

Saúde & Transformação Social
Health & Social Change



Metassínteses Qualitativas e Revisões Integrativas

Doenças Negligenciadas: Revisão da Literatura Sobre As Intervenções Propostas

*Neglected Diseases:
Literature Review on Intervention Proposals*

**Rodrigo Silveira Vasconcelos¹
Douglas Francisco Kovaleski¹
Zeno Carlos Tesser Junior¹**

¹ Universidade Federal de Santa Catarina

Resumo: As doenças negligenciadas, segundo a OMS, são 17 doenças infecciosas que se disseminam em meios de precária estrutura sanitária, condição de moradia, alimentação inadequadas, e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Estas são doenças negligenciadas pelo capital, isto por sua irrelevância enquanto nicho de rendimento econômico, conferindo elevada morbidade às populações acometidas. Este artigo se propõe a analisar o tema das doenças negligenciadas a partir das intervenções propostas para seu controle e erradicação na perspectiva da determinação social do processo saúde/doença. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura acerca das propostas de intervenção em "Doenças Negligenciadas" publicados na revista The Lancet. As primeiras iniciativas de intervenção em doenças negligenciadas foram propostas pela Fundação Rockefeller no início do século XX, que sustentava um modelo de saúde pública orientado para preparar regiões para investimentos financeiros e aumento da produtividade, passando pelos característicos programas internacionais de distribuição de medicamentos no pós II Guerra Mundial, até iniciativas recentes de colaboração interinstitucional. Quando se compreende que programas de intervenção em doenças negligenciadas foram sendo propostos à medida que estas moléstias se apresentavam como obstáculos ao desenvolvimento econômico, percebe-se que a heterogeneidade desses programas foi consequência natural desse processo. Essas doenças são consequência de um processo de desenvolvimento desigual que determina populações em extrema pobreza. A atuação limitada proposta pela comunidade internacional, desde o início do século XX, parte de uma perspectiva curativa que, quando age em prol de populações marginalizadas, o faz de forma a submetê-las aos mínimos toleráveis. A solução passa por construir, junto aos movimentos sociais, pautas correspondentes aos anseios da população.

Palavras-chave: Doenças Negligenciadas; Saúde Pública; Países em desenvolvimento.

Abstract: Neglected diseases, according to WHO, there are 17 infectious diseases that spread in precarious means, sanitary structure, housing conditions, inadequate nutrition, and poor access to health services. These diseases are neglected by capital, that by its irrelevance as niche economic performance, giving high morbidity to the affected populations. This article aims to analyze the issue of neglected diseases from the proposed interventions for their control and eradication in the context of the social determination of the health / disease process. A narrative review of the literature was conducted about the intervention proposals in "Neglected Diseases" published in The Lancet. Early intervention initiatives for neglected diseases were proposed by the Rockefeller Foundation in the early twentieth century, which held a public health-oriented model to prepare regions for investments and increased productivity, through the characteristic international drug distribution programs in post II World War II until recent initiatives of inter-institutional collaboration. When one understands that intervention programs for neglected diseases were being proposed as these diseases presented themselves as obstacles to economic development, it is clear that the heterogeneity of these programs was a natural consequence of this process. These diseases are the result of uneven development process that determines population in extreme poverty. The limited action proposed by the international community since the early twentieth century, part of a healing perspective that, when acting on behalf of marginalized populations, it does so in order to subject them to the minimum tolerable. The solution is to build, together with the social movements, corresponding guidelines to popular expectations.

Keywords: Neglected Diseases, Public Health; Developing Countries

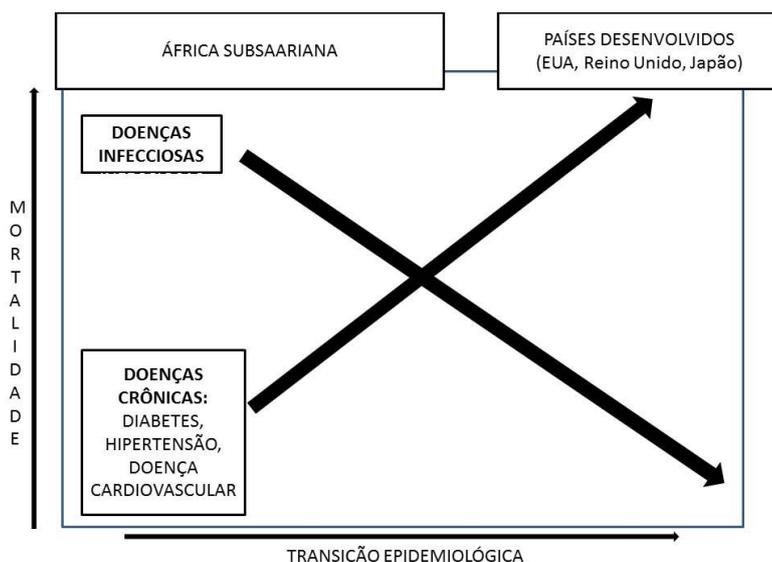
1.Introdução

É comum que se vincule, no meio acadêmico ou de forma casual, o progresso na área da saúde ao desenvolvimento de novas tecnologias para tratar doenças. O desenvolvimento da penicilina exemplifica essa constatação. Trata-se do primeiro antimicrobiano desenvolvido para uso humano que em 1942 mudou o destino de um homem que contraíra uma infecção disseminada. Não fosse a nova droga, seu destino e de milhões de pessoas beneficiadas que o sucederam seria tragicamente comprometido¹.

Nessa perspectiva a humanidade atingiu patamares significativos de saúde, uma vez que inúmeras moléstias antes incuráveis tem agora tratamento eficaz. Entretanto, é preciso atentar para o fato de que esta é uma compreensão limitada acerca da saúde.

Nos países desenvolvidos, o perfil de morbimortalidade principalmente relacionado às doenças infecciosas se alterou profundamente com o desenvolvimento econômico e a conseqüente repercussão em melhores condições de vida, o que se deve principalmente à garantia de direitos conquistados nesses países (moradia e alimentação garantidos, acesso ao sistema educacional e de saúde de qualidade e outros), ainda que não sejam plenos e estejam constantemente ameaçados^{2,3}.

Figura 1: Apresentação ilustrativa da transição epidemiológicas de doenças infecciosas e doenças crônicas.



Fonte: Modificado de Anjana.

A mesma mudança de perfil epidemiológico não é observada em todos os países, sendo que os situados à periferia do sistema capitalista, notoriamente países da África, Ásia e América Latina, ainda mantém perfil de alta morbimortalidade por doenças infecciosas endêmicas, muito embora já exista tratamento eficaz e inclusive a baixo custo disponível. Estas doenças são denominadas negligenciadas⁴.

