

3. A MORDAÇA GLOBAL NA COOPERAÇÃO PARA A SAÚDE, O BEM-ESTAR E OS DIREITOS HUMANOS

Ulysses Panisset

Elis Borde

No apagar das luzes de 2019, o governo da província de Wuhan confirmou à Organização Mundial da Saúde (OMS) um caso de pneumonia atribuído a um recém-descoberto coronavírus, o vírus da covid-19. A partir desse momento e na medida em que se configurou a pandemia, informações sobre a ameaça inundam o mundo pelas mais variadas mídias, agitando um senso de urgência para as respostas e a resolutividade.

Quando as pandemias batem às portas, ameaçando a saúde e o bem-estar das pessoas, abalam os mercados e despencam bolsas de valores em vários continentes, acionando poderosos alarmes dos governos e grandes corporações, tensionando as relações internacionais.

Em apenas dois meses, até o final de fevereiro de 2020, a pandemia de covid-19, classificada pela OMS como grave emergência

internacional,¹ havia batido em mais de sete vezes o número total de mortos da pandemia de SARS-CoV em dois anos (2002-2003). Neste curto período, o novo coronavírus, em conluio com a rapidez de sua transmissão entre humanos, apresentou 15 vezes o número total de casos de SARS-CoV e se espalhou para pelo menos 38 países, em vários continentes, em escalas alarmantes de transmissão (GOODMAN, 2020; WHO, 2020).

Em setembro de 2020 já havia tirado a vida de mais de 1 milhão de pessoas no mundo e, como constataram Lima, Buss e Paes-Sousa sobre a pandemia de covid-19 como crise sanitária e humanitária, ela magnificou

tensões dilacerantes da organização social do nosso tempo: globalizada nas trocas econômicas, mas enfraquecida como projeto político global, interconectada digitalmente porém impregnada de desinformação, à beira de colapso ambiental, mas predominantemente não sustentável, carente de ideais políticos, mas tão avessa à política e a projetos comuns (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020, p. 1).

A expectativa, ainda tímida, é de que a pandemia baixe o crescimento econômico do mundo em pelo menos 0,2%, levando ao menor ritmo de crescimento desde a crise financeira de 2008 (GOODMAN, 2020). As implicações econômicas e políticas da pandemia têm sido objeto de intensa discussão, mas é fato que a covid-19 desestabilizou o mundo e mudou o cenário político e econômico.

Para a formação de uma potencial tempestade perfeita, misturando pandemia e crise econômica, “a guerra comercial travada pelo governo Trump provocou uma dissociação parcial dos Estados Unidos e da China, as duas maiores economias da

¹ Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional, estabelecida no marco do Regulamento Sanitário Internacional, aprovado pelos Estados-membros da OMS em 2005.

Terra”,² dificultando a cooperação dos dois países para enfrentar conjuntamente graves desafios à saúde global, como representa a covid-19 (GOODMAN, 2020, p. 1).

Em contrassenso às necessidades de reforçar a cooperação multilateral, em 29 de maio de 2020, o presidente estadunidense Donald Trump ainda anunciou o rompimento com a Organização Mundial de Saúde, o que fomentou uma divisão internacional e enfraqueceu as possibilidades de uma resposta articulada de governança global diante da pandemia.

Esses momentos de sobressalto para as pessoas e as economias se repetem periodicamente, suscitando chamadas pela cooperação global para conter as ameaças presentes, como ocorreu nos exemplos contemporâneos da SARS e de outras síndromes respiratórias agudas, como a MERS-CoV (originária do Oriente Médio) e o Ebola, que poderiam ser prevenidas e enfrentadas com esforços e acordos conjuntos. Representam desafios reais e perigosos para a humanidade, demandando a urgência no preparo, na resposta e na gestão de crises, fundamentada na cooperação e na resolutividade em dimensões que só podem ser enfrentadas com ações combinadas.

