse aspecto, as Convenções de Genebra e de Haia são as mais significativas (CERQUEIRA, 2001), fornecendo as bases para a edificação do DIH, que regula a forma como as hostilidades são conduzidas nos contextos bélicos.

Pelas Convenções de Genebra, limites à guerra foram estipulados, principalmente no sentido de defesa aos civis e a pessoas inabilitadas aos combates, como soldados feridos. Houve “*a complexificação do conceito de humanitarismo moderno*” (CUETO, 2013) e o soldado ferido, que não gera ameaças, foi desmilitarizado. Como preconiza o Novo Humanitarismo, o antes considerado “*inimigo público*” passa a ser compreendido em sua identidade humana, e não apenas em sua nacionalidade (CHANDLER, 2001).

Assim, a ação humanitária expandiu-se a partir das transformações promovidas pelas convenções supracitadas e pelo DIH. O Humanitarismo Tradicionalista, que estava limitado ao contexto de guerras, principalmente no século XIX, foi sendo substituído pelo Novo Humanitarismo, desvinculado dos Estados e que considera, primordialmente, o caráter humano dos envolvidos e supranacional da solidariedade (CUETO, 2013). Esse entendimento alinha-se à ideia de neutralidade disseminada pelas organizações, uma vez que não se pode escolher por quem será socorrido, tampouco quem irá socorrer.

O desrespeito a essas normas passou a caracterizar crimes de guerras e o bombardeio a bens ou locais de recuperação das pessoas foi criminalizado⁷⁰. Buscou-se, então, proteger civis inocentes, mas também garantir a dignidade e as condições de vida dos prisioneiros, proibindo-se tortura e maus tratos aos detidos. Determinou-se que os presos deveriam receber água e comida, além de terem o direito de comunicação com os seus entes queridos. Ademais,

⁷⁰ Site da Cruz Vermelha Brasileira. Disponível em: <<https://cvbrn.org/site/direito-internacional-humanitario>>. Acesso em: <07 de abril de 2019>.

deveriam receber ajuda para localizar parentes distantes, independentemente dos crimes cometidos.

Teoricamente, as três organizações estudadas servem como guardiãs de normas humanitárias. Porém, a Organização que está mais atrelada ao DIH é o CICV. Em 2016, por exemplo, o CICV detectou e denunciou 812 possíveis violações aos direitos internacionais, sendo que 25 ocorreram em centros urbanos, gerando 19 mil vítimas, a maioria crianças, jovens e mulheres⁷¹.

O *Entrevistado A* corroborou essa ideia, indicando que a CICV ajuda na ampliação dos Direitos Internacionais, inclusive em legislações “*aplicáveis à guerra*”. Portanto, embora a Organização seja mais reconhecida mundialmente pelo viés médico – realizando cirurgias de guerra, construindo hospitais a céu aberto e promovendo a evacuação de feridos -, metade ou mais de suas ações estão ligadas ao Direito. De acordo com o entrevistado, esses direitos são voltados principalmente a

peças privadas de liberdade, como prisioneiros políticos, de guerra (...) trata-se, portanto, de uma tentativa para proteger as pessoas, atuando como guardião do DIH.

Particularmente no Haiti, a CICV esteve presente de 1994 a 2017 e, durante o período, trabalhou principalmente com o tema do Direito Internacional, buscando oferecer tratamento digno aos detentos.

Ademais, a atuação no campo do Direito está diretamente vinculada à rearticulação da categoria do Humanitarismo, que abriu campos de disputa. Conforme exposto anteriormente, enquanto o Humanitarismo Tradicionalista, prevalente antes da Guerra Fria, priorizava o caráter emergencial e apolítico da ação humanitária, o Novo Humanitarismo, que surgiu principalmente a partir da década 1990, engloba a politização da ação humanitária, valorizando as consequências de longo prazo, os Direitos Humanos e a Promoção da Saúde. A nova vertente atribui aos assistidos uma noção de humanidade que transcende o limite dos Estados e o caráter puramente emergencial, que dominava nos contextos de guerra.

Destarte, o meio humanitário passou por um choque de princípios (CHANDLER, 2001), além de um movimento de politização. Pelo Novo Humanitarismo entende-se que os agentes humanitários estão engajados na ideologia alinhada aos Direitos Humanos e aos resultados de longo prazo (CHANDLER, 2001) e, portanto, consonante com o ideário da Promoção da Saúde.

⁷¹ Ibid..

Além do Direito, a Educação é um dos principais pontos de intersecção entre as ações de saúde organizacionais. Porém, segundo as falas dos entrevistados, as entidades ainda não estão amplamente focadas nos processos educacionais. Apenas dois entrevistados indicaram que a PIH construiu escolas, previamente solicitadas pela população, no Haiti. Ainda assim, reforçam que o programa busca atender às necessidades dentro de suas limitações financeiras. A construção se deu no distrito de Couge, além de a Organização “*pagar diretamente mensalidades de escolas privadas a algumas crianças*” (Entrevistado K).

Há outros projetos educativos pontuais, relacionados à educação nutricional e à segurança alimentar, além de outros programas de conscientização em relação a enfermidades específicas, como o HIV e a doença de Chagas. A sensibilização mundial para temas em saúde também se relaciona com a comunicação em saúde, figurando entre as falas dos entrevistados, ainda que com menor frequência. O processo comunicativo refere-se ao despertar da consciência mundial acerca de temas recorrentemente negligenciados pela mídia, como as epidemias dos países pobres tropicais, pelo fato de tratarem de regiões pobres e, muitas vezes, desinteressantes à lógica da globalização neoliberal, que visa principalmente ao lucro.

Assim, diretamente ou indiretamente, as organizações evidenciam questões humanitárias importantes. Portanto, além de levarem cuidados de saúde a pessoas afetadas por graves crises humanitárias, as organizações sensibilizam pessoas de diversos países sobre as dificuldades enfrentadas por países assolados por processos marcados pela vulnerabilidade. É possível citar, por exemplo, o surto de Ebola, cenário no qual a MSF criticou a indústria farmacêutica, uma vez que, nos últimos quarenta anos, não haviam sido definidos tratamentos ou fabricadas vacinas de combate à enfermidade, pelo fato da doença estar confinada histórica e geograficamente aos países pobres africanos, que não constituem um mercado interessante aos grandes laboratórios, focados em doenças mais regulares e rentáveis (BUSS, 2013). A escassez de ações preventivas e de pesquisas sobre a doença desencadeou novos episódios de Ebola, levando pessoas a óbito rapidamente.

A missão das organizações em sensibilizar o mundo quanto às doenças negligenciadas, prevalentes principalmente nos países pobres, também podem sinalizar transformações no médio e longo prazo. Essa questão é relevante no mundo hodierno, pois

nos últimos cinco anos, nenhuma das vinte empresas farmacêuticas de maior faturamento bruto mundial lançou, no mercado, um único medicamento para qualquer uma das doenças negligenciadas (...) o setor público também falha na adoção de uma política que favoreça o desenvolvimento de medicamentos destinados às necessidades epidemiológicas das sociedades mais vulneráveis (Relatório Anual MSF, 2010).

Por outro lado, medicamentos que não eram rentáveis às indústrias, como os voltados à febre tifoide, voltaram a ser produzidos por pressão internacional (RIBEIRO, 1995). A MSF favoreceu, ademais, a redução dos preços dos medicamentos a partir da introdução de genéricos, o que permitiu o maior acesso da população. A MSF é reconhecida internacionalmente pela Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais, tendo recebido o prêmio Nobel, em 1999, e pelo incentivo à democratização de medicamentos de combate à AIDS.

A MSF militou contra as patentes das grandes corporações, que tratam de direitos de propriedades intelectuais, impedindo que terceiros produzam, usem ou comercializem o produto sem consulta e aprovação do inventor/detentor (Relatório Anual MSF, 2010).

Nesse mesmo sentido, a MSF enfatiza a importância de se institucionalizar mecanismos para o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao combate de endemias, como a cólera, que integram a realidade sanitária dos países em desenvolvimento. A Organização acredita que, para isso, é imprescindível a intervenção estatal no ramo de pesquisa e desenvolvimento (P&D) permitindo que, por meio do conhecimento e de novas tecnologias, seja possível a criação de medicamentos eficazes e seguros para a população, de forma que sejam acessíveis a todas as classes sociais.