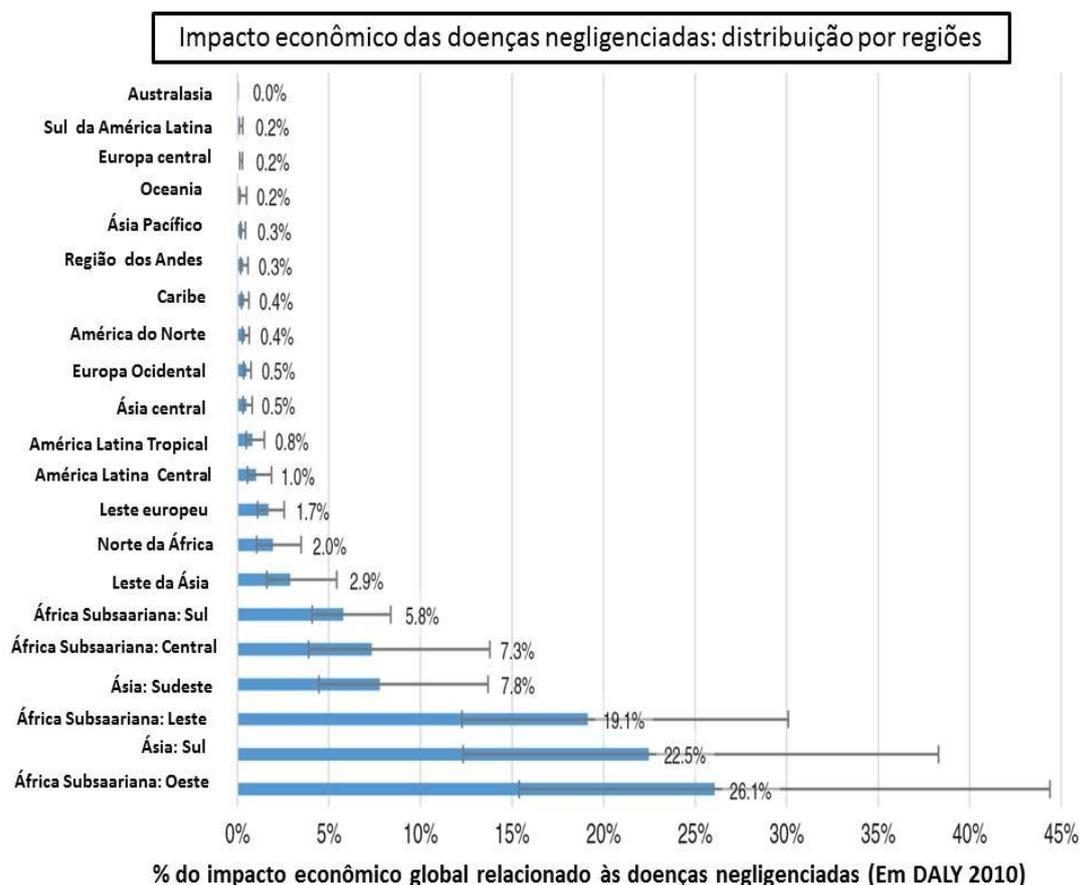
Figura 2: Doenças negligenciadas.

Doenças Negligenciadas
*Helmintos
Ascaridíase; tricuriase; ancilostomíase/necatoriose; estrogiloidíase; toxocaríase; filariose linfática; oncocercose; dracunculíase, esquistossomose; teníase; equinococose.
Protozoários
*Leishmaniose; *Doença de Chagas; *tripanosomíase humana africana; amebíase; giardíase; balantidíase.
Bactérias
Bartonelose; tuberculose bovina; *úlceras de Buruli; *lepra; leptospirose; febre reumática; *tracoma; *treponematoses.
Vírus
*Dengue; febre amarela; raiva; *febre hemorrágicas.
Fungos
Paracoccidiodomicose
Ectoparasitas
Sarna; míase; tungíase.
*Doenças negligenciadas (OMS 2015)

Fonte: Modificado de Peter¹¹.

Doenças Negligenciadas ou Doenças Tropicais Negligenciadas, segundo a definição da OMS, são ao todo 17, notoriamente doenças infecciosas que se disseminam e se perpetuam em meios em que há precária estrutura sanitária, condição de moradia e alimentação além da dificuldade em se acessar o sistema de saúde pelas pessoas. São doenças negligenciadas por sua irrelevância enquanto nicho econômico rentável, não atraindo o interesse de investimentos por instituições financeiras internacionais, ou mesmo da indústria de medicamentos, embora estudos recentes sobre a viabilidade econômica das intervenções venham demonstrando o impacto financeiro causado por essa endemia que acomete um terço da população mundial⁴.

Figura 3: Impacto econômico das doenças negligenciadas distribuído conforme regiões.



Fonte: Modificado de Von Philipsborn⁵.

A repercussão mais evidente dessa endemia global é a alta morbidade causada por essas doenças, que são atualmente tratáveis, mas persistem em alta prevalência, evidenciando que o progresso em saúde não se resume ao proposto desenvolvimento tecnológico tão somente.

A relevância do tema explicita-se na alta prevalência das doenças negligenciadas, que embora seja estarrecedora, tem ínfima relevância junto às instituições de fomento à pesquisa. Ainda que este panorama venha se modificando nos últimos 10 anos, inúmeras lacunas apresentam-se ao se referir ao tema, notoriamente questões relacionadas à determinação do processo saúde-doença que evidenciem os pontos chave das intervenções^{5,6}.

Em vista das questões previamente apresentadas, é objetivo deste artigo interpretar do ponto de vista histórico o processo de determinação das doenças negligenciadas com foco na América Latina e Brasil, analisar as propostas de intervenção com base na análise de conjuntura para refletir sobre possíveis alternativas para lidar com esta realidade catastrófica.

1.1 Doenças Negligenciadas: Conceito

Em 2003, o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional afirmou que ainda não existira uma definição padrão para doenças negligenciadas, indefinição que ainda persiste 12 anos após essa constatação e que reflete a forma como o tema vem sendo abordado ao longo dos anos: por meio de iniciativas isoladas, por vezes efêmeras, focadas em doenças específicas, desenvolvidas por entidades estatais ou privadas com sede em países desenvolvidos, de forma geral².

Ainda que não haja definição precisa e que cada entidade apresente o tema à sua maneira é possível distinguir duas formas de conceituação de doenças negligenciadas, assim como observado em artigo de revisão da revista *The Lancet*.