Esses apelos à cooperação universal baseiam-se no fato de que assuntos de saúde entre os países apresentam benefícios mútuos potenciais para as pessoas e a economia, aparentemente motivando constantes colaborações. Neste sentido, Fedatto (2018, p. 47) aponta que, “na esteira da Guerra Fria (1947-1991), a saúde internacional foi validada – através de uma rede de instituições multilaterais, bilaterais e filantrópicas – como uma ferramenta estratégica tanto da política externa quanto da econômica”.

No entanto, o ímpeto colaborativo e o aparente consenso sobre a “interdependência global de problemas, de determinantes e de soluções para a saúde” podem simultaneamente servir como “ferramenta para viabilizar interesses próprios de países mais

² São nossas as traduções de citação em língua estrangeira feitas neste capítulo.

preocupados com a sua própria segurança sanitária, em aspectos fronteiriços, militares, econômicos e comerciais” (FORTES; RIBEIRO, 2014, p. 369, 370). Isso, geralmente, é mediado por assimetrias de poder que se expressam nos termos de cooperação e na definição das prioridades e agendas que podem ser incompatíveis com a promoção da saúde e o enfrentamento conjunto de desafios globais de saúde (FORTES; RIBEIRO, 2014).

Portanto, o senso comum de que a cooperação em saúde é mutuamente benéfica pode ofuscar a realidade, já que, paradoxalmente, estudos de caso demonstram que as questões de saúde podem também gerar conflitos entre os países envolvidos, fenômeno agravado por diferenciais marcantes, entre os países, de poder político, militar e de financiamento, bem como pelo impacto no resto do mundo de transformações políticas radicais nos países de alta renda, podendo prejudicar, intencionalmente, a viabilidade da cooperação internacional na saúde global (PANISSET, 2000, 2017).

Neste capítulo, busca-se analisar o impacto na cooperação em saúde global dos diferenciais de poder e financiamento entre países, principalmente dos EUA, tanto na pesquisa, preparação e resposta às epidemias, quanto em programas que possam promover a saúde e o bem-estar das pessoas, no marco da defesa da saúde como direito humano fundamental.

Diferenciais de poder e a governança da cooperação em saúde global

Na Assembleia Mundial da Saúde, organizada anualmente em maio pela OMS para promover a cooperação em ações e normas entre os países, cada um dos 194 Estados-membros (EM) tem direito a um voto. No entanto, cada voto tem impacto e custo diferentes para cada país.

Os marcantes diferenciais de poder político e econômico entre cada EM influenciam fortemente a formulação, condução, persuasão, decisão e execução de normas, políticas e estratégias, tanto nos órgãos diretivos, aparentemente coletivos de governança (Assembleia Geral e Comitê Executivo), como nas decisões do dia a dia na OMS.

A quantidade de financiamento de cada país à saúde global é fator decisivo nos gradientes de poder de cada EM e nas decisões de governança dos Organismos Internacionais (OI). Clinton e Sridhar (2017), ao pesquisarem os fluxos de financiamento da cooperação para saúde global, constataram que, durante as últimas décadas, atores relevantes na saúde global – a OMS, o Banco Mundial e o Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária – têm experimentado a “consolidação desproporcional da influência do governo dos Estados Unidos da América, do Reino Unido e da Fundação Bill & Melinda Gates, onde a maior parte do financiamento para cooperação global [em saúde é] proveniente de doadores poderosos” (CLINTON; SRIDHAR, 2017, p. 1).

Os chamados recursos voluntários restringidos, ou destinados à determinada função que expressa a vontade do doador (no inglês, frequentemente denominado *earmaked*), aumentaram e ganharam proeminência em toda a ONU nas últimas duas décadas (GRAHAM, 2017). Financiam o interesse dos países da minoria, de alta renda, para seus projetos de estimação, por exemplo os que fomentam a sua indústria farmacêutica privada, em detrimento de uma agenda de cooperação que favoreça o enfrentamento de doenças negligenciadas nos países da maioria.

Em OIs de grande impacto na saúde global, programas que antes eram definidos multilateralmente, a partir de evidências científicas de melhores práticas e impacto na melhoria da saúde e bem-estar de grandes populações, e com abordagens éticas, passam, frequentemente, a ser formulados e financiados por

um número restrito de países, de acordo com suas próprias visões e interesses, com impacto na capacidade normativa, na eficiência e efetividade, prejudicando a capacidade das organizações intergovernamentais de preparar, prevenir e responder aos grandes desafios globais da saúde pública e da busca do bem-estar humano.