Com o mesmo intuito de democratização, recentemente, a MSF desenvolveu campanhas para a redução do preço da vacina contra a pneumonia, antes controlada por duas grandes corporações farmacêuticas. Houve a queda do preço da vacina da Pfizer, em casos emergenciais, em meio a crises humanitárias, após pressão da MSF e da sociedade civil (Relatório Anual MSF, 2010). A Organização também colocou em pauta, nos noticiários internacionais, a resistência bacteriana, que é uma temática preocupante nas últimas décadas. A banalização do uso de antibióticos permitiu a resposta reduzida aos tratamentos, fortalecendo a proliferação de superbactérias, justificando a campanha de sensibilização da MSF junto à população e aos líderes mundiais. Por fim, os exemplos citados reafirmam o significado do vínculo entre a Educação e a Saúde, especialmente no processo de capacitação e de conscientização política das comunidades, incitando à promoção de políticas públicas em saúde a partir de pressões internacionais.

8.3. A Equidade como estrada para a justiça social

A preferência das organizações por regiões vulneráveis é consonante com o pressuposto da Equidade. As entrevistas evidenciam o quanto os colaboradores valorizam o conceito de Equidade, como mostra o discurso do *Entrevistado K*:

esse ideal de serviço é altruísta, e há uma opção preferencial pelos pobres (...) isso é algo que experimentei desde criança (...), em Porto Príncipe costumava reunir algumas crianças da vizinhança e alimentá-las porque sabia que muitas delas passariam o dia inteiro sem comida.

O *Entrevistado O* afirma que

nós, da PIH, consideramo-nos uma família global (...), quer estejamos no Haiti, Lesoto, Libéria ou Boston, somos todos uma família que trabalha pela Equidade e Justiça na saúde, especialmente àqueles mais marginalizados em áreas remotas e rurais.

Assim, a preocupação das organizações em relação ao Haiti, um país de extrema vulnerabilidade, indicam o alinhamento das organizações com o princípio da Equidade defendido pela Promoção da Saúde, que pode ser compreendido como

o esforço de tratar desigualmente os desiguais conforme suas necessidades (...) que leva, dentro do campo da Saúde Global, a se priorizar países, regiões ou grupos sociais considerados mais desfavorecidos (IHME, 2012⁷²).

O *Entrevistado K* endossa, ainda, que a principal missão da PIH é aliviar a pobreza, “*indo além do tratamento médico, mas com empenho para diminuir as disparidades*”. E, ainda:

antes de começar a trabalhar aqui, não entendia completamente o termo ‘saúde global’, sempre o associando a médicos (...) agora, entendi o verdadeiro significado: é muito mais do que fornecer cuidados de saúde; trata-se de reduzir a disparidade em todos os níveis e oferecer qualidade de vida.

Ademais, o *Entrevistado G* sublinha a ideia de Equidade a partir da perspectiva de gênero no recrutamento de profissionais: “*há um equilíbrio, mas existem projetos nos quais*

⁷² Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Disponível em: <<http://www.healthdata.org/>>. Acesso em: 13 de março de 2019.

80% são mulheres”, e também pelo intercâmbio de informações entre profissionais de vários países, “*aumentando a chance de desvendar questões de saúde humana e enfrentar as inequidades ao redor do mundo*”.

Seguindo a linha da Equidade, outra frente das organizações é o empenho no oferecimento de atendimentos médicos direcionados exclusivamente ao público feminino, que historicamente é vulnerável (GIDDENS, 2001).

O *Entrevistado A* acredita que a situação emergencial abrange os gêneros de modo indiscriminado. O *Entrevistado I*, chefe de missão no Haiti, porém, indica que a MSF possui programas específicos em todo o mundo, abordando a diferença de gênero, além de oferecer cuidados obstétricos e consolidar projetos voltados à violência sexual baseada no gênero. O *Entrevistado H* complementou as informações indicando que a MSF “*atua amplamente na saúde da mulher e da criança, especialmente em relação à maternidade, ao neonatal e no apoio a vítimas de violência sexual*”, e possui três áreas com atendimentos exclusivos a esse público: (1) *Martisant*, que oferece serviços em tempo integral, (2) *clínica Pran Men'm*, que atua em casos de violência contra a mulher; (3) o *Centre de Référence des Urgences en Obstétrique*, que oferece serviços pós-natal e planejamento familiar.

Uma prática pouco conhecida pelo público, mas executada pelas organizações é em relação ao aborto, de modo que a MSF

pode praticar o aborto nas mulheres que necessitam, sabendo que essa política é muito delicada, pois na maioria dos países onde atuamos é uma prática ilegal (...), entretanto, a MSF tem seus princípios, e um deles é acreditar que o direito ao aborto é essencial à saúde da mulher, afirma o Entrevistado H.

O *Entrevistado F* indica a existência de políticas formais sobre o aborto na MSF – o *Termination of Pregnancy* (TOP), pelo qual a prática é aceita e praticada com o objetivo de salvar vidas, considerando-se as particularidades de cada contexto e a articulação com o governo, principalmente para que a MSF seja aceita no país de atuação. Completa que, às vezes, é necessário “*ir contra as nossas convicções pessoais por algo muito maior*”.

Ademais, o *Entrevistado H*, em 2013, trabalhou apoiando vítimas de violência sexual e de gênero pela MSF, além de atuar com queimados, pacientes ortopédicos e vítimas da cólera. Segundo o chefe de missão no Haiti, *Entrevistado I*, as ações da MSF incluem o atendimento a mulheres vítimas de violência e que se enquadram em gravidez de risco.

O *Entrevistado A* relatou o caso de uma gestante que disse ter engravidado para amenizar os episódios de violência doméstica – a mulher afirmou que, ao engravidarem, as haitianas eram “*poupadas da violência exercida pelos seus parceiros*” e, por isso, tal prática era comum no país. Nesse sentido, o *Entrevistado C* afirmou ter oferecido um curso de terapia, em 2012, voltado a mulheres vítimas de abuso sexual ou vinculadas a questões de aborto.

Outra frente para a busca da Equidade e atenção aos mais vulneráveis é a aplicação de ações relacionadas à saúde mental. O *Entrevistado A*, por exemplo, indica que há projetos voltados para casos de violência sexual, com foco em danos psicológicos, visando ao oferecimento de assistência completa a mulheres que sofreram esse tipo de abuso. De modo geral, não apenas em relação às mulheres, as organizações atuam em cuidados relacionados à saúde mental com grupos variados, para que “*a população haitiana consiga dar os primeiros passos a caminho da recuperação*”.

Entre os entrevistados, havia psicólogos e psiquiatras que atuaram junto a pessoas que tiveram as vidas totalmente abaladas a partir dos desastres naturais, vivenciando perdas drásticas. Segundo o *Entrevistado G*, o apoio emocional é importante especialmente às populações que, muitas vezes,

tiveram de deixar tudo para trás, uma vida completa, todos os seus bens, rebanhos, recordações, o perfume preferido, e até mesmo a família (...) ou, ainda, a simples casinha e um emprego, que eram seus e faziam a vida ter sentido (Entrevistado G).

Os profissionais também atendem os colaboradores organizacionais, que necessitam de apoio emocional nos cenários de catástrofes e de extrema pobreza, com os quais se envolvem intensamente e lidam, a todo tempo, com a fragilidade da vida.

Assim, as falas dos entrevistados sugerem, de modo geral, a tendência a respeitar o princípio da Equidade, que se refere ao “*direito a sermos iguais quando a diferença nos inferioriza e o direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza*”⁷³.

⁷³ BOAVENTURA S. Explicar a Desigualdade. Disponível em: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Explicar%20a%20igualdade_19Dez2018.pdf>. Acesso em: <05 de julho de 2019>.

8.4. A Participação Social: a essência do potencial de transformação humanitário

Ao incitar a Participação Social, as organizações podem atuar em questões mais arraigadas e complexas, como a pobreza estrutural e o sucateamento de políticas públicas, passando de estritamente filantrópicas para agentes de promoção, capacitação, desenvolvimento social e cidadania (FORTES, 2014). As missões organizacionais, por conseguinte, deveriam estar atreladas, principalmente, “à melhoria das condições de vida da população e o reconhecimento do direito de cidadania” (RBPS, 2007).