A primeira definição tem como foco o aspecto da negligência dessas doenças pela comunidade internacional, o que se evidencia no trecho 1, em definição da OMS 2007:

- (1) "Doenças tropicais endêmicas que tem impacto negativo significativo na vida das populações mais pobres e permanecem criticamente negligenciadas pela agenda de saúde pública global..."⁷

Ressalta-se assim a condição de negligência das populações acometidas, que pode ser exemplificada pelos dados seguintes, que serão detalhados no decorrer do artigo:

- Das novas terapêuticas desenvolvidas entre 2000-2011, entre vacinas e medicamentos, 4% correspondem às doenças negligenciadas⁸.
- Do orçamento oficial internacional entre 2003-2007 0,6% foram destinados às doenças negligenciadas².
- As doenças negligenciadas são as mais prevalentes para os 2,7 bilhões de pessoas que vivem com menos de \$2 ao dia².

De maneira distinta, o trecho 2 tem como foco o impacto dessas doenças nas condições de pobreza e desenvolvimento dos países acometidos, assim como suas características fisiopatológicas comuns, mas não explicita o significado do termo "negligenciadas":

- (2) "Doenças negligenciadas é um grupo diverso de infecções causadas por uma variedade de patógenos como vírus, bactérias, protozoários e helmintos. As 17 doenças tropicais negligenciadas priorizadas pela OMS afetam mais de 1 bilhão de pessoas pelo mundo e são endêmicas em 149 países⁹."

Atualmente a segunda definição apresentada é a mais prevalente nos discursos das entidades envolvidas com o tema, como a Organização Mundial de Saúde, Global Network for Neglected Tropical Diseases, Public Library of Sciences - Neglected Tropical Diseases (PLOS).

Essa distinção, em aparência meramente conceitual, é importante na medida em que desconsiderar o aspecto da negligência pode apontar para uma linha de intervenção que não se vincula às determinações principais do problema.

Evidencia-se portanto que o termo "Doenças Negligenciadas", mais que definir um grupo limitado de doenças com seus agentes etiológicos específicos, abrange processos que ratificam a desigualdade social persistente, a qual mantém as pessoas mais pobres em sua condição de persistente exclusão.

1.2 Doenças Negligenciadas: Epidemiologia

O termo *Disability Adjusted Life Years (DALY)* possui correspondência com o termo *Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI)* e sua mensuração evidencia o impacto econômico e social relacionado à condição estudada, ainda que seja um parâmetro permeado por limitações. A OMS define AVAIs da seguinte maneira: “Os *Anos de Vida Ajustados por Incapacidade* de uma doença ou condição são calculados pela soma dos anos de vida perdida devido à morte prematura na população e aos anos de vida perdidos por incapacidade pelas pessoas acometidas por tal doença ou condição e suas consequências¹¹.”

Figura 4: Tabela apresentando as doenças mais prevalentes evidenciando o impacto econômico (*DALY - Disability Adjusted Life Years*), mortalidade anual estimada por doença e prevalência global estimada¹⁰.

Ano: 2009	Disability Adjusted Life Years - DALYs (Milhões)	Mortes	Prevalência global aproximada (Milhões)
Doenças mais prevalentes			
Ancilostomíase/Necatoriose	1.8-22.1	3000-65 000	600
Ascaridíase	1.2-10.5	3000-60 000	800
Tricuríase	1.6-6.4	3000-10 000	600
Filariose linfática	5.8	<500	120
Esquistossomose	1.7-4.5	15 000-280 000	200
Tracoma	2.3	<500	84
Oncocercose	0.5	<500	37
Lepra	0.2	132 000	0.2
Doenças por vírus (Dengue) e protozoários			
Dengue	0.7	19 000	50
Leishmaniose	2.1	51 000	12
Doença de Chagas	0.7	14 000	8-9
Tripanossomíase Africana	1.5	48 000	<0.1

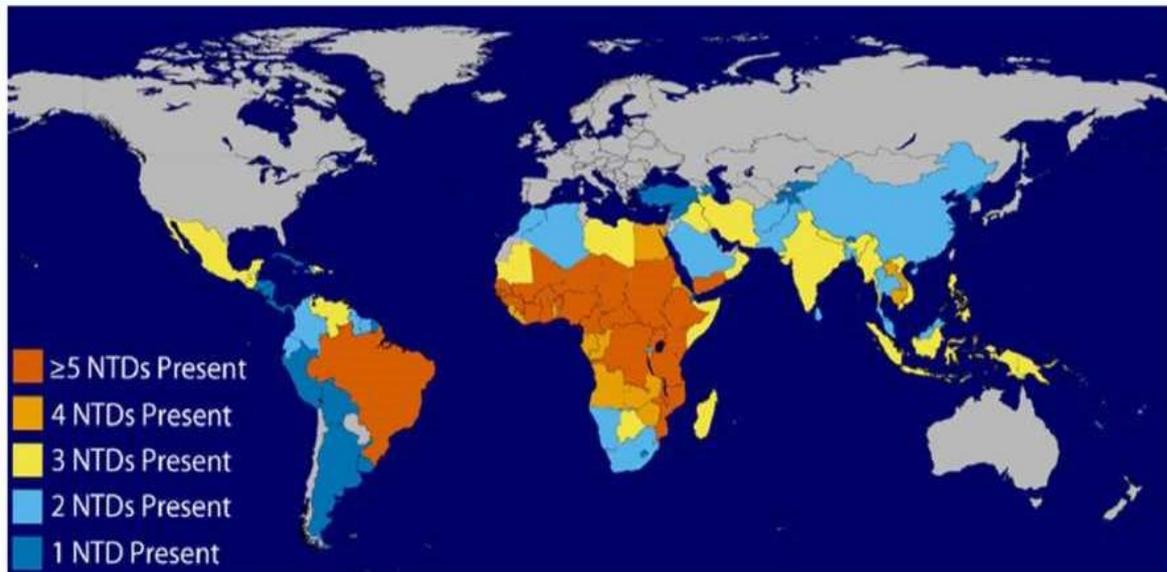
Fonte: Modificado de Hotez¹⁰.

O termo *Disability Adjusted Life Years (DALY)* possui correspondência com o termo *Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI)* e sua mensuração evidencia o impacto econômico e social relacionado à condição estudada, ainda que seja um parâmetro permeado por limitações. A OMS define AVAIs da seguinte maneira: “Os *Anos de Vida Ajustados por Incapacidade* de uma doença ou condição são calculados pela soma dos anos de vida perdida devido à morte prematura na população e aos anos de vida perdidos por incapacidade pelas pessoas acometidas por tal doença ou condição e suas consequências¹¹.”

Ascaridíase, tricuriase, acilostomíase/necatoriose, que são helmintíases, apresentam-se como as mais prevalentes, correspondendo aos mais de 2 bilhões de infectados, sendo todas as outras infecções responsáveis por cerca de meio bilhão de infectados.

O mapa abaixo apresenta a distribuição global das doenças negligenciadas ratificando sua distribuição desigual, estando presentes em praticamente toda a extensão da América Latina, África e Ásia, com algumas poucas exceções, notoriamente Austrália e Nova Zelândia. Enquanto os países do hemisfério norte, notoriamente países desenvolvidos, são poupados praticamente em sua totalidade.

