

Globethics Repository



Globalismo provincial e uma visão sistêmica da saúde [provincial Globalism and a systems view of health]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Junges, Márcia
Publisher	Instituto Humanitas Unisinos - IHU
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-15 19:34:23
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/158437

Globalismo provincial e uma visão sistêmica da saúde

A economista política Jennifer Ruger explora as bases para uma Teoria global da justiça e da saúde, que articule responsabilidades conjugadas

POR MÁRCIA JUNGES E ANDRIOLLI COSTA / TRADUÇÃO: MOISÉS SBARDELOTTO

Na era das inter-relações e do encurtamento das fronteiras, não existem limites verdadeiros para questões de saúde pública. Foi com esta preocupação em mente que a economista política Jennifer Ruger desenvolveu as bases para o que chama de *teoria global da justiça e da saúde*. Para ela, o enfrentamento de questões éticas universais deve se dar não apenas em nível global ou local, mas pela articulação da responsabilidade de ambos os polos. É a visão minimalista global, nomeada “globalismo provincial”.

“O globalismo provincial é como um meio-termo entre o nacionalismo e o cosmopolitismo, em que um consenso provincial deve acompanhar um consenso global sobre a moralidade da saúde”, esclarece ela, em entrevista por e-mail à **IHU On-Line**. Essa linha de raciocínio postula que as desigualdades, as externalidades e as questões transfronteiriças na saúde são moralmente preocupantes e que “os esforços para resolver estes e prevenir outros problemas de saúde global futuros são moralmente justificados”.

Os motivos para o caos e a desordem na saúde global estão, portanto, no fato de que atores globais e nacionais moldam instituições políticas e programas, no interesse dos seus próprios países e organizações, em vez do objetivo geral de igualdade de saúde e dos interesses de todos os seres humanos. Desta forma, Ruger propõe: “O globalismo provincial e o paradigma da capacidade de saúde, assim, rejeitam uma visão estreita e compartimentada da desigualdade e a busca de uma solução para a redução das desigualdades de saúde”.

Ruger publicou trabalhos sobre ética e economia das políticas de saúde e de saúde públi-

ca, incluindo equidade e eficiência de acesso ao sistema de saúde, financiamento, alocação de recursos, reforma política e determinantes sociais da saúde. Sua formação inclui áreas como justiça de saúde global; governança de saúde global; saúde e justiça social; financiamento da saúde e sistemas de seguros e de saúde. Sua pesquisa é realizada em nível nacional e internacional, incluindo trabalhos na Índia, Indonésia, Malawi, Malásia, Marrocos, África do Sul, Coreia do Sul, Estados Unidos e Vietnã.

Jennifer Prah Ruger é graduada em Economia Política pela Universidade da Califórnia-Berkeley. É mestre pela Universidade de Oxford, pela Escola de Direito e Diplomacia Fletcher e pela Universidade Yale. Possui doutorado pela Universidade de Harvard e pós-doutorado pelo Centro de População e Desenvolvimento de Estudos de Harvard. Trabalhou como economista de saúde do Banco Mundial e atualmente é membro do Instituto de Conselho de Medicina em Saúde Global. Participou ainda do Instituto do Comitê de Medicina para avaliar o Plano de Emergência do presidente dos EUA para o combate à AIDS (PEPFAR). É autora de *Health and Social Justice* (Oxford: University Press, 2009).

Ruger apresenta a conferência *Paradigma de capacitação em saúde*, no dia 22-10-2014, às 20h, no Auditório Central da Unisinos. O evento integra a programação do *XIV Simpósio Internacional IHU – Revoluções Tecnocientíficas, Culturas, Indivíduos e Sociedades. A modelagem da vida, do conhecimento e dos processos produtivos na tecnociência contemporânea*.

Confira a entrevista.

IHU On-Line – E em que consiste a teoria da justiça e da saúde que a senhora formulou?