Ademais, a Participação Social vincula-se ao conceito de Empoderamento, pelo qual os indivíduos

tomam posse de suas próprias vidas pela interação com outros indivíduos, gerando pensamento crítico em relação à realidade, favorecendo a construção da capacidade social e pessoal e possibilitando a transformação de relações de poder (ANDRADE & VAITSMAN, 2002).

Apesar de o “Empoderamento” ser um conceito de difícil apreensão (RUSSEL, 1994, p. 39), relaciona-se a garantir um ambiente de vida de qualidade, a criar políticas públicas saudáveis, a desenvolver habilidades psicossociais e a incentivar parcerias na sociedade (GIDDENS, 1991). Trata-se de migrar de uma postura de heteronomia à autonomia, e resgatar valores e emoções, e não somente os aspectos racionais.

O Empoderamento está intimamente ligado à participação comunitária, visando à consolidação de espaços de diálogos e, principalmente, à criação de consciência quanto aos direitos sociais. Segundo a OMS (2011), o processo da Participação Social envolve os atos de informar, consultar, envolver, colaborar e transferir poder aos indivíduos e às comunidades, para que participem das decisões importantes, que podem afetar o seu bem-estar. Dessa forma, as pessoas estariam fazendo escolhas conscientes e não apenas reproduzindo “aquilo que gostariam, na verdade, de transformar” (MENDES et al., 2016).

Nas organizações estudadas, a despeito da importância da Participação Social, os discursos dos entrevistados mostram-se discrepantes sobre a aplicabilidade desse princípio nas ações organizacionais. Enquanto o *Entrevistado K* afirma que

as pessoas são envolvidas no Haiti, principalmente os trabalhadores da comunidade, de modo que há vários representantes (...) a PIH não apenas chega à comunidade e impõe o que deve ser feito, mas principalmente escuta o que os líderes comunitários têm a dizer (...) quem sabe o que eles precisam exatamente é a comunidade e não a PIH,

o Entrevistado J, por outro lado, afirma que *“é preciso investir em profissionais especialistas em engajamento comunitário em campo e em mais Participação Social”*.

Na esfera participativa, os ACS, pessoas da própria comunidade com alto poder de conhecimento local, possuem um papel fundamental. Por meio deles, as organizações estão, a todo o tempo, negociando não apenas com as autoridades formais, *“mas também com a própria comunidade e com aqueles que a comunidade indica como líder”* (Entrevistado J).

O Entrevistado O afirma que, além de acompanhar o governo haitiano para o fornecimento de serviços de qualidade à população, principalmente nas áreas mais remotas dos centros urbanos,

trabalha-se em solidariedade pragmática para fortalecer todo o sistema de saúde, dos agentes comunitários de saúde, incluindo cuidados primários e secundários, além da educação médica.

Nas palavras do mesmo entrevistado,

muitas vezes, os agentes caminham de 2 a 3 horas para visitar um paciente em sua casa, garantindo que eles tomem seus medicamentos que salvam vidas.

Porém, ainda que os ACS tenham um papel importante na atuação comunitária e façam parte do quadro profissional das organizações, segundo o Entrevistado J, a indústria humanitária enraiza um cenário no qual

infelizmente, recorre-se cada vez menos à Participação Social, a não ser se subcontratando (...) antes, por exemplo, quando tínhamos um posto de saúde, cederíamos materiais e a comunidade colocaria os trabalhadores sem preocupações com a remuneração, ou ainda o Ministério da Saúde cederia o pessoal de saúde (...) agora, infelizmente, tudo se resolve pagando, e perdeu-se um pouco da essência humanitária.

O conceito empresarial contraria a suposta essência das organizações, que teoricamente abriga o princípio da ética e elenca o aspecto humano como parte essencial do tratamento. Recorrentemente, o vínculo das soluções humanitárias a questões financeiras compromete a colaboração das comunidades e, portanto, dificulta *“a aceitação, na segurança e na continuidade dos projetos”* (Entrevistado J) e, principalmente, *“a possibilidade da Participação Social nos trâmites decisórios”*.

O Entrevistado O reconhece a importância da Participação Social, que tem a capacidade de *“incentivar um movimento pela justiça social e lutar pela defesa da cobertura*

universal da saúde, entendendo-a como um direito humano”. Por outro lado, entende que as organizações ainda falham nesse sentido, evidenciando brechas entre a teoria e a prática das atividades organizacionais. Apenas a existência de ACS não pressupõe o aflorar da Participação Social, pela qual há a oportunidade de

ampliar a autonomia e o poder dos atores e das instâncias locais de gestão; conhecer profundamente as dinâmicas territoriais; estabelecer pactos e parcerias locais; fomentar a participação e as redes de ação intersetorial, incluindo novos atores na gestão; desenvolver métodos e técnicas de trabalho, experimentá-los, revisá-los e modificá-los (MENDES et al., 2006).

Nessa mesma linha de pensamento, a maioria dos entrevistados concorda que ainda é preciso investimento das organizações no quesito Participação Social, para que a comunidade haitiana se sinta, de fato, empoderada e possa defender a saúde como um direito – ideia que representa a essência das transformações sociais.

Por fim, o princípio da Participação Social nas organizações apresenta lacunas importantes, uma vez que, recorrentemente, constata-se traços imperialistas nas ações organizacionais. Nesse aspecto, cabe questionar se a tendência crescente à ideia de Promoção da Saúde não representa apenas uma adequação ao politicamente correto, que agiria como uma resposta à pressão pública. Se assim for, a “*Promoção da Saúde*” empregada pelas organizações estaria descompromissada com a mudança na forma de entender a saúde para além da ausência de doença e serviria como um mecanismo para mascarar a lógica *neoneocolonialista*.

CAPÍTULO 9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto anteriormente, o objetivo geral desta pesquisa consistiu em analisar de que forma as maiores organizações de ajuda humanitária – Cruz Vermelha, Médicos Sem Fronteiras e Partners in Health - atuam na Promoção da Saúde do Haiti, sob a ótica dos princípios da Equidade, da Intersetorialidade, da Participação Social e da Sustentabilidade. Como objetivos específicos, buscou-se investigar se há evidências de posturas imperialistas nas ações das entidades humanitárias, unificadas sob o conceito de *neoneocolonialismo*. Além disso, analisou-se se é possível identificar transformações em longo prazo na comunidade haitiana, a partir da intervenção três das organizações selecionadas como representantes da atuação humanitária. Para esse fim, mostrou-se importante entender como as organizações

humanitárias estão inseridas no contexto de saúde do Haiti, em um mundo guiado pela globalização neoliberal, e de que maneira se relacionam com a pluralidade de atores sociais atuantes em saúde. Resumidamente, pode-se afirmar que as organizações aplicam os princípios da Promoção da Saúde de maneira incipiente e fragmentada, carecendo de um modelo estruturado e capaz de modificar o cenário haitiano em longo prazo.

Durante o estudo, identificaram-se limitações sobre as questões investigadas, mas também pontos positivos. No viés favorável, as ações organizacionais mostram a tendência, ainda que vagarosa e discreta, de aproximação aos preceitos da Promoção da Saúde e da Saúde Global, permitindo uma maior integração mundial. Por outro lado, a vertente negativa mostra que as ações humanitárias podem remeter ao *neoneocolonialismo* e à perpetuação das assimetrias globais. Muitas vezes, as atividades organizacionais, a despeito do princípio da neutralidade que defendem, mostraram-se suscetíveis a interesses políticos e mercadológicos inerentes à globalização neoliberal e, em certas circunstâncias, os entrevistados perpetuaram discursos que remontam ao imperialismo.

Embora sustentem a neutralidade em suas cartilhas, esse princípio mostra-se inviável na prática, uma vez que as organizações estão mergulhadas em um determinado contexto socioeconômico e são dirigidas por seres humanos, que naturalmente advogam, ainda que de forma inconsciente, pelas causas nas quais acreditam. Além da intangibilidade intrínseca da neutralidade, o contexto neoliberal torna o princípio ainda mais distante, impossibilitando a consolidação de um espaço apolítico e isento de questões mercadológicas no trabalho humanitário.