Figura 5: Distribuição global das doenças negligenciadas.



Fonte: Medscape. Arch Dis Child. BMJ Publishing Group Ltd e Royal of Paediatrics and Child Health. 2013.

1.3 Determinação Social Do Processo Saúde/Doença:

Em seu livro "Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade", Jaime Breilh propõe:

"Na ordem coletiva enraízam-se as determinações históricas não observáveis na ordem singular, que, ao moldarem os modos de vida e as condições essenciais para a saúde constituem elementos-chave para se compreender a gênese dos fenômenos de saúde, pois nelas (determinações históricas) se enraíza a compreensão da estrutura de poder, que é base da iniquidade na distribuição dos bens, apoios ou proteções que a promovem³."

O que de mais fundamental se depreende do excerto é a compreensão de saúde/doença como processo profundamente influenciado pelo modo de vida das pessoas em determinado contexto, a denominada "ordem coletiva", que é indissociável da "ordem individual".

Uma família, com um caso de infecção aguda das vias respiratórias, cria respostas e explicações segundo seu livre arbítrio, segundo suas possibilidades materiais e as formas culturais inscritas em seu "estilo de vida", mas todo esse movimento está inscrito em um "modo de vida" cujos padrões influenciam poderosamente as construções cotidianas, um modo de vida acumulado pela história do grupo. A equidade de que um grupo desfruta resulta das relações de classe, de sua história e das características de suas condições de gênero³.

Evidencia-se assim, que o que foi historicamente construído pela humanidade é determinante no modo de vida hoje e, portanto, em toda análise sobre esse processo saúde/doença que vise promover ou induzir intervenções efetivas é necessário que se aprofunde na compreensão do processo histórico e a conjuntura determinada.

Assim, a seguir parte-se do processo histórico de formação das nações hoje afetadas diretamente pelas denominadas “Doenças Negligenciadas” para compreender como a dinâmica das relações sociais ao longo do tempo define a conjuntura presente, com o objetivo de proporcionar uma análise das intervenções propostas.

O enfoque será no processo de formação e conjuntura do Brasil/América Latina.

1.4 Nações Latino-Americanas: Processo De Formação

Na década de 1970, Ruy Mauro Marini em seu “Dialética da dependência” analisa a formação das nações latino-americanas a partir do século XVI, sendo retomado em uma perspectiva crítica por Virgínia Fontes, em 2010, em capítulo específico de seu “O Brasil e o capital-imperialismo^{12,13}.”

Marini parte da perspectiva de declarado crítico das análises da dependência latino-americana até então propostas, argumentando que o campo da história econômica, ao utilizar-se de uma ortodoxia marxista eurocêntrica, não contemplava as peculiaridades da América Latina e, portanto, incorria no mais puro empirismo, que não se fundia às elaborações teóricas. Já o campo da sociologia incorria na falta de rigor conceitual e metodológico. Ambas as linhas de investigação portanto eram tidas como incapazes de explicitar a forma como as nações latino-americanas se inseriam na ordem capitalista internacional.

Assim, para definir o conceito de “dependência” Marini retoma o processo de expansão comercial das nações europeias no século XVI, quando a América Latina passava a se inserir na dinâmica internacional. A princípio como colônia produtora de metais preciosos e gêneros exóticos, o que permitiu o desenvolvimento do capital comercial e bancário nas metrópoles, constituindo-se as bases de sustentação do sistema manufatureiro europeu.

Entre o final do século XVIII e início do século XIX o conjunto de países latino-americanos inicia o processo de independência política, ao mesmo tempo em que sustentam relações comerciais com a metrópole inglesa, exportando bens primários e importando manufaturas. Na metade do século XIX, a balança comercial dos países latino-americanos encontrava-se deficitária, iniciando-se assim a constituição da dívida pública, que, em momentos de balança comercial favorável, apresentava-se como mecanismo de transferência à metrópole dos excedentes da América Latina. O caso do Brasil é ilustrativo: em 1860 o serviço da dívida externa correspondia a 50% do saldo da balança comercial e uma década após a correspondência passa a ser de 99%.

É a partir desse momento que se configura a dependência, entendida como uma relação de subordinação entre nações formalmente independentes, em cujo âmbito as relações de produção das nações subordinadas são modificadas ou recriadas para assegurar a reprodução ampliada da dependência¹².

À dinâmica das relações entre a América Latina e os centros capitalistas nesse momento denomina-se Divisão Internacional do Trabalho (DIT), em que as nações latino-americanas garantem o abastecimento das metrópoles com bens primários, o que possibilita que o eixo de acumulação capitalista na economia industrial se desloque da produção da mais valia absoluta (exploração direta do trabalhador) para mais valia relativa (aumento da capacidade produtiva do trabalho). Essa mudança qualitativa na organização do trabalho nas metrópoles ocorre às custas da maior exploração do trabalhador da América Latina.

Mediante sua incorporação ao mercado mundial, a América Latina desempenha um papel significativo no aumento da mais-valia relativa nos países industriais¹².

A teoria da dependência de Ruy Mauro Marini¹² tem como componente central o conceito da "superexploração do trabalho", composto por 3 mecanismos que se concretizam nas nações dependentes: intensificação do trabalho, aumento da jornada de trabalho e expropriação de parte do trabalho necessário ao operário para garantir a sua própria reprodução.

A historiadora Virgínia Fontes retoma a teoria da dependência de Marini¹² de forma crítica afirmando que o truncamento estrutural da lei do valor (aumento da mais valia relativa no centro às custas do aumento da mais valia absoluta nas periferias) não pode ser tratado como uma exceção, mas deve ser explicado por "condições reais e concretas da existência da população (...) nas condições sociais e históricas dadas." Entretanto ratifica o conceito de superexploração, propondo que mais do que um centro, genérico, quem a promove são as classes dominantes¹³:

O entendimento de superexploração mantém sua importância, pois indica a possibilidade efetiva de que as classes dominantes, por razões políticas e econômicas, se apropriem de parcela do trabalho necessário dos trabalhadores para convertê-lo em capital¹³.

Em seguida, a autora apresenta os mecanismos mais atuais da superexploração:

"As expropriações de direitos que ocorrem pelo mundo afora, em paralelo à oferta de serviços industrializados para aliviar as necessidades antes supridas como direitos, podem ser analisadas como formas de superexploração do trabalho. A conversão em capital, através de fundos de pensão, de parte do salário de variadas camadas de trabalhadores, como mostrou Graneman (2006), é outra de suas formas. Num caso como no outro, parcela do salário destina-se seja à compra de um bem expropriado aos trabalhadores, como saúde, educação, etc., seja à constituição de fundos para suportar tais despesas no futuro, como planos de saúde ou fundos de pensões para as aposentadorias mitigadas ou extintas (...) há ainda uma nova modalidade de superexploração: o uso capitalista da força de trabalho sem contrato, ou a expropriação do próprio contrato de trabalho, de tal forma que se instaura uma jornada sem limites, cuja remuneração explicita uma imposição econômica, social e política de patamares infra-históricos de subsistência dos trabalhadores¹³."