Jennifer Ruger – Minha teoria oferece uma visão minimalista global que chamo de “globalismo provincial” como um meio entre o nacionalismo e o cosmopolitismo, em que um consenso provincial deve acompanhar

um consenso global sobre a moralidade da saúde. Essa conta minimalista afirma as obrigações globais e nacionais de promover o desenvolvimento humano e, mais especificamente, as capacidades centrais de saúde dos indivíduos. Sob esse ponto de vista, a justiça requer que se priorizem as responsabilidades mediante a governan-

ça de saúde compartilhada para reduzir as desigualdades de recursos nas capacidades centrais de saúde – um dever geral de reduzir a mortalidade prematura e a morbidade evitável. Ela examina as dificuldades apresentadas pelos princípios de conexão, causalidade, remediação, parcialidade e capacidade na alocação de responsabili-

dades para a saúde global. Ela oferece uma teoria da atribuição de responsabilidade baseada na compreensão dos componentes analíticos necessários para resolver os problemas globais de saúde e distribui conformemente papéis e responsabilidades nos níveis global, nacional, local e individual. As atribuições de responsabilidade jazem sobre funções e necessidades e sobre a eficácia e as obrigações especiais dos diferentes atores, respeitando a autodeterminação por parte de grupos e indivíduos e buscando compromissos voluntários. Essa visão entende que a solução para os problemas globais de saúde deve ser sustentável para levar as nações e a comunidade global de saúde a um novo equilíbrio global de saúde que remedeie os atuais problemas e prepare para as novas ameaças à saúde por vir.

IHU On-Line – De que modo o globalismo provincial ajuda a compreendermos a relação entre uma teoria da justiça e da governança de saúde global?

Jennifer Ruger – A governança global de saúde tem sido enquadrada como uma questão de segurança nacional, de segurança humana, de direitos humanos e de bens públicos globais. A literatura sobre governança global de saúde é essencialmente desvinculada de um quadro teorizado para iluminar ou para avaliar a governança. A linha de raciocínio do globalismo provincial [*provincial globalism*] (PG) e da governança de saúde compartilhada [*shared health governance*] (SHG) postula que as desigualdades, as externalidades e as questões transfronteiriças na saúde são moralmente preocupantes e que os esforços para resolver estes e prevenir outros problemas de saúde global futuros são moralmente justificados. Essa visão apela aos deveres positivos, tanto gerais quanto específicos, para criar as condições para a capacidade de ser saudável para todos os seres humanos, e aos deveres negativos de não prejudicar ou de não diminuir essas perspectivas. Esses direitos, por sua vez, geram deveres de cooperação e obrigações sobre os atores nacionais e internacionais e exigem a reforma das instituições globais e nacionais para melhor se alinharem com os valores morais. Essa linha de pensamento se soma a um sistema global de saúde de nível misto em que os

respectivos papéis e responsabilidades se baseiam em funções, necessidades e compromissos voluntários. A linha de raciocínio PG/SHG integra princípios de justiça de saúde global com um quadro de saúde global – governança de saúde compartilhada – que jaz sobre a premissa de que os atores do sistema de saúde global realmente visarão a alcançar a justiça de saúde global, ao invés apenas do autointeresse ou do interesse nacional. A visão do PG/SHG propõe uma explicação para o caos e a desordem na saúde global: um modelo de ator racional pelo qual atores globais e nacionais moldam instituições políticas e programas, no interesse dos seus próprios países e organizações, em vez do objetivo geral de igualdade de saúde e dos interesses de todos os seres humanos nessa busca. Em muitos casos, tais atores podem não saber, ou reconhecer, o resultado cumulativo das suas ações. A estrutura teórica pode ajudar a iluminar a situação atual e auxiliar no desenvolvimento de reformas para melhor alinhar nossas instituições globais e nacionais e nossas ações com princípios de justiça e de conduta ética.

IHU On-Line – Por que razão alguns países têm um acesso tão precário à saúde?

Jennifer Ruger – Há muitas razões para isso, mas o meu trabalho está particularmente preocupado com os determinantes sociais multifacetados da saúde, ou os determinantes da saúde fora, assim como dentro, do sistema de saúde. Por exemplo, privações em educação e nutrição, desigualdade de renda, falta de imparcialidade, representação ou participação políticas, qualidade dos ambientes de trabalho e infraestrutura subdesenvolvida podem, cada um, contribuir para um acesso pobre às condições de saúde. O globalismo provincial e o paradigma da capacidade de saúde, assim, rejeitam uma visão estreita e compartimentada da desigualdade (por exemplo, o foco na distribuição de renda) e a busca de uma solução para a redução das desigualdades de saúde. A incapacidade de alguns atores nacionais de resolverem o sistema de saúde e os determinantes sociais da saúde são exacerbados pelo modelo de ator racional de governança global, em que o autointeresse, e não os interesses de saúde de todos os

seres humanos, impulsiona o desenvolvimento de instituições, políticas e programas influentes.