Em 2017, mais de 95% das contribuições voluntárias substanciais foram predefinidas “para projetos e programas específicos, decididos pelo doador, de acordo com seus interesses e prioridades”. Essas contribuições voluntárias, que vão além das responsabilidades regulares dos filiados, chegaram a representar 80% do valor do orçamento da OMS, demonstrando a força política dos recursos voluntários restringidos, limitando o poder da OMS para decidir sobre as prioridades, principalmente no preparo e na resposta à emergências e para, por exemplo, dar a devida atenção às crescentes doenças não transmissíveis e ao fortalecimento de sistemas de saúde (CLIFT; RØTTINGEN, 2018, p. 1).

Esta predominância da vontade dos países ricos no financiamento dificulta que países de média e baixa renda (PMBR), com suas contribuições financeiras baixas, tenham voz na utilização de recursos para a agenda da OMS nas suas “prioridades negligenciadas”. Portanto, inegavelmente, existe uma conexão direta entre as contribuições financeiras e o foco da OMS (CLINTON; SRIDHAR, 2017, p. 2-3).

Reddy, Mazhar e Lencucha (2018, p. 1) confirmam que “muitos estudiosos da saúde global argumentaram que a dependência da OMS em contribuições voluntárias e restringidas cria uma situação em que doadores externos determinam as prioridades e a agenda de ação da organização”.

Portanto, com o crescimento do financiamento restringido e controlado por poucos, a governança da saúde global fica mais vulnerável às flutuações ideológicas e programáticas de cada alternância de governo nos países doadores mais substanciais,

impondo uma instabilidade financeira que contribui para reproduzir uma lógica de medidas excepcionais, verticais e de curto prazo, que tem sido objeto de amplas críticas e de uma qualificação do campo da saúde global como reativa e guiada por ciclos midiáticos e eleitorais, como apontam Nunes e Pimenta (2016) com relação à epidemia de Zika.

Cueto (2020) destaca que as grandes mudanças na saúde global são determinadas mais pelas mudanças na ordem política global, tais como “a expansão e intensificação de impérios, migração, rotas de comércio [...] e o neoliberalismo” e outros fatores e acontecimentos na política internacional, do que por inovações biomédicas ou de saúde pública. Afirma que, “portanto, a história da saúde internacional não pode ser divorciada do amplo contexto de eventos políticos, econômicos e sociais” (CUETO, 2020, p. 34).³

A governança da saúde global é particularmente sensível às posições dos Estados Unidos, grande doador em números absolutos, até porque a cooperação internacional era tradicionalmente reconhecida como um componente central do “poder suave” (*soft power*) do país e, conseqüentemente, corresponde às agendas políticas estratégicas (MCKEE; GREER; STUCKLER, 2017).

A inauguração da administração do presidente Donald Trump, em 2017, representa uma inflexão na ordem política doméstica e global que beira mudança de regime. Drezner, ao comentar a definição clássica de regime na ciência política, menciona que as ações de Trump, desde o início de seu governo, apesar de manter a República constitucional, flertam em “direção a um sistema populista e iliberal de governo”, o que configuraria “mais do que apenas uma mudança no governo de Obama para Trump, mas

³ Adotamos o conceito de “saúde internacional” para explicar as iniciativas, as políticas e as ações de saúde de um Estado-Nação em relação a outro ou outros, enquanto o termo “saúde global” caracteriza as necessidades e a situação de saúde das pessoas de todo o planeta, independentemente de sua nação, assim como a governança global das iniciativas para saúde.

uma mudança também no tipo de regime, de liberal para iliberal” (DREZNER, 2017, p. 1).

A mudança para o regime Trump reverberou intensamente na saúde global e continua a repercutir de várias maneiras, afetando os princípios multilaterais fundamentais do construto da cooperação internacional, com impactos que poderão perdurar mesmo após o fim de sua passagem pelo governo.