Hoje se constata a existência de uma classe dominante estruturada, articulada internacionalmente e profundamente integrada ao Estado, concentrada nos países de capitalismo desenvolvido, e uma classe explorada, com escassos direitos sociais constantemente ameaçados, situada majoritariamente em países subdesenvolvidos como consequência do movimento histórico precedente.

É nesse contexto em que se inserem hoje os mais de 2 bilhões de acometidos diretamente pelas "Doenças Negligenciadas" e qualquer forma de intervenção que se proponha eficaz não pode tangenciar esta realidade.

2. Metodologia

Este artigo é uma revisão narrativa não sistemática de literatura acerca das propostas de intervenção sobre "Doenças Negligenciadas".

Realizou-se pesquisa no periódico *The Lancet*, tratando-se de revista de publicação com reconhecida relevância acadêmica (Impact Factor 39.207 – General Medicine – 2013 Journal Citation Reports, Thomson Reuters 2014) e com publicação de série recente de artigos de revisão sobre o tema.

Realizou-se, em 27 de Novembro de 2014, pesquisa na base de dados do periódico com os termos: " '*Neglected Diseases*' AND *Intervention* ", encontrando-se 95 resultados, dos quais os 10 mais relevantes foram selecionados de forma a conduzir a discussão.

Os 3 relatórios da OMS sobre Doenças Tropicais Negligenciadas também foram usados como referência, por centralizarem dados apresentados de maneira não sistemática na literatura.

3. Resultados

3.1 Início Do Século XX Ao Pós II Guerra Mundial

No século XX a primeira iniciativa de intervenção em doenças negligenciadas documentada se deu entre 1910-1914, quando os consultores da então recém criada Fundação Rockefeller, do magnata do petróleo John D Rockefeller, propuseram que a alta prevalência de anemia crônica associada a doenças infecto-parasitárias (ancilostomíase/necatoriose) podia estar relacionada ao atraso econômico e à dificuldade de industrialização dos estados ao sul dos Estados Unidos¹⁴.

Organizou-se programa para erradicação da parasitose pela comissão sanitária da fundação, garantindo-se financiamento para distribuição de medicações antiparasitárias, calçados e propaganda em saúde para prevenir o ciclo de reinfecção. Com o êxito do programa criou-se a Divisão para a Saúde Internacional (IHD), articulada em diversos países e colônias. Atuou até 1951 se inserindo nos sistemas de saúde, fundando escolas nacionais de saúde pública em diversos continentes, como a Universidade de São Paulo (USP) no Brasil, a Johns Hopkins e Harvard nos EUA e a Escola de Higiene e Medicina Tropical em Londres, baseando-se em um modelo de saúde pública orientado a preparar regiões para investimentos maciços e aumento de produtividade, investindo, nesse período, o equivalente a bilhões de dólares.

As intervenções para erradicação da febre amarela evidenciam a perspectiva de atuação apresentada. Em 1898 o congresso norte americano declarou guerra à Espanha, intervindo militarmente em Cuba, alegando se tratar de medida necessária para conter a epidemia de Febre Amarela que se alastrava pelo sul dos Estados Unidos. No pós guerra e nos anos seguintes os esforços para o combate à febre amarela eram imprescindíveis para se garantir tanto a influência norte americana sobre território cubano quanto outras conquistas estratégicas importantes, como a construção do Canal do Panamá. Este teve sua edificação iniciada ainda no século XIX e sua finalização se estendeu para além do planejado devido à morte de milhares de trabalhadores franceses e caribenhos acometidos pela doença¹⁵.

As intervenções para erradicar a Febre Amarela foram portanto cruciais para a efetivação de conquistas estratégicas pelos EUA e renderam à Fundação Rockefeller o prêmio Nobel pelo desenvolvimento da vacina em 1936.

O combate à Febre Amarela evidencia que o objetivo primário das intervenções em Doenças Negligenciadas mediadas pela Fundação Rockefeller sustentavam-se no plano geoeconômico, uma vez que, para as populações acometidas à época doenças como malária e tuberculose eram significativamente mais deletérias, mas não foram colocadas como prioridades¹⁵.

Por meio da Divisão para Saúde Internacional (IHD), a Fundação Rockefeller consolidou sua perspectiva de atuação no cenário global, sendo referência para a Organização de Saúde da Liga das Nações, no pós I Guerra Mundial, e posteriormente para a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, quando se desfaz a IHD.

3.2 Pós II Guerra Mundial Aos Anos 2000

No período pós II Guerra Mundial consolidam-se, pelas nações vitoriosas, as principais organizações políticas internacionais: Organização das Nações Unidas (ONU), Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional (FMI) e outras das quais derivam a Organização Mundial do Comércio (OMC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Se aparentemente os Estados Nacionais têm papel central na gestão dessas organizações, com o passar dos anos ratifica-se cada vez mais a desigualdade na arena de governança global, devido à assimetria de poder entre as nações e à progressiva inserção de capital privado (como corporações financeiras, fundações, organizações da sociedade civil e indivíduos) nos processos decisórios¹⁶.

Apesar de quase se quadruplicar o número de países que compõem cadeiras na ONU desde 1945 isso não significa maior poder decisório em conjunto. A lógica "um país, um voto" presente nas instâncias de deliberação da ONU, que pressupõe a igualdade de poder decisório por Estados soberanos na esfera internacional, mostra-se artificial quando se constata a influência que as maiores potências militares da atualidade tem, por exemplo podendo definir 5 membros permanentes com poder de veto no Conselho de Segurança da ONU. O Grupo Banco Mundial, conjunto de cinco instituições financeiras internacionais vinculadas à ONU, possui mecanismo de funcionamento semelhante, reprodutor da mesma lógica que subordina a maioria dos países aos interesses das maiores potências globais, ainda que anunciem intenções louváveis de combate à miséria internacional¹⁶.

Nesse contexto se inserem também os mecanismos de "assistência global", em que Estados Nacionais e mediadores do capital privado (empresas, organizações da sociedade civil, fundações) fornecem doações a países ou organizações que necessitem. Se à primeira vista esse funcionamento parece legítimo e necessário uma investigação mais atenta é esclarecedora. Os doadores decidem quais países ou organizações receberão financiamento e quais não, definem em quais setores se deve investir e por quanto tempo e assim orienta políticas internas de acordo com seus interesses, que podem corresponder aos interesses da população que recebe os recursos ou não. Configura-se assim uma relação de dependência entre doador e receptor, em que este, grande parte das vezes endividado e sem outras opções, aceita tanto o financiamento quanto as condições impostas de forma a lidar com problemas mais imediatos, como a pobreza, podendo se comprometer com determinações deletérias a longo prazo. As orientações provenientes do Consenso de Washington são emblemáticas nesse sentido. A Fundação Bill & Melinda Gates é uma das principais entidades privadas que atuam no cenário global como mediadora dessa "assistência global" e suas especificidades são apresentadas em artigo referenciado¹⁷.