Em relação à perenidade das ações, as contradições entre os discursos dos entrevistados, além da relutância das organizações em participarem da pesquisa, corrobora a ideia de que a perpetuação dos projetos na temporalidade não se mostra como prioridade. Das 14 perguntas realizadas aos entrevistados, o questionamento referente ao potencial de perenidade das ações revelou-se como o mais incômodo, fato evidenciado a partir de respostas esquivas e genéricas. Comparando-se as falas individuais, ainda que os colaboradores sejam da mesma organização e/ou da mesma posição hierárquica, recorrentemente, os discursos foram marcados por incoerências semânticas, além de certa desorganização estrutural. A análise discursiva dessa conjuntura, vista como um todo, reforça a inconsistência nos planos em longo prazo das organizações. Constata-se, portanto, nos depoimentos, resquícios da ordem do velho Humanitarismo, ou Humanitarismo Tradicionalista.

As falas dos entrevistados ratificam que a atuação emergencial é hegemônica em relação a ações de longo prazo nas organizações, mas reconhecem a relevância do desenvolvimento do *alívio desenvolvimentista*, que une a emergência e o longo prazo, ainda que não seja colocado em prática pelas organizações.

Indubitavelmente, os cenários de catástrofes e de extrema pobreza clamam por celeridade, mas a dicotomia entre emergência e Promoção da Saúde deve ser superada, pois os princípios da Promoção da Saúde se fazem cada vez mais necessários em ações urgentes. Afinal, a imposição de ações, isenta de abordagens participativas, pode ocasionar resultados indesejáveis mesmo em contextos emergenciais, como a não aderência da população aos tratamentos e a mitigação da Participação Social, o que dificulta o estabelecimento de ações em longo prazo.

Paralelamente, os entrevistados parecem concordar que o caminho da Sustentabilidade abriga a essência das transformações sociais. As verdadeiras ações em longo prazo, portanto, devem envolver as comunidades, incentivando a justiça social e a luta pela consolidação da cobertura universal da saúde como direito. As organizações humanitárias têm o potencial de conduzir os indivíduos e as populações à tarefa de examinar permanentemente as instituições, que tendem a se autoconservar e perpetuar o *status quo*. Nesse sentido, as entidades podem oferecer muito mais do que efetivamente oferecem: resguardam o poder de reivindicação para que as pessoas participem dos processos decisórios e as comunidades galguem com mais celeridade rumo à autonomia.

Assim, o princípio da Participação Social é uma parte imprescindível desta pesquisa, pelo amplo poder de desafiar o imperialismo mascarado e reforçar a autonomia comunitária rumo à consolidação de ações em longo prazo. Mediante a Participação Social, a ideia de saúde não está restrita à prevenção e a um tipo de ação educativa estritamente normativa, que castra a reflexão crítica. Prioritariamente, favorece-se a educação em saúde que valoriza a escolha dos sujeitos, envolvendo questões éticas, e cuja não adesão não significa, necessariamente, a ignorância ou a falta de informação - perspectiva que, recorrentemente, culpabiliza os indivíduos e reforça atitudes hierarquizadas.

A Participação Social envolve emoções e experiências, além da capacidade para atuar sobre pontos de vulnerabilidade social. É um princípio que questiona a supremacia da razão e permite a renovação de velhas filosofias, assumindo que as escolhas humanas estão permeadas por valores pessoais, muitas vezes marginalizados em um mundo que magnifica a racionalidade e os avanços tecnológicos, mas escraviza as pessoas em paradigmas

econômicos e políticos, retirando-lhes o poder de escolha e, no limite, restringindo a capacidade de serem felizes.

Ademais, a Participação Social confere aos indivíduos ferramentas para promover melhorias sobre a própria saúde, incitando ao autocuidado e permitindo que os sujeitos migrem da passividade inerte à atuação protagonista nos processos decisórios. Essa autonomia é conquistada paulatinamente, por meio de um processo contínuo, ou seja, demanda tempo e envolve complexas variáveis, o que implica um caminho de falhas, novas tentativas, sucessos e insucessos. Abre-se espaço, inclusive, para as incertezas, por meio das quais permanecem, em latência, as sementes da transformação que podem advir por meio de experiências, projetos, iniciativas e afirmação de políticas públicas. A Participação Social atua, portanto, dismantelando injustiças históricas e combatendo disparidades mundiais.

Contudo, é válido reforçar que a Participação Social, ao fortalecer o indivíduo, não sugere a *desresponsabilização* do Estado, como pressupõe o discurso da globalização neoliberal. Pelo contrário, exige dele um maior empenho para que as pessoas possam participar da formulação de políticas públicas. Assim, o estabelecimento de um Estado robusto, que garanta aos cidadãos os seus direitos sociais, é uma premissa incontestável para o avanço das problemáticas em saúde e para o avigoramento da liderança dos sujeitos. Firmando parcerias com outros atores sociais em saúde, especialmente com o Estado, que tem papel central e com o qual as organizações devem atuar de forma complementar, reforça-se o conceito de Empoderamento, dando voz aos indivíduos, consolidando espaços de diálogo e permitindo o recrudescimento da consciência comunitária quanto aos seus direitos sociais.

Assim, as organizações não deveriam atuar apenas com foco nas ações emergenciais, uma vez que têm o poder de questionar o maquinário estabelecido, defendendo a saúde como direito e entregando resultados mais perenes às populações assistidas. Assim, não basta disseminar ideias de assistencialismo e de caridade: as organizações de ajuda humanitária poderiam ir além, expandindo o conceito de cidadania e migrando de filantrópicas para agentes de desenvolvimento social, e incentivando que os indivíduos passassem da heteronomia à autonomia.

Apesar das limitações, as falas dos entrevistados indicam um movimento paulatino, lento e discreto rumo à valorização dos preceitos da Promoção da Saúde. O termo Promoção da Saúde, porém, não apareceu diretamente nos documentos oficiais, e os profissionais entendem-no de formas diferentes. Entre os princípios mais recorrentes nas falas dos entrevistados, a ideia de cuidado holístico, que transcende o atendimento médico pontual, é

citada com frequência significativa. A Equidade e a Intersetorialidade apresentam-se como os princípios de Promoção da Saúde mais exercidos pelas organizações humanitárias. A Equidade, pelo fato de atenderem especialmente a regiões vulneráveis e grupos necessitados de cuidados; a intersectorialidade, por terem de se envolver constantemente com os vários atores sociais, entre os quais o governo haitiano, além de empresas públicas e privadas e agências humanitárias internacionais.

A Intersetorialidade, por sua vez, ratifica os benefícios das equipes multiprofissionais, valorizando a troca de conhecimentos entre diversos profissionais da saúde - como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e médicos -, e também externos à saúde, como administradores, antropólogos e engenheiros. Também valoriza uma abordagem sinérgica e multidisciplinar, pela qual envolve outros campos do conhecimento – principalmente o Direito e a Educação.

Contudo, a parceria com outros atores de saúde, muitas vezes, representa a subordinação das organizações a interesses da globalização neoliberal, especialmente quando envolvidas com entidades internacionais comandadas pelos países hegemônicos, como a OMS. Ademais, as práticas de Intersetorialidade, pelas organizações, no sentido estrutural, são incipientes. De acordo com os entrevistados, poucos projetos, pontuais e fragmentados, esboçam ações que podem remeter ao longo prazo, entre os quais: o saneamento básico, a contratação de profissionais locais, a abertura de novos hospitais, a transferência de tecnologias e a capacitação e a educação em saúde.

No que se refere à Equidade, as organizações promovem saúde ao atuar em regiões de elevada vulnerabilidade, como o Haiti, além de tangenciarem, ainda que de forma contida, outras questões sociais relativas às minorias, desenvolvendo atividades direcionadas, principalmente a mulheres. Porém, as organizações ainda estão distantes de mitigar a vulnerabilidade estrutural no Haiti, que permanece presente em suas três facetas - a individual, a social e a programática. Para reverter esse quadro de forma mais concreta, seria preciso que as organizações investissem em ações em longo prazo, que facilitassem o acesso universal aos serviços de saúde e incluíssem os mais necessitados na construção e consolidação das políticas públicas.