O prestigiado periódico médico *Lancet* (2018) destaca em editorial que, no ano em que tomou posse, Trump logrou “retirar do campo especialistas em Ebola, ameaçou cortar ajuda externa a países latino-americanos por desacordos políticos” e cortou fundos significativos da USAID, utilizando seus próprios critérios de conveniência política (LANCET, 2018, p. 2140). Em 2019 perderam as perdas do financiamento dos EUA na saúde global. Em 2020 Trump ameaça impor cortes mais devastadores.

Em contexto de crescente isolacionismo dos EUA em relação à cooperação para saúde global, o secretário de Estado de Trump, buscando explicar as acusações da relutância de seu governo em protagonizar a cooperação internacional vital contra a covid-19, comentou que seu país estaria “trabalhando em conjunto e de mãos dadas com o governo chinês para tentar resolver o que é agora esse desafio epidemiológico global”. Para desmenti-lo, no dia 3 de fevereiro de 2020 o Ministério das Relações Exteriores da China emitiu forte crítica aos Estados Unidos por sua resposta à epidemia do novo coronavírus, avaliada pelo governo chinês como voltada somente aos próprios interesses dos EUA. O porta-voz do ministério afirmou que, “diante da crise de saúde pública, os países devem trabalhar juntos para superar as dificuldades e não mudar os problemas para os outros, muito menos aproveitar a posição precária das pessoas” visando benefícios econômicos (CHINA..., 2020, p. 1).

Menos midiática nos dias de hoje, mas de consequências adversas contínuas à saúde pública nas últimas três décadas, a regra

da mordação global – tradução literal do inglês da infame *Global Gag Rule* – foi reciclada e turbinada por Trump. Sua imposição de condicionalidades na cooperação configura exemplo gritante da ingerência do atual governo dos Estados Unidos na saúde global, de maneira unilateral, com objetivos populistas e remando contra a corrente da necessária colaboração universal.

No dia 23 de janeiro de 2017, portanto somente três dias depois de tomar posse, o presidente Trump emitiu um memorando presidencial de grande impacto na governança da saúde global, denominado “Protegendo a vida na assistência à saúde global”. Essa política recicla e até mesmo amplia a Política da Cidade do México de Reagan, de 1984, apelidada de “regra da mordação”, repetida pelos Bush pai e filho e revogada pelos governos democratas intermitentes. Resumidamente, a regra inibe o financiamento de ONGs e outras instituições que executam ou promovem o aborto, mesmo quando a ONG esteja localizada em países onde o aborto é legalizado ou descriminalizado.

Apesar de o foco ser a restrição da realização do aborto e as políticas de promoção da abstenção de sexo dos jovens como medida anticoncepcional, na prática “a implementação da *Global Gag Rule* limitou todas as ações direcionadas para o planejamento familiar, incluindo o uso de preservativos para prevenir a infecção pelo HIV e o espaçamento de gravidez de vários anos para evitar mortes maternas”, como afirma Fedatto (2018, p. 53). Isso principalmente devido à opção do presidente Trump de ampliar a regra da mordação global, ao incluir o veto para qualquer outra assistência do governo dos EUA na área da saúde, abrangendo financiamentos contra o HIV/AIDS, saúde materna e infantil, malária, nutrição e outros programas (COUSINS, 2018). De acordo com essa ampliação, ONGs estrangeiras que recebem financiamento do governo norte-americano devem concordar com a política, independente se trabalham ou não com saúde reprodutiva (SCHAAF *et al.*, 2019).

A partir das restrições da Global Gag Rule desde Reagan, o financiamento da USAID foi retirado das Nações Unidas e de diversas ONGs. Por exemplo, segundo Gezinski (2012, p. 841), “a International Planned Parenthood Federation (IPPF) perdeu 18 milhões USD por ano de financiamento”.

As perdas reais e temidas geraram um clima de incerteza, com impactos particularmente notáveis nos países do Sul Global, onde a maioria das ONGs depende majoritariamente do financiamento internacional (GEZINSKI, 2012). A regra neste sentido tem feito jus ao vergonhoso apelido de mordação global, “devido ao seu efeito silenciador na advocacia do aborto e, de forma geral, da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e tem levado à autocensura, com consequências graves à saúde da mulher” (MAVODZA; GOLDMAN; COOPER, 2019, p. 1).