Em 2013, as 5 maiores corporações da indústria do tabaco possuíam em conjunto um valor de mercado de 400 bilhões de dólares e as 5 maiores da indústria farmacêutica 800 bilhões de dólares, segundo levantamento realizado pela revista Forbes na base de

dados *FactSet Research Systems*. Assim quando se constata que 124 países possuem um PIB menor que 100 bilhões de dólares cada, do total de 184 países com dados registrados junto ao Banco Mundial, a influência do capital privado na arena de governança global fica evidente. Seria portanto ingenuidade compreender que uma nação possui controle sobre as empresas de capital privado que operam em seu território, tanto pelo poder econômico dessas corporações quanto pelos mecanismos para se transpassar a legislação local que apresentam¹⁶.

As intervenções em Doenças Negligenciadas no período pós II Guerra Mundial estão inseridas nesse contexto internacional complexo e para traçar suas características gerais as iniciativas mais notórias são apresentadas em seguida.

Entre 1968 e 1974, um dos primeiros programas de intervenção em doenças negligenciadas com articulação internacional teve início, foi denominado Programa para o Controle da Oncocercose (OCP), coordenado pela OMS, Banco Mundial e duas entidades vinculadas à ONU, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP). Os objetivos do programa se resumem em controlar a "cegueira dos rios" no continente africano de forma a disponibilizar extensas áreas de terra fértil para a agricultura, remetendo à importante morbidade relacionada à parasitose e ao consequente impacto econômico que provoca, evidenciando a perspectiva de saúde pública atrelada à dimensão econômica².

O programa passou por diversas interrupções, sendo retomado em 1987 com a perspectiva de controle do vetor com a pulverização de inseticidas em 11 países africanos; em seguida essa estratégia deu lugar à disponibilização em massa de Ivermectina (Mectizan) sem custos pela companhia farmacêutica Merck para quimioprofilaxia e tratamento da doença por quanto tempo fosse necessário.

O programa se encerrou em 2002 e as estimativas apontam que a cegueira em decorrência da doença foi evitada em cerca de 40 milhões de pessoas dos 11 países africanos com a distribuição de cerca de 2,7 bilhões de comprimidos de ivermectina. Ainda hoje a infecção é considerada uma hiper-endemia em países da África Subsaariana, pela prevalência maior que 20% em 2011, segundo dados da OMS.¹⁸ Em 1991, se iniciou o Programa para Controle da Oncocercose nas Américas (OEPA), que se estendeu até 2007 e em 1995 o Programa Africano para o Controle da Oncocercose (APOC), que se estendeu até 2010. Ambos se caracterizaram por manter a estratégia de distribuição massiva de medicamentos para áreas endêmicas, sendo que a APOC agiu de forma complementar à OCP atuando nos países não contemplados por essa, mantendo a mesma rede de colaboradores. A OEPA incluiu colaborações mais diversas, como a participação de governos nacionais, Fundação Bill & Melinda Gates, Carter Center, Lions Club International, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC) entre outros².

Outros programas desenvolvidos foram o Programa para Erradicação da Dracunculíase (GWEP), Iniciativa do Cone Sul para Controle/Erradicação da Doença de Chagas (INCOSUR), Aliança Global para Eliminação da Filariose Linfática (GAELF), *International Trachoma Initiative* (ITI), Federação Internacional de Associações Anti-Lepra (ILEP), Iniciativa para o Controle da Esquistossomose (SCI) e outros².

De forma geral, esses programas surgiram nas décadas de 1990 e 2000 como articulação entre diversas entidades: governos, notoriamente de países desenvolvidos como os EUA e de países acometidos pelas doenças negligenciadas, e principalmente na esfera privada, com a participação de fundações como a Bill & Melinda Gates e de diversas companhias farmacêuticas, como a Merck, Bayer, Pfizer, Novartis, Johnson &

Johnson, GlaxoSmithKline entre outras, estando a OMS e o Banco Mundial quase sempre articulados a esses programas².

Os programas tem em comum o foco na distribuição de medicamentos e, em poucos se observam iniciativas para prevenção de doenças, como se destaca o Programa para Erradicação da Dracunculíase (GWEP), que se iniciou ainda na década de 1980, sendo um dos poucos que teve como foco a quebra do ciclo de reinfecção, estimulando medidas de educação em saúde, controle do vetor e fornecimento de água limpa, já que não há medicação para se combater a infecção.

A distribuição de medicamentos tem como objetivo tratar doenças, mas é comum que se observe programas de distribuição de medicamentos que tenham como objetivo a quimioprofilaxia. Esta consiste na distribuição de medicamentos para determinadas doenças para toda a população, infectados ou não, de forma a reduzir apresentações graves das doenças e de interromper o ciclo de reinfecção, já que o indivíduo tratado continua inserido na mesma dinâmica social associada à doença¹⁸.

3.3 Doenças Negligenciadas No Século XXI

Desde o início dos anos 2000 inúmeras iniciativas de intervenção em doenças negligenciadas tem sido criadas, destacando-se a organização *Drugs for Neglected Diseases initiative* (DNDi), fundada em 2003 com a proposta de promover transferência de tecnologia no campo da pesquisa e desenvolvimento a para produção de medicamentos em países acometidos por essas doenças, tendo entre seus membros a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), fundação pública ligada ao Ministério da Saúde do Brasil, e a organização privada Médicos Sem Fronteiras (MSF).¹⁹

O periódico *PLOS Neglected Tropical Diseases* é outra iniciativa criada em 2007 a partir do financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates e tem como escopo "(...) ser voltado à patologia, epidemiologia, tratamento, controle e prevenção das doenças negligenciadas, assim como às políticas públicas relevantes a esse tipo de patologia."²⁰

Em 2012, em Londres (UK), foi criada a União para o Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas (*Uniting to Combat the Neglected Tropical Diseases*), composta por uma lista extensa de participantes, como inúmeras companhias farmacêuticas e fundações privadas (Bill & Melinda Gates, Carter Center), DNDi, Banco Mundial, UKAID, USAID entre outros. A Declaração de Londres sobre Doenças Negligenciadas (London Declaration on Neglected Diseases) é o documento de uma página que expõe as metas da organização que se propõe a agir de forma complementar à OMS para a erradicação de 10 das 17 doenças até 2020.²¹

Apesar de existirem poucas definições sobre como está se dando esse eixo de intervenção é possível inferir que o foco na distribuição de medicamentos é a principal estratégia, tanto pela extensa lista de companhias farmacêuticas participantes quanto pelas intervenções que já vinham sendo desenvolvidas pelas organizações de forma isolada, como fica evidente nos objetivos da USAID: "O Programa para Doenças Tropicais Negligenciadas da USAID se iniciou em 2006, quando o Congresso dos EUA determinou o investimento anual de 15 milhões de dólares para quimioprofilaxia (distribuição de medicamentos) das 7 doenças negligenciadas mais prevalentes. Essas doenças podem ser combatidas pelo tratamento em massa integrado das comunidades acometidas²¹."