Porém, ainda que não sejam promotoras da saúde em muitos aspectos, como indicam os depoimentos dos entrevistados, as organizações humanitárias são amplamente valorizadas pela população e possuem influência na saúde local. Os haitianos reconhecem a importância das organizações humanitárias, pois a saúde fornecida pelo Estado ainda é incompleta,

ineficiente e cara. As pessoas, de modo geral, não podem pagar as taxas que as clínicas e hospitais solicitam para consultas, testes laboratoriais, exames e medicamentos. Além disso, recorrentemente, os hospitais não possuem recursos materiais ou quadro de profissionais suficientes, o que motiva a população a procurar as organizações com elevada frequência e preferencialmente em relação ao sistema público de saúde. No limite, porém, o ideal seria que o Estado pudesse suprir todas essas necessidades, cenário ainda distante da realidade e cuja aplicabilidade, no contexto haitiano do Haiti, mostra-se utópica.

Por fim, o estudo conclui que o enraizamento dos princípios da Promoção da Saúde nas práticas das organizações humanitárias estaria atrelado a um novo tipo de globalização, mais próximo aos preceitos da *aldeia global* e da integração entre os povos. Trata-se de uma ideia emancipatória em saúde, que envolve as pessoas e as comunidades nos processos decisórios. Novamente, reforça-se que as organizações possuem potencial para agir de forma muito mais transformadora do que o fazem atualmente: podem estar, cada vez mais, engajadas na mitigação das assimetrias globais, lidando com os paradoxos e as ambiguidades inerentes ao processo de transformação, sem, contudo, impor as suas visões de mundo. Podem, assim, atuar como guardiãs dessa nova abordagem em saúde, que valoriza as relações humanas ao contornar os obstáculos estruturais que o modelo econômico vigente impõe.

A Promoção da Saúde, cujos princípios fazem intersecção com o ideário da Saúde Global, evidencia também a importância da afirmação de políticas públicas, que desmantelem as desigualdades estruturais em saúde. Ainda que essas políticas não garantam a progressão da nova abordagem em saúde, representam um passo importante para o seu desenvolvimento. Nesse sentido, mais que construir hospitais, é fundamental, por exemplo, que as organizações trabalhem para fortalecer os sistemas nacionais de saúde e militem pela inserção e consolidação de políticas públicas.

Ademais, a consolidação dos princípios da Promoção da Saúde nas ações organizacionais propiciaria e seria propiciada, em caráter de reciprocidade, a partir do desenvolvimento de uma nova mentalidade, que conteste, principalmente, o ideário ocidental – o qual inclui pressupostos como o colonialismo, a evangelização, o imperialismo e o neoliberalismo. O *epistemicídio*, ou seja, a consideração do conhecimento oriundo do Norte como o único certo e possível, é outro exemplo de imperialismo exercido pelas organizações.

Reafirma-se, portanto, a necessidade de uma *Nova Globalização*, como propôs Milton Santos, desenvolvida a partir de um entendimento renovado, como indicou Boaventura Santos, pois, no formato atual, a globalização favorece apenas a grupos hegemônicos,

reiterando relações de poder historicamente enraizadas. Para a maioria da população, atualmente, as fronteiras continuam sendo estanques e não porosas; permanecem sendo muros, e não travessias.

Ao escrever esta tese, minha principal aprendizagem foi a importância de se ir além dos muros das Universidades. O conhecimento acadêmico não deve se distanciar demasiadamente do saber da vida, mas ter capacidade de dialogar com as experiências cotidianas das populações. Como mostra a obra *Epistemologias do Sul*, de Boaventura Santos, é fundamental romper o *apartheid* entre o conhecimento acadêmico e popular, enfatizando também a razão quente, a poesia, a espiritualidade e a arte, ao invés de reproduzir continuamente o modelo de mercadorização da vida.

Por isso, como encerramento, espero que as ideias apresentadas neste estudo não fiquem isoladas em si mesmas ou permaneçam empoeiradas nas prateleiras dos espaços acadêmicos, mas ajudem a disseminar uma nova mentalidade sobre a saúde, que seja alinhada com os princípios da Promoção da Saúde, capaz de aprimorar a atuação das organizações humanitárias e propulsora de transformações sociais profundas.

Almejo, ademais, que o estudo tenha ressaltado a importância da construção de conhecimentos por meio da Participação Social e da Intersetorialidade, de modo a caminharmos, ainda que paulatinamente, de mãos dadas rumo à edificação de um mundo mais solidário e justo, como recita a epígrafe de Carlos Drummond de Andrade, que abriu este estudo, e os preceitos da Saúde Global. O advento desta mentalidade não possui um modelo pronto, estando em permanente elaboração, mas sustenta a potencialidade de modificar o cenário de discrepância nas regiões mais vulneráveis do mundo, como é o caso do Haiti e de outros países latino-americanos, vítimas de duros passados coloniais e graves disparidades sociais, entre os quais o Brasil.

REFERÊNCIAS

- Abong. ONGs, identidade e desafios atuais. Cadernos ABONG, no. 27, maio, 2000.
- Amorim CLN. Entre o desequilíbrio unipolar e a multipolaridade: o Conselho de Segurança da ONU no período pós-guerra Fria. O Brasil e as Novas Dimensões da Segurança Internacional. Editora Alfa-Omega, 1999.
- Agier M. Refugiados diante da nova ordem mundial. Tempo soc., São Paulo, v. 18, 2006.
- Alarcos FJ. Bioética global, justicia y teologia moral. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, 2005.
- Andrade CD. "Mãos dadas", Sentimento do mundo. Disponível em: <<http://www.memoriaviva.com.br/drummond/poema019.htm>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.
- Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.
- Antunes I. Lutar com palavras. São Paulo: Parábola, 2005.
- Assistance, Global Humanitarian. Global humanitarian assistance report, v. 27, 2013. Disponível em: <<http://www.globalhumanitarianassistance.org/reports>>. Acesso em: <30 de janeiro de 2019>.
- Ayres JRC et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wangner de Souza et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Bauman Z. Danos colaterais: desigualdades sociais numa era global. Zahar, 2013.
- Bauman Z. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Zahar, 2003.
- Bauman Z. Globalização: as consequências humanas. Zahar, 1999.
- Berringer T, Azzi D. Globalização em xeque. Cadernos de Análises da Conjuntura, 2018.
- Biehl J, Pretyna A. Peopling Global health. Saúde e Sociedade. vol. 23, n. 2, abr/jun 2014.
- BNDES. Programa de Apoio a Crianças e Jovens em Situação de Risco Social. Área Social, 2000.
- Boaventura DSS. Para uma nova visão da Europa: aprender com o Sul. Sociologias, v. 18, n. 43, p. 24-56, 2016.
- Bouchet-Saulnier F, Dubuet F. Legal or Humanitarian Testimony? History of MSF's Interaction with Investigations and Judicial Proceedings. Cahiers du Crash (Paris: CRASH/Fondations Médecins Sans Frontières, 2007.
- Brandon K et al. Conservação brasileira: desafios e oportunidades. Megadiversidade, v. 1, n. 1, 2005.
- Brasil, Red Interagencial de Informaciones de et al. Indicadores Básicos de la Salud en Brasil: conceptos y aplicaciones. 2008.

Buralli R et al. Moving toward the sustainable development goals: the Unleash Innovation Lab Experience. *Revista Ambiente & Sociedade*, v. 21, 2018.

Burman E. *Deconstructing Development Psychology*. Plenum, 1994.

Buss PM, Ferreira JR, Hoirisch C. Health and development in BRICS countries. *Saúde e Sociedade*, 2015.

Buss PM. Global health and health diplomacy. *Cadernos de saúde pública*, v. 29, n. 1, p. 8-9, 2013.

Buss PM, Ferreira JR. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação, Inovação de Saúde*, v. 4, n. 1, p. 93-105, 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/350/516>>. Acesso em: <12 de julho de 2013>.

Buss PM, Pellegrini FA. Health and its social determinants. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Fiocruz, 2003.

Buss PM. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & saúde coletiva, 2000.