Os impactos da regra nos sistemas de saúde e na saúde das pessoas, principalmente para as mulheres, são complexos na medida em que o aborto seguro não apenas constitui o direito da autonomia na escolha, mas essencialmente constitui um dispositivo importante na luta contra a mortalidade materna.

O relatório final dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio indicou que os avanços no objetivo 5, que dizia respeito a “Melhorar a saúde materna”, são lentos, e a mortalidade materna continua alta por causas evitáveis. Entre 1990 e 2005 a taxa de mortalidade materna diminuiu apenas 2,3% ao ano. Segundo dados de 2015, em países de baixa renda (PBR) 1 em cada 40 mulheres morre por questões relacionadas à gravidez ou ao parto. Em países de alta renda é 1 em cada 6 mil mulheres (UNITED NATIONS, 2015).

O peso do financiamento externo na saúde em alguns PBR fica evidente a partir dos dados de que 15 países africanos têm de 20 a 40% de seus gastos em saúde dependentes da assistência externa e 20 países, mais de 40%, exemplificando sobremaneira a força

das restrições impostas pela regra da mordação na disfunção de sistemas de saúde (OMS, 2013).

Em 2005, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) organizou uma conferência sobre a cooperação internacional aos PBR, buscando um consenso entre os doadores e receptores de financiamento para melhorar a qualidade da colaboração, baseados no reconhecimento da capacidade dos países de decidir e manejar suas prioridades, no alinhamento e harmonização dos objetivos dos doadores para evitar a reinvenção da roda, com o foco nos resultados e a promoção da responsabilidade mútua. Mas os EUA nunca firmaram esse acordo.

A constatação de que essas mortes maternas poderiam ser evitadas com a intensificação e a racionalização da cooperação global inspirou a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), lançados em 2015. Uma das metas do ODS 3 “é reduzir a mortalidade materna mundial para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos e garantir que nenhum país tenha uma taxa de mortalidade materna que supere o dobro da média mundial” (OPAS, 2018, p. 1).

Diariamente morrem no mundo mais de 800 mulheres na gestação ou no parto, por causas evitáveis. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), quase 75% de todas as mortes maternas são atribuídas à hipertensão, hemorragias graves, infecções, complicações no parto e abortos inseguros. Além do acesso a serviços de saúde de qualidade, “para evitar mortes maternas, também é vital prevenir gestações indesejadas e precoces”, o que requer “acesso a métodos contraceptivos e serviços que realizem abortos seguros [...] e uma atenção de qualidade após o aborto” (OPAS, 2018, p. 1).

A importância do aborto seguro é ainda mais evidente se considerarmos que os 10 países com a maior taxa de mortalidade materna são afetados por guerras e mais da metade das mortes

maternas ocorrem em países afetados por conflitos, onde os sistemas de saúde são fragilizados e mulheres e meninas são altamente expostas a diferentes formas de violência sexual e de gênero. De acordo com Tanyag (2017, p. 92), “consequentemente, mulheres e meninas vivem danos compostos, primeiro pela violência física direta, e segundo por serem obrigadas a suportar as consequências de longo prazo da violência sexual, incluindo uma gravidez indesejada, doenças sexualmente transmitidas ou HIV/AIDS”.

O desafio de redução da mortalidade materna, como na maioria dos problemas de saúde global, é complexo e requer intensa cooperação entre países. Conforme alertam Ghebreyesus, diretor geral da OMS, e Mohammed, a tarefa de reduzir a mortalidade materna inclui “garantir o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive para planejamento familiar, informação e educação, e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais”. Os autores destacam ainda que as questões de saúde e seus determinantes sociais são intimamente relacionadas e deveriam ser enfrentadas pela comunidade internacional (MOHAMMED; GHEBREYESUS, 2018, p. 590).