4. Discussão

De forma geral, as primeiras iniciativas de intervenção em doenças negligenciadas foram propostas pela Fundação Rockefeller no início do século XX, passando pelos

característicos programas internacionais de distribuição de medicamentos no pós II Guerra Mundial, que ainda se mantém, até iniciativas mais recentes de colaboração interinstitucional sobre o tema.

As formas de intervenção em doenças negligenciadas se caracterizaram por programas heterogêneos em relação às doenças priorizadas, à cobertura geográfica contemplada, à inserção nos sistemas de saúde local e aos provedores de fundos, ainda que esses sejam classicamente fruto da parceria de entidades privadas (companhias farmacêuticas e fundações) com governos nacionais, OMS e Banco Mundial. Tem em comum a perspectiva de intervenção biomédica com foco na distribuição de medicamentos para tratamento/ quimioprofilaxia de doenças, raramente atuando de forma preventiva no combate aos vetores ou na estruturação de saneamento básico^{2,18}.

Quando se compreende que programas de intervenção em doenças negligenciadas foram sendo propostos à medida em que estas moléstias se apresentavam como obstáculos ao desenvolvimento econômico percebe-se que a heterogeneidade desses programas foi consequência natural desse processo. Fica evidente que as instituições que se destacavam no cenário internacional por seu poder econômico eram as mesmas que protagonizavam o combate às doenças negligenciadas desde o início do século XX.

A conjuntura em que foi criado o Departamento de Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas da OMS em 2005 é apresentada a seguir por ser didática ao evidenciar como essa mesma lógica ainda persiste hoje.

Em 2005 a Agência Alemã para Cooperação Técnica (GTZ) e a OMS realizaram conferência específica sobre o tema e apontaram que o impacto sobre a saúde, tendo como referência o parâmetro *DALYs (Disability Adjusted Life Years)*, de todas essas doenças em conjunto se mostrava considerável.² Justificava-se assim maior aporte de recursos pela comunidade internacional. Além disso intervenções a baixo custo e custo efetivas já estavam amplamente disponíveis evidenciando que a estratégia de intervenção nessas doenças provavelmente seria de interesse de outras instituições no cenário global.⁴ O que de fato se concretizou, uma vez que a maior expansão de investimentos sobre o tema se deu nos últimos 10 anos, após se mostrar claramente um investimento custo-efetivo, como ratificado por relatório do Banco Mundial: "De acordo com a Comissão para o Investimento em Saúde -Lancet 2013 a eliminação de Doenças Tropicais Negligenciadas a custos tão baixos representa boa valorização para o capital²²".

Assim a perspectiva hegemônica de atuação em doenças negligenciadas, restrita à esfera biomédica, se apresenta como estratégia compreensível uma vez que, dessa forma, é possível reduzir a elevada morbimortalidade relacionada a estas doenças, de maneira custo-efetiva, sem se alterar a correlação de forças que as produz e sustenta.

5. Conclusão

As Doenças Negligenciadas são consequência de um processo de desenvolvimento desigual que determina hoje populações pobres sujeitas a mecanismos que perpetuam sua condição de dependência.

Se essas doenças tem impacto importante e devem ser combatidas, não considerar a determinação social implicada repercute em soluções limitadas, que ao

mesmo tempo em que reduzem mortalidade e evitam desfechos mórbidos para muitos refletem os mesmos mecanismos que as produzem.

Essa perspectiva de atuação limitada é a que tem sido extensivamente apresentada pela comunidade internacional desde o início do século XX, uma perspectiva de intervenção biomédica/curativa que, se age em prol de populações às margens da ordem econômica, o faz de forma a submetê-las aos “mínimos toleráveis no âmbito da governabilidade”, como afirma Breilh:

“A epidemiologia dos mínimos de sobrevivência (bottom-line epidemiology) é um instrumento necessário à concepção de medidas estratégicas do neoliberalismo. Ela compartilha a lógica dos mínimos toleráveis, a medição de fenômenos que expressem a máxima resistência governável de uma população ante a pobreza e as privações, e compartilha, em suma, a lógica que substitui as aspirações máximas de saúde integral de um povo pela lógica dos mínimos toleráveis no âmbito da governabilidade³”.

O excerto abaixo apresenta a essência dos mecanismos que perpetuam as relações desiguais entre os países sobre um pretexto de viés humanitário pela comunidade internacional.

“As Nações Unidas, a União Europeia e a justiça internacional realmente intervêm na vida de muitos países africanos. Se essa ação se revela, na maior parte do tempo, indispensável para salvar vidas, por meio da ação humanitária ou interferência nos conflitos, as populações observam que, apesar da gravidade dos crimes cometidos por certos Estados no Oriente Médio, são os acusados africanos que inauguraram a Corte Penal Internacional (CPI). Isso tende ao absurdo quando lembramos, por exemplo, que as Nações Unidas apoiaram o adiamento das eleições marfinenses. Assim, o continente parece ser cada vez mais administrado pelo estrangeiro, sem que jamais se questione uma das principais causas de sua instabilidade: a violência e a iniquidade das relações mundiais²³”.

Portanto, não há dúvidas de que a transformação dessa realidade passa necessariamente por questionar a ordem político-econômica estabelecida, o que é de interesse exclusivo das populações subjugadas a esta estrutura e afronta os princípios já estabelecidos no cenário internacional.

Entretanto, não se trata de esperar passivamente a conformação de uma conjuntura ideal para se concretizar tais ações, mas de se construir cotidianamente junto a movimentos sociais pautas correspondentes aos anseios mais imediatos da população.

No Brasil, o movimento de Reforma Sanitária é ilustrativo. Iniciando-se na década de 1970 em uma conjuntura repressiva por parte de um Estado Ditatorial que vivia seu período mais violento, a articulação progressiva de setores populares, sindicatos e universitários proporcionou na década seguinte a garantia de uma das mais importantes conquistas do povo brasileiro, o Sistema Único de Saúde. Sistema de saúde público que, embora constantemente ameaçado por iniciativas privatistas e com limitações financeiras por parte do Estado, prevê uma estrutura de participação popular na forma de conselhos e conferências de saúde e tem entre seus preceitos a consideração universal e integral à saúde dos brasileiros.²⁴ Países como Cuba, Costa Rica, Estado Indiano Kerala e Chile no período de Salvador Allende tiveram experiências semelhantes¹⁶.