Caponi S. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

Canesqui AM. *Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 1088-1095, 2004.

Castro JV. *O Terceiro Setor. 1º Módulo-Capacitação de Dirigentes, Funcionários e Colaboradores de Organizações Não-Lucrativas*. Florianópolis: UNIVALI, 1999.

Castillo-Salgado C. Trends and directions of global public health surveillance. *Epidemiological Reviews*, Baltimore, v. 32, n. 1, p. 93-109, 2010.

Chandler D. The road to military humanitarianism: How the human rights NGOs shaped a new humanitarian agenda. *Hum. Rts. Q.*, v. 23, 2001.

Chauí M. *Introdução à história da filosofia: Dos pré-socráticos a Aristóteles*. Editora Companhia das Letras, 2018.

Chomsky N. *Language and mind*. Cambridge University Press, 2006.

Chorev N. *The World Health Organization between north and south*. Cornell University Press, 2012.

Cockayne J. The global reorganization of legitimate violence: military entrepreneurs and the private face of international humanitarian law. *International Review of the Red Cross*, v. 88, n. 863, 2006.

Cerqueira, GV. A Conferência de Haia de Direito Internacional Privado. *Revista da Faculdade de Direito*, v. 1, n. 20, 2001.

Cueto, M. A Return to the Magic Bullet? Malaria and Global Health in the Twenty-First Century. In *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, Biehl and Petryna eds. Princeton: Princeton University Press, 2013.

Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Editora FIOCRUZ, 2009.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2003.

Dees, JG. Enterprising nonprofits. *Harvard business review*, v. 76, 1998.

Duffield M. Global Governance and the New Wars: The Merging between Development and Security. Zed Books, 2001.

Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em perspectiva*, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

Featherstone AP, Vanantwerp JG, Braaz RD, Richard D. Identification and control of sheet and film processes. Springer Science & Business Media, 2012.

Fernandes RC. O que é o Terceiro setor? *Revista do legislativo*, Belo Horizonte, n. 18, 1997.

Fernandes RC. Privado Porém Público: O terceiro setor na América Latina. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume – Dumaré, 1994.

Ferreira S, Dias M. A leitura, a produção de sentidos e o processo inferencial, 2004.

Finnemore M. Norms, culture, and world politics: insights from sociology's institutionalism. *International organization*, v. 50, n. 2, 1996.

Fischer RM, Falconer AP. Desafios da parceria governo e Terceiro Setor. *Revista de administração*, 1998.

Flick, Uwe. Introdução à Pesquisa Qualitativa 1. Artmed Editora, 2008.

Flick, Uwe. Introdução à Pesquisa Qualitativa 2. Artmed Editora, 2008.

Flick, Uwe. Introdução à Pesquisa Qualitativa 3. Artmed Editora, 2008.

Fonseca JS. Metodologia da Pesquisa Científica. 2002.

Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. Vol.24, Epub, 2015.

Fortes PAC, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 366-375, 2014.

Fortes PAC. Bioética e Saúde Global: um diálogo necessário. *Revista Bioética*, v. 20, n. 2, p. 219-225, 2012.

Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, 2004.

Foucault M. O nascimento da clínica. Forense Universitária, 1980.

Foucault M. Microfísica do Poder. Editora Paz e Terra, 1979.

Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Guilhaon Albuquerque. Revisão técnica de José Augusto Guilhaon Albuquerque. São Paulo: Graal, 1998.

Foucault M. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). Tradução Maria Ermantina Galvão. Martins Fontes, 2005.

Fox F. A New Humanitarianism: A New Morality for the 21st Century?, *Disasters*, 2001.

Franco GA, Álvarez DC. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 25, n. 6, p. 540-547, 2009

Freire P. Pedagogy of the oppressed (MB Ramos, Trans.). Continuum, v. 2007, 1970.

Fried LP et al. Global health is public health. *The Lancet*, London, v. 375, p. 535-537, 2010.

Friedman TL. O mundo é plano: uma breve história do século XXI. Editora Companhia das Letras, 2014.

Gerson F. A crise da racionalidade do direito brasileiro como obstáculo ao implemento das novas metas locais emancipatórias. 2011.

Jacques N, et al. Equidade na atenção à saúde de mulheres no Haiti. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 41, p. e34, 2018.

Jobe K. Disaster relief in post-earthquake Haiti: unintended consequences of humanitarian volunteerism. *Travel medicine and infectious disease*, v. 9, n. 1, 2011.

Joint LA. Sistema educacional e desigualdades sociais no Haiti: o caso das escolas católicas. *Pró-Posições*, 2008.

Júnior IF, Ayres JCM. Saúde pública e direitos humanos. *Bioética e Saúde Pública*. 2ª. Ed São Paulo (SP): Edições Loyola, p. 63-9, 2003.

Galeano E. As veias abertas da América Latina. Editora Paz e Terra, 1980.

Giddens A. As consequências da modernidade. UNESP, 1991.

Grosso LA. Responsabilidade social empresarial e a mercantilização da solidariedade. *Serviço Social & Sociedade*, p. 143-162, 2007.

Gorender J. O épico e o trágico na história do Haiti. *Estudos Avançados*, v. 18, n. 50, 2004.

Gostin L, Allyn L. Taylor O'Neill Institute for National and Global Health Law at Georgetown University Law Center. *Global Health Law: A Definition and Grand Challenges*, 2015.

Gostin L, Sridhar D. Global health and the law. *New England Journal of Medicine*, v. 370, n. 18, 2014.

Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina da Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

Hall H. A identidade cultural na pós modernidade. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

Heidmann ITSB et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*, 2006.

Hendriksen RS et al. Population genetics of *Vibrio cholerae* from Nepal in 2010: evidence on the origin of the Haitian outbreak. *MBio*, v. 2, n. 4, p. e00157-11, 2011.

Hershmann MM, Pereira CAM. A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30. Rio de Janeiro: Rocco, p. 3-22, 1994.

Hofman M. Afghanistan: A Return to Humanitarian Action. MSF, Special Report, 2010.

Hudson M. Administrando organizações do Terceiro setor - o desafio de administrar sem receita. Makron Books, 2004.

Huhn A. *Sickness and healing: an anthropological perspective*. New Haven: Yale University Press, 1995.

Jerome J, Ivers C. Community health workers in health systems strengthening: a qualitative evaluation from rural Haiti. *AIDS (London, England)*, v. 24, n. Suppl 1, p. S67, 2010.

Kant I. *Crítica da razão pura e outros textos filosóficos*. Abril Cultura, 1974 (1787).

Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, v. 4, n. 12, 2016.

Kickbusch I *Global health: a definition 2002*. New Haven: Yale, 2013. Disponível em: <<http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/global-health.pdf>>. Acesso em: <21 de janeiro de 2013>.

Kidder T. *Mountains Beyond Mountains: The Quest of Dr. Paul Farmer, A Man Who Would Cure the World*. PIH, 2003.

Koch I. *Desvendando os segredos do texto*. São Paulo, SP: Cortez; 2011.

Koplan J et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet*, v. 373, p.1993-1995, 2009.

Labonte S et al. Monopole antennas for microwave catheter ablation. *Transactions on microwave theory and techniques*, 1996.

Lacroix E, Hawrylyshyn K, Altime J. Anticipating the future: Children and young people's voices in Haiti's Post Disaster Needs Assessment (PDNA). 2010.

Leebaw B. The politics of impartial activism: humanitarianism and human rights. *Perspectives on Politics*, v. 5, n. 2, p. 223-239, 2007.

Leite AJM, Caprara A, Coelho JM. *Habilidades de Comunicação com pacientes e famílias*.

Loyola MA. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, 2008.

Lopez DSF. *Haitianos em São Paulo: Uma etnografia urbana e institucional da ajuda*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2018.

Luquero F, et al. Mortality rates during cholera epidemic, Haiti, 2010–2011. *Emerging infectious diseases*, v. 22, n. 3, 2016.

Machado R. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Edições Graal, 1978.

Mackintosh K. Holder v. Humanitarian Law Project: implications for humanitarian action: a view from medecins sans frontieres. *Suffolk Transnat'l L. Rev.*, v. 34, p. 507, 2011.