IHU On-Line – Como os governos dessas nações trabalham a garantia do direito à saúde para as pessoas?

Jennifer Ruger – Sentiríamos-nos duramente pressionados a encontrar um direito humano mais controverso ou nebuloso do que o “direito à saúde” – um direito que decorre, principalmente, mas não exclusivamente, do artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹ e que exige que os governos reconheçam “o direito de todos ao mais alto nível possível de saúde física e mental”. Embora ativistas, organizações não governamentais e acadêmicos tenham feito progressos significativos na promoção de uma abordagem dos direitos humanos à saúde, ao campo da saúde e aos direitos humanos mais em geral, a estratégia dos direitos humanos tem sido apenas moderadamente eficaz, por exemplo, nos esforços para controlar e mitigar a epidemia de HIV/AIDS e para implementar a constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS. Portanto, uma parte do meu trabalho tem sido o desenvolvimento de uma justificativa teórica sólida para o direito à saúde. Eu defendo o direito à saúde como um direito significativo e funcional. Sustentar o esforço de realizar um direito à saúde exige compromissos individuais e sociais que eu chamo de normas morais públicas [*public moral norms*]. Eu defendo o tratamento do direito à saúde como uma exigência ética de equidade em saúde. Essa exigência ética exige que os indivíduos, os Estados e os atores não estatais internalizem essas normas morais públicas para melhorar a implementação e o cumprimento de um direito à saúde na política e no direito internacional dos direitos humanos.

¹ Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC): é um tratado multilateral adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966 e em vigor desde 3 do referido ano. O acordo diz que seus membros devem trabalhar para a concessão de direitos econômicos, sociais e culturais (DESC) para pessoas físicas, incluindo os direitos de trabalho e o direito à saúde, além do direito à educação e à um padrão de vida adequado. Em 2013, o pacto tinha 160 membros e sete países, incluindo os Estados Unidos da América, havia assinado, mas ainda não ratificaram o tratado. (Nota da IHU On-Line)

IHU On-Line – Quais são os desafios fundamentais do binômio justiça-saúde em nosso tempo?

Jennifer Ruger – Em primeiro lugar, o impacto da doença recai de forma desigual sobre os povos do mundo. As desigualdades de saúde globais em adultos e a mortalidade infantil são grandes. A probabilidade de que uma criança morra antes dos cinco anos e de que um adulto morra jovem é desproporcionalmente elevada em toda a África subsaariana e no Afeganistão, pior do que em outras regiões geográficas ou países. Os países com uma alta taxa de mortalidade infantil e juvenil estão fazendo um progresso lento rumo à sua redução, e os países com a mais alta mortalidade de adultos realmente perderam terreno, revertendo uma tendência de redução da mortalidade entre os anos 1960-1990. Além disso, 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento. Várias variáveis econômicas, sociais e do setor de saúde que operam no nível global e nacional contribuem para as desigualdades de saúde global. As desigualdades de saúde não se limitam à arena global; dentro dos países, elas são generalizadas e muitas vezes dramáticas. As diferenças nas perspectivas de vida por nível socioeconômico, até mesmo nos países ricos como os Estados Unidos, ameaçam a viabilidade e a sustentabilidade dos sistemas econômicos nacionais.

Externalidades de saúde crescentemente poderosas são uma segunda preocupação premente de saúde global. As doenças transmissíveis, como a H1N1² e gripe aviária,³ entre outras, representam ameaças significativas e potencialmente letais de saúde para todos, independentemente da nacionalidade. A globalização tem exacerbado e acelerado a propagação da

doença através das fronteiras, apresentando desafios substanciais para além da capacidade dos Estados individuais de gerenciar isso. Como as externalidades negativas associadas com a propagação internacional de riscos de saúde patogênicos são moralmente arbitrárias, elas são moralmente problemáticas.