O excerto abaixo exemplifica a importante atuação de movimentos sociais africanos contra os “Acordos de Parceria Econômica” (APE) que conferem à União Européia possibilidade de importar produtos africanos com isenção de impostos, enquanto ¼ de suas exportações não são taxadas nas alfândegas africanas:

“Os APEs preveem, com efeito, a supressão dos direitos de alfândega sobre três quartos das exportações da União Europeia, enquanto esta continuará a importar da África do Oeste a totalidade de seus produtos com isenção de impostos. Um mercado de tolos. Como chegamos a tal desastre? Desde 2008, os Estados da África do Oeste resistiam às pressões de Bruxelas, incitados por poderosos movimentos sociais reunidos no seio de diversas redes: o Third World Network Africa, sediado em Acra (Gana); a Plataforma das Organizações da Sociedade Civil da África do Oeste sobre o Acordo de Cotonou (Poscao), em Dacar (Senegal); e a Rede das Organizações Camponesas e de Produtores Agrícolas da África do Oeste (Roppa), em Uagadugu (Burkina Faso)²⁵”.

Em 2011, houve sucessão de manifestações políticas que expressavam o descontentamento com a política econômica vigente, como o movimento Occupy Wall Street que sustenta o lema “Nós somos os 99%”, as manifestações na Espanha e na Grécia e movimentos de massa no mundo árabe, como na Tunísia, Líbia, Egito e Yemen. Alguns obtiveram conquistas, outros expressam a necessidade imperiosa de se consolidar movimentos sociais organizados que deem conta de materializar os anseios da população¹⁶.

Rudolf Virchow, renomado médico patologista alemão, em suas recomendações sobre a epidemia de Tifo na Alta Silésia em 1848, encomendadas pelo Governo da Prússia, após averiguar a repercussão de tal epidemia afirmou que o surto de Tifo não poderia ser controlado com o tratamento individual dos doentes, mas com garantias democráticas plenas e ilimitadas, educação, construção de estradas, conselhos de administração regionalizados e outras garantias sociais, responsabilizando a aristocracia feudal diretamente pelos acontecimentos. Foi despedido e algumas semanas após se associou a mobilizações populistas em Berlim, participando das revoluções de 1848 na Europa e se tornando uma das figuras centrais para a medicina social^{26,27}.

Passados mais de 100 anos esta ainda parece ser a postura mais coerente a ser tomada.

Referências

1. Wainwright M. The history of the therapeutic use of crude penicillin. *Med Hist.* Janeiro 1987;31(1): 41–50.
2. Liese B, Rosenberg M, Schratz A. [Programmes, partnerships, and governance for elimination and control of neglected tropical diseases](#). *The Lancet*. 2010. 375, (9708): 67–76.
3. BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Editora Fiocruz 2006.
4. Conteh L, Engels T, Molyneux HD. [Socioeconomic aspects of neglected tropical diseases](#). *The Lancet* 2010; 375(9710): 2472–39.
5. Von Philipsborn, Peter et al. *Poverty-Related and Neglected Diseases – an Economic and Epidemiological Analysis of Poverty Relatedness and Neglect in Research and Development*. *Global Health Action* 8 2015; 8.
6. Howitt P, Darzi A, Yang G, Ashrafian H, Atun R, Barlow J, e outros. [Technologies for global health](#). *The Lancet* 2012. 380, (9840): 507–535.
7. WHO. *The Global Burden of Disease: 2004 update* 2004. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en. Acesso em 27.11.2014

8. Pedrique B, Strub-Wourgaft N, Some C, Olliaro P, Patrice Trouiller P, Nathan Ford N, et al. [The drug and vaccine landscape for neglected diseases \(2000–11\): a systematic assessment](#). *The Lancet Global Health* 2013; 1(6):371-379.
9. WHO. First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. 2010 http://www.who.int/neglected_diseases/2010report/en/. Acesso em 30.11.2014
10. WHO. Global burden of disease/metrics. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/ Acesso em 30.11.2014
11. Hotez P J, Fenwick A, Savioli L, Molyneux D H. [Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases](#). *The Lancet* 2009. 373(9674):1570–75
12. Marini R M. Dialética da dependência. Vozes/CLACSO 2000.
13. Fontes, V. O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e história. EPSJV/Editora UFRJ 2010; 2.
14. Birn A, Fee E. [The Rockefeller Foundation and the international health agenda](#). *The Lancet* 2013; 381(9878):8–1619.
15. Espinosa M. Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878–1930. Chicago: University of Chicago Press 2009.
16. Ottersen O P, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, Et al. [The political origins of health inequity: prospects for change](#). *The Lancet*. Fevereiro 2014; 383(9917):630–67.
17. McCoy D, Kembhavi G, Patel J, Luintel A. [The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health](#). *The Lancet* 2009; 373(9675):1645–1653.
18. WHO. Second WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. http://www.who.int/neglected_diseases/2012report/en/. Acesso em 30.11.2014.
19. DNDi.org Dis.<http://www.dndi.org/about-us/overview-dndi/vision-mission.html>. Acesso em 30.11.2014
20. PLOSNTDS.org Disponível em: <http://www.plosntds.org/static/information>
21. Unitingtocombatntds.org [Homepage na internet] The London Declaration. <http://unitingtocombatntds.org/resource/london-declaration>. Acesso em 28.11.2014
22. The World Bank. The World Bank and Neglected Tropical Diseases: Building on a History of Helping Countries Address Diseases of the Poor. 2014. <http://unitingtocombatntds.org>. Acesso em 03.12.2014
23. Anne-Cécile Robert. África, entre a democracia e os resquícios autoritários. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Fevereiro, 2010.
24. Fleury, Sonia. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *The Lancet* 2011. 377(9779):1724 – 1725.
25. Jacques Berthelot. O beijo da morte da Europa na África. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Setembro, 2014.

26. Drotman DP. Emerging infectious diseases: a brief biographical heritage. *Emerg Infect Dis.* 1998. 4:372-3.
27. Labonte R. The art of medicine: Health activism in a globalising era: Lessons past for efforts future. *The Lancet.* 2013. 381 (9884):2158-2159.

Artigo Recebido: 15.10.2015
Aprovado para publicação: 04.05.2016

Rodrigo Silveira Vasconcelos
Universidade Federal de Santa Catarina - SC
Rua Lauro Linhares, 458 - Trindade,
CEP- 88480-036 , Florianópolis - SC
Email: rodrigo.silveira.vasconcelos@gmail.com