Madeira F, Reicher MRB. O desafio das estatísticas do terceiro setor. *São Paulo em Perspectiva*, p. 177-184, 2003.

Manciaux M, Fliedner, TM. World health: a mobilizing utopia? In: GUNN, S.W.A. et al. *Understanding the global dimensions of health*. New York: Springer Science + Business Media, p. 69-82, 2005.

Martins HS. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e pesquisa*, v. 30, n. 2, 2004.

May T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. Artmed, 2004.

Melo, MP. Boaventura de Sousa Santos e antimarxismo: algumas notas. *Revista HISTEDBR On-Line*, v. 10, n. 39, p. 297-315, 2010.

Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate*, p. 190-203, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00190.pdf>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Médicos Sem Fronteiras [Internet]. Relatório anual do MSF 2010. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/content/relatorio-anual-2010>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Médicos Sem Fronteiras [Internet]. Relatório anual do MSF 2015. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/relatorio-anual-2015>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Médicos Sem Fronteiras [Internet]. Relatório anual do MSF 2016. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/content/relatorio-anual-2016>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Médicos Sem Fronteiras [Internet]. Relatório anual do MSF 2017. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/content/relatorio-anual-2017>>. Acesso em: <19 de março de 2019>.

Médicos Sem Fronteiras. Crises humanitárias, cooperação e o papel do Brasil, 2016.

Médicos Sem Fronteiras. Desequilíbrio fatal: a crise, em pesquisa e desenvolvimento de drogas para doenças negligenciadas. Geneva: Grupo de Trabalho de Drogas para Doenças Negligenciadas, 2001.

Médicos Sem Fronteiras. Exclusão do Acesso a Cuidados de Saúde. Disponível em <<https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atuacao/exclusao-do-acesso-cuidados-de-saude>>. Acesso em: <23 de agosto de 2018>.

Mello DG, et al. A vulnerabilidade e suas relações com a autonomia e a pesquisa com seres humanos. 2008. Tese de Doutorado.

Meneses MP, Santos BS. Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina, 2010.

Merson MH, Black RE, Mils, AJ. International public health: diseases, programs, systems, and policies. 2. ed. Jones and Bartlett, 2006.

Montaño C. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. Cortez Editora, 2002.

Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, 2004.

Nunes LH. Compreensões e ações frente aos padrões espaciais e temporais de riscos e desastres. *Territorium*, n. 16, p. 179-189, 2009.

Nery N. Princípios do processo civil à luz da Constituição Federal. *Revista dos Tribunais*, 1999.

Oliveira, GM. Teoria da dependência: reconstrução e reflexões sobre o contexto contemporâneo. *Primeiros Estudos*, n. 6, p. 102-122, 2014.

Orlandi E. *Discurso e texto*. Campinas, SP: Pontes; 2005.

Paim JS, Almeida N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, v. 32, p. 299-316, 1998.

Pessôa LR et al. A educação permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba. *Divulg Saúde em Debat*, v. 49, p. 165-171, 2013.

Philips M, Markham A. Ebola: a failure of international collective action. *The Lancet*, v. 384, n. 9949, p. 1181, 2014.

Pollak M. Memória e identidade social. *Revista Estudos Históricos*, v. 5, n. 10, p. 200-215, 1992.

Prata, PR. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 1994.

Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Ceará, 2007. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40820301.pdf>>. Acesso em: <23 de agosto 2018>.

Ribeiro H. *Desafios da saúde ambiental global*. Saúde Global, 2013.

Ribeiro H. *Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos*. Saúde e Sociedade, 2004.

Ribeiro, W C. A quem interessa a globalização. *Revista ADUSP*, 1995, n. 2, p. 18-21. Ordem ano e página.

Salamon L. A emergência do Terceiro Setor—uma revolução associativa global. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 1998.

Sampaio JRC, Ventura M. A emergência do conceito saúde global: perspectivas para o campo da saúde coletiva. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 5.4, p. 145-155, 2016.

Sánchez A, Bertolozzi RM. Conhecimento sobre a tuberculose por estudantes universitários. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 12, n. 1, p. 19-26, 2004.

Santos M. *Os processos da globalização*. Editora Porto, p. 31-106, 2001.

Santos M. *Por uma outra globalização*. Rio de Janeiro: Record, v. 174, 2000.

Seguy F. A catástrofe de janeiro de 2010, a "Internacional Comunitária" e a recolonização do Haiti. 2014.

Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. Editora Companhia das Letras, 2018.

Sen A. A ideia de justiça. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

Smith AM. Laclau and Mouffe: The radical democratic imaginary. Routledge, 2012.

Sposati A. Movimentos Utópicos da contemporaneidade: diálogo com Boaventura de Sousa Santos. Educação, Sociedade & Culturas, n. 16, 2001.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, p. 101-122, 2003.

Silva RB. Educação comunitária: além do estado e do mercado. A experiência da Campanha Nacional de Escolas da Comunidade–CNEC (1985-1998). São Paulo: Autores Associados, 2003.

Slim H. Military Intervention to Protect Human Rights: The Humanitarian Agency Perspective, International Council on Human Rights Policy, 2001.

Spearin C. Private, armed and humanitarian? States, NGOs, international private security companies and shifting humanitarianism. Security Dialogue, v. 39, n. 4, 2008.

Sunkel O, et al. Globalização, neoliberalismo e reforma do Estado. Sociedade e Estado em transformação, 2001.

Turato ER. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, n. 44, 2016.

Ventura D. Impacto das Crises Sanitárias Internacionais sobre os direitos dos migrantes. Conectas Direitos Humanos, v. 23, 2016.

Ventura D. Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde. Lua Nova, 2014.

Vestergaard A. Mediatized humanitarianism: Trust and legitimacy in the age of suspicion. Journal of Business Ethics, v. 120, n. 4, 2014.

Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. American journal of health promotion, v. 6, n. 3, p. 197-205, 1992.

Webb D, et al. HIV and AIDS in Africa. Pluto Press, 1997.

Weber M. Religious rejections of the world and their directions. From Max Weber: essays in sociology, v. 2, 1946.

Winslow CEA. The untilled fields of public health. Science, 1920.

World Health Organization. Deaths: WHO region, data by country. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/?theme=main&vid=100001>>. Acesso em: <27 de março de 2014>.

Witzel A. Biographiegestaltung junger Fachkräfte in den ersten Berufsjahren–Methodologische Leitlinien und Herausforderungen im Zuge einer qualitativ-prospektiven Längsschnittstudie. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]; 2000.

ANEXOS

Autorização para entrevistas com imigrantes no pátio da Missão Paz

Autorização para entrevistas com imigrantes no pátio* da Missão Paz

ESTUDANTES E PESQUISADORES

DATA: 17/10/18

Nome	<u>Renata Tereza Haugbol</u>
Instituição/Faculdade	<u>USP</u>
Curso	<u>ciência global e sustentabilidade</u>
Área de pesquisa	<u>Antropologia</u>
Tipo de pesquisa	TCC() Mestrado() Doutorado(☒) Outras() Audiovisual()

❖ Orientação gerais:

- **DATAS E HORÁRIOS:** Fica à critério do estudante/pesquisador. Preferencialmente de segunda à sexta-feira das 8:00 às 18:00.

- **TRADUÇÕES:** No momento, devido a grande demanda de imigrantes, nossos tradutores voluntários estão todos alocados para os atendimentos. Entretanto, há vários imigrantes que falam espanhol e inglês, além de já entenderem um pouco do português.

- **FOTOS, FILMAGENS E GRAVAÇÕES DE VOZ:** Devem ser feitas somente com a autorização pessoal do(a) imigrante ou refugiado(a).

- Não haverá um acompanhamento, por parte de algum funcionário da Missão Paz durante a realização das entrevistas.

- Essa autorização deve ficar em posse do estudante/pesquisador/grupo até o término das entrevistas. Ao final, favor deixar na secretaria da paróquia.

* O estudante ou pesquisador não poderá circular por outros espaços da Missão Paz neste dia, a não ser com autorização prévia.