Um terceiro desafio é reformar a estrutura de Global Health Governance – GHC (Governança de Saúde Global, em português) para que ela possa lidar melhor com as questões de justiça e de saúde. Uma falta de estrutura clara é uma característica evidente da GHG. Os papéis desempenhados pelos Estados-nações, pelas organizações da ONU, pelas organizações internacionais, por ONGs, Civil Society Organizations – CSOs (Organizações da Sociedade Civil, em português e Parcerias Público-Privadas – PPPs não estão bem delineados. Cada um serve a várias funções: como fontes de financiamento, como originadores de iniciativas e como implementadores, monitores e avaliadores. Os observadores afirmam que não existe nenhuma arquitetura de saúde global, embora alguns caracterizem a GHG como três círculos concêntricos de atores. Os estudiosos podem discordar sobre a descrição estrutural, mas o caos operacional é indiscutível. A competição entre atores e prioridades corre solta; o financiamento e as iniciativas muitas vezes ignoram os governos, o que complica o planejamento nacional; e as exigências de doação (por exemplo, para a prestação de contas) muitas vezes levam à duplicação e ao desperdício.

IHU On-Line – Numa época de característica tecnocientífica, como percebe a modelagem da vida a partir do controle da saúde das populações?

Jennifer Ruger – A minha opinião se baseia na obrigação da sociedade de manter e de melhorar a saúde, que jaz sobre a ideia de “desenvolvimento humano” [*human flourishing*], a capacidade de viver uma vida florescente e, portanto, saudável. O desenvolvimento e a saúde são inerentes à condição humana. De fato, certos aspectos da saúde sustentam todos os outros aspectos do desenvolvimento humano, porque, sem estar vivo, nenhum outro funcionamento humano é possível, incluindo a agência, a ca-

pacidade de levar uma vida que temos razão para valorizar. A capacidade descreve o que os indivíduos são capazes de fazer e de ser, oferecendo uma sensação realista da sua liberdade para buscar as vidas que eles têm razão para valorizar. Assim, a sociedade é moralmente obrigada a dar importância à prevenção ou à melhoria de perdas no funcionamento físico, mesmo que a avaliação da utilidade subjetiva de uma pessoa seja bastante elevada e mesmo que a oportunidade de emprego ainda seja possível. Em suma, a capacidade de uma pessoa de funcionar, ao invés de ser feliz, deve ser a medida para avaliar as políticas públicas. Uma visão da capacidade de saúde também inclui a agência humana. A agência individual é importante nas decisões sobre hábitos e riscos de saúde, estilo de vida, prioridades individuais e decisões sobre opções de tratamento. A agência coletiva é importante no nível político, em que a discussão aberta e a tomada de decisão coletiva influenciam as políticas e a alocação de recursos.

IHU On-Line – Nesse sentido, qual é o impacto da manipulação e instrumentalização da vida e da saúde nos diferentes países que a senhora pesquisou?

Jennifer Ruger – Um dos pontos fortes do meu ponto de vista é a de não manipular nem instrumentalizar a vida. A teoria da capacidade, ao contrário das teorias consequencialistas, rejeita a dependência exclusiva à preferência ou às utilidades subjetivas para determinar, por exemplo, a distribuição de bens, tais como os recursos da saúde. Além disso, a teoria da capacidade enfatiza a agência humana e a capacidade dos indivíduos de escolherem para si mesmos a vida que eles gostariam de levar, o que inclui a tomada de decisões sobre a saúde. O objetivo não é manipular ou coagir os indivíduos a escolher o que é melhor para a sua saúde e para a vida que eles gostariam de levar, mas proporcionar o ambiente e a educação necessários para exercer tal agência. O globalismo provincial, que estende essa visão ao nível de governança de saúde global, também tem como objetivo evitar a manipulação e a instrumentalização, respeitando a autodeterminação por parte de grupos e indivíduos, e promovendo compromissos voluntários.

² H1N1 ou influenza A: é uma gripe provocada pelo vírus H1N1 da influenza do tipo A. Ele é resultado da combinação de segmentos genéticos do vírus humano da gripe, do vírus da gripe aviária e do vírus da gripe suína, que infectaram porcos simultaneamente. (Nota da IHU On-Line)

³ Gripe aviária (gripe das aves em Portugal) é o nome dado à doença causada por uma variedade do vírus Influenza (H5N1) hospedado por aves, mas que pode infectar diversos mamíferos. Tendo sido identificada em Itália por volta de 1900, é, no entanto, conhecida por existir em grande parte do globo, concentrando-se hoje principalmente no sudeste asiático. (Nota da IHU On-Line)