A cobertura universal de saúde, como no Sistema Único de Saúde do Brasil, pode “reduzir a pobreza (ODS 1) ao proteger as pessoas das dificuldades financeiras” quando expostas a tratamentos de custo proibitivo, e “uma boa saúde pode fomentar o emprego e o crescimento econômico (ODS 8)”. Mas esses e outros ODS requerem intensa cooperação global (MOHAMMED; GHEBREYESUS, 2018, p. 590).

Os impactos da regra da mordaza como política externa dos EUA, portanto, não se restringem ao aborto em si, mas promovem danos ao impedir a livre circulação de informações, apoio psicológico e serviços necessários para um aborto seguro.

Multiplicam, portanto, abortos inseguros (BINGENHEIMER; SKUSTER, 2017).

Por sua vez, abortos inseguros têm sido identificados como fonte de lesões físicas, sequelas no sistema reprodutivo, traumas psíquicos, em muitos casos ocasionando a morte de mulheres (OMS, 2013). Além dos danos da mordaza global à saúde das mulheres, vários pesquisadores apontam que tal regra da mordaza tem pouca efetividade em reduzir o número de abortos inseguros realizados no mundo. Há indícios de que tem prejudicado serviços de planejamento familiar e até mesmo aumentado o número de abortos inseguros. Contraditoriamente, cria-se uma situação em que a militância ideológica religiosa contribui dramaticamente para o número de abortos inseguros, com consequências drásticas para a saúde da mulher (MAVODZA; GOLDMAN; COOPER, 2019; CRANE; DUSENBERRY, 2004; LO; BARRY, 2017).

Revisão de escopo da literatura conduzida por Mavodza, Goldman e Cooper (2019), sobre os impactos da aplicação da regra da mordaza na saúde nos anos de 1985-1993, 1999-2000, 2001-2009 e suas novas e ampliadas imposições pelo governo Trump desde 2017, aponta que a aplicação intensificada da regra desmantelou esforços dirigidos à prevenção, teste e tratamento de HIV e AIDS. Desarticulou sistemas de cuidado, separando serviços de HIV e AIDS de serviços de aborto e acentuando as vulnerabilidades das mulheres portadoras de HIV e AIDS com gravidez não desejada (MAVODZA; GOLDMAN; COOPER, 2019).

As perdas de financiamento no contexto da regra da mordaza levaram ainda à redução ou interrupção de atividades de planejamento familiar. Um exemplo entre muitos, a Lesotho Planned Parenthood Association (LPPA), o único distribuidor de preservativos no país, não recebeu suprimentos de preservativos norte-americanos durante quase oito anos, e as “esquinas dos

preservativos”, que distribuíam preservativos para comunidades rurais em Etiópia, Gana e Quênia, tiveram que interromper as atividades, o que resultou em escassez de oferta de preservativos e aumentos nas taxas de fertilidade nas áreas rurais (MAVODZA; GOLDMAN; COOPER, 2019).

A imposição da mordça pelo governo dos EUA, tão perigosa para a saúde das mulheres, principalmente em regiões de recursos muito escassos, tem causado confusão e autocensura na gestão de ONGs, incertas sobre sua permissão de divulgar informações sobre aborto direcionado para mulheres vivendo com AIDS ou confusões sobre as possibilidades de convidar instituições que advogam pela descriminalização do aborto para eventos. A confusão tem contribuído para o que Mavodza, Goldman e Cooper definem como um “efeito inibidor”, referindo à restrição e até à paralisação de atividades, além do que é previsto na regra, para não correr o risco de ser acusado de não cumprimento. Mencionam o caso do Egito, onde trabalhadores dos serviços de saúde suspenderam a disseminação de informações e orientações sobre as infecções graves generalizadas (sepses) após a realização de aborto inseguro. Na Zâmbia uma ONG de grande impacto “removeu conteúdo sobre contracepção de emergência dos folhetos de informação” (MAVODZA; GOLDMAN; COOPER, 2019, p. 15).

O impacto da regra da mordça não é de hoje, embora agravado pelas políticas impositivas de Trump. Sagala comenta estudos que indicam o fracasso de políticas de saúde na África com “o triunfo da ideologia sobre os fatos”, a ênfase nos programas de educação sexual focados somente na abstinência, sem o suporte de evidências científicas; as restrições ao acesso de contraceptivos, evidenciando que a “lei da mordça em fundos dos EUA atesta a enorme influência de conservadores, cristãos evangélicos e o mal uso da ciência”, em que tal uso é seletivo. Esses comentários foram elaborados sobre o governo de George W.

Bush, mas se aplicam às políticas de Trump que radicalizaram as experiências anteriores dos presidentes republicanos (SAGALA, 2005).

A regra da mordça, somada à ojeriza por evidências científicas nas políticas de saúde, faz atualmente sucesso nos países seguidistas da política externa dos EUA na saúde global. Na reunião de alto nível da ONU sobre Cobertura Universal de Saúde, que precedeu a 74ª Assembleia Geral da ONU em 2019, o governo dos EUA liderou uma coalizão do atraso, formada de 21 países⁴ dissonantes do resto dos EM, para tentar impor uma agenda de mordça nas iniciativas de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos por parte das agências da ONU. O Brasil, com o maior sistema universal de saúde do mundo (SUS), juntou-se aos atrasados, com sua posição servil de alinhamento automático aos EUA, traindo uma história de contribuições relevantes à saúde global. O retrocesso, contrário às melhores evidências científicas disponíveis, impõe restrições à educação sexual de crianças e adolescentes, ao limitá-la ao papel da família. Caso a mordça prevaleça, o impacto negativo na saúde, no bem-estar sexual e nos direitos humanos afetará várias gerações futuras (GRAMER; LYNCH, 2020, p. 1).

Ainda no Brasil, a ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damares Alves, imitou políticas propostas pelo EUA em financiamentos na África e lançou, às vésperas do carnaval, campanha de abstinência sexual para jovens, apesar do alerta da Defensoria Pública da União, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, da OMS e de inúmeros pesquisadores dessa área de que os estudos científicos indicam a absoluta falência da proposta em outros países, assim como os perigos da política para o desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes.

⁴ Estados Unidos da América, Bahrein, Bielorrússia, Brasil, República Democrática do Congo, Egito, Guatemala, Haiti, Hungria, Iraque, Líbia, Mali, Nigéria, Polônia, República do Congo, Rússia, Arábia Saudita, Sudão, Uganda, Emirados Árabes Unidos e Iêmen.

A mordação que mobiliza movimentos fundamentalistas ao redor da defesa do direito à vida, além de provocar graves impactos na saúde das populações, se posiciona na contramão do principal marco de direitos internacionais e de defesa da vida em sociedade: o dos Direitos Humanos. O Comentário Geral sobre o Direito à Vida define que o aborto é um direito humano, que a morte materna evitável constitui uma violação do direito à vida e que o direito à vida começa com o nascimento (CCPR, 2018). A regra da mordação nega o direito humano à vida em todas as suas dimensões e conseqüentemente também ameaça a proteção de outros direitos humanos entre mulheres, incluindo o direito à educação (OMS, 2013; WHO, 2014).

A continuação ou a revogação da regra da mordação global estarão pendentes das eleições presidenciais nos Estados Unidos, a serem realizadas em novembro de 2020 (FEDATTO, 2018). No entanto, os impactos não se anularão com a possibilidade de revogação da política restritiva. Afora os impactos de médio e longo prazo na saúde da mulher, sua aplicação já está prejudicando respostas efetivas à epidemia de HIV e AIDS, Zika e outras infecções sexualmente transmitidas. Além do “impacto nos serviços em todo o mundo e, por extensão, na saúde, bem-estar e direitos humanos das mulheres [...], [essa política] pode estar contribuindo para o aumento das taxas de aborto”, como confirmam pesquisas em vários países africanos (PUGH *et al.*, 2017, p. 2).

No Brasil, signatário da regra da mordação na coalizão liderada pelos EUA na reunião da ONU sobre Cobertura Universal de Saúde 2019, a lei do Código Penal de 1940 admite o abortamento legal apenas em casos de risco gravíssimo de vida da gestante ou de gravidez resultante de estupro. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal reconheceu o direito à interrupção da gravidez em casos de feto anencéfalo, sem aprovação ainda pelo Congresso, principalmente devido às