Compromisso de Conduta Ética do pesquisador e estudante referente à devolutiva dos resultados de pesquisas

COMPROMISSO DE CONDUTA ÉTICA DO PESQUISADOR E ESTUDANTE REFERENTE À DEVOLUTIVA DOS RESULTADOS DE PESQUISAS

CEM – Centro de Estudos Migratórios /São Paulo - Missão Paz / São Paulo -		
Rua do Glicério, 225 – Liberdade – Tel (11) 3340-6952		
São Paulo	UF: SP	CEP: 01514-000

PARA O PESQUISADOR/ESTUDANTE

Nome: <i>Renata Foster Itagyba</i>		
CPF: <i>353 286 948-99</i>		
Tel. <i>11 965404637</i>	Sexo: <i>feminino</i>	Idade: <i>32</i>
e-mail: <i>renataitagyba@gmail.com</i>		
Instituição de ensino: <i>USP</i>		
Área de estudo: <i>Saúde global e Sustentabilidade</i> Curso: <i>Saúde global e sustentabilidade</i>		
Tipo de Pesquisa: <i>Promotor da saúde no Haiti por meio de organização comunitária</i>		
Título: <i>Doutorado</i>		
Início: <i>Julho/2015</i> Duração: <i>4 anos</i>		
Tipo de atividade: ☒ Entrevistas ☐ imagens ☐ exposição ☐		
Área de Atuação: ☒ Humanas ☐ Exatas ☐ biológicas		
Área de Pesquisa: <i>Saúde</i>		
Período de entrega: <i>maio/2019</i>		

Eu, como pesquisador/estudante, **comprometo-me a:**

- Contribuir através da minha pesquisa com a construção de uma sociedade igualitária e justa, respondendo positivamente a coletividade como um todo.
- Como forma de reconhecimento pelo apoio recebido desta instituição e das pessoas que colaboraram com minha pesquisa dar uma devolutiva que pode ser via: impressa, digital ou outro meio que for possível, quando da finalização do mesmo. (exemplo: PDF do trabalho completo, ou vídeo ou fotos etc).
- Respeitar a legislação vigente no Brasil, principalmente no que tange aos direitos e deveres no uso de história de vida, imagens pessoais etc., de acordo com o código de ética disponibilizado por sua instituição de ensino.

São Paulo, de de

Assinatura da instituição

Assinatura do Pesquisador

Aceite do Comitê de Ética – Plataforma Brasil

Data do aceite: 30 de outubro de 2017

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção da saúde infantil no Haiti por meio de organizações humanitárias

Pesquisador: RENATA FORTES ITAGYBA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71187316.2.0000.5421

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

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.358.118

Apresentação do Projeto:

O projeto visa analisar de que forma as principais instituições do Terceiro Setor, especializadas na área da saúde, atuam na promoção da saúde das crianças haitianas. Para isso, serão analisadas três instituições de grande porte, que foram selecionadas a partir do relatório da Global Geneva (2015), consultoria filantrópica especializada no desenvolvimento internacional e reconhecida mundialmente na avaliação de organizações do Terceiro Setor.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar de que forma as principais instituições do Terceiro Setor, especializadas na área da saúde, atuam na promoção da saúde das crianças haitiana

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Observação participativa e entrevistas, quando possível, com risco baixo, indica que vai seguir as regras de ética para a realização das mesmas, respeitando as culturas locais. Quanto aos benefícios, cita a divulgação sobre a atuação do Terceiro Setor na América Latina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segunda versão, para correção de termos no TCLE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Agora corrigidos (nome da faculdade, detalhes sobre aceitação)

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.358.118

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_783835.pdf	11/09/2017 21:05:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TLCERenata092017.docx	11/09/2017 21:03:47	RENATA FORTES ITAGYBA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostojunho2017.pdf	19/08/2017 10:01:10	RENATA FORTES ITAGYBA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	resumoetica.docx	29/05/2017 19:51:05	RENATA FORTES ITAGYBA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Outubro de 2017

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

CURRÍCULO LATTES

Renata Fortes Itagyba

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3057680661313696>

ID Lattes: 3057680661313696

Última atualização do currículo em 26/12/2016

Atualmente, é doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade na Faculdade de Saúde Pública da USP. Realizou um ano de doutorado em Psicologia Social (2015), é mestre em Ciências da Comunicação (2013), licenciada e bacharel em Filosofia (2010), sendo todos os títulos obtidos pela Universidade de São Paulo (USP). Durante 18 meses (2008-2010), realizou intercâmbio nos Estados Unidos e participou de cursos complementares na Long Island University, no estado de Nova Iorque. Ainda no campo educacional, desenvolveu ações voluntárias no Brasil e no exterior, como no Hospital da Cruz Vermelha em Rondebosch, na África do Sul. Ofereceu aulas voluntárias de Redação e Literatura a jovens pré-vestibulandos, além de ter lecionado Filosofia no Colégio Dante Alighieri e atuar em projetos como especialista de desenvolvimento humano e responsabilidade social em ambientes organizacionais. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Renata Fortes Itagyba
Nome em citações bibliográficas	ITAGYBA, R. F.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2015	Doutorado em andamento em Saúde Global e Sustentabilidade (Conceito CAPES 4). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Pensando o Terceiro Setor: um estudo das organizações da área de saúde em escala global, Orientador: Cláudia Maria Bógus.
2014 interrompida	Doutorado interrompido em 2015 em Psicologia Social (Conceito CAPES 4). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Publicações psicanalíticas brasileiras em tempos de ditadura, Orientador: Belinda Mandelbaum. Ano de interrupção: 2015 Palavras-chave: Ditadura militar brasileira; Psicologia Social; revistas brasileiras de Psicanálise.
2011 - 2013	Grande área: Ciências Humanas Mestrado em Ciências da Comunicação (Conceito CAPES 4). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O Brasil ditatorial nas páginas do The New York Times (1964-1985), Ano de Obtenção: 2013. Orientador: Sandra Reimão. Palavras-chave: Ditadura militar brasileira; New York Times; Imprensa internacional.
2016 - 2016	Grande área: Ciências Sociais Aplicadas Aperfeiçoamento em Saúde Pública. (Carga Horária: 24h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Participação social, empoderamento e pesquisa participativa: metodologias para a Promoção da Saúde - FSP/SP. Ano de finalização: 2016. Orientador: Profª, Drª. Nina Wallerstein.
2010 - 2010	Aperfeiçoamento em Licenciatura em Filosofia. (Carga Horária: 180h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Licenciatura em Filosofia. Ano de finalização: 2010.
2004 - 2010	Graduação em Filosofia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1990 - 2003	Ensino Médio (2º grau). Colégio Dante Alighieri, SP, Brasil.

Cláudia Maria Bógus

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2777821546207314>
Última atualização do currículo em 19/01/2018

Cláudia Maria Bógus possui graduação em Pedagogia (1987) pela Faculdade de Educação da USP, 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. Participou do Programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana de Saúde em WDC (EUA) em 2001. É docente da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2004 e credenciada como orientadora de Mestrado e Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2005 e junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade desde 2013. Atua na área de saúde coletiva e saúde pública com ênfase em promoção da saúde, educação em saúde, participação social em saúde e políticas públicas em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cláudia Maria Bógus
Nome em citações bibliográficas	BÓGUS CM;BÓGUS C;BÓGUS, CLÁUDIA MARIA;Bógus, Cláudia Maria;BÓGUS, CLÁUDIA;BÓGUS, CLÁUDIA M;BÓGUS, CLÁUDIA M.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617955 Fax: (11) 30833501 URL da Homepage: http://www.usp.br/fsp
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1997	Doutorado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A formação política e o fortalecimento da participação popular em saúde: o caso dos cursos de formação política de conselheiros de saúde da zona leste de São Paulo, Ano de obtenção: 1997. Orientador: Marcia Faria Westphal. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: conselhos de saúde; participação social; processo educativo. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
1989 - 1992	Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Reforma sanitária e a Educação Continuada: a importância do investimento nos recursos humanos locais de saúde, Ano de Obtenção: 1992. Orientador: Marcia Faria Westphal. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: educação em saúde; participação social; processo educativo. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
2001 - 2001	Especialização em Training Program in International Health. (Carga Horária: 1840h). Pan-American Health Organization, PAHO, Estados Unidos. Bolsista do(a): Pan-American Health Organization, PAHO, Estados Unidos.
1988 - 1988	Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 1124h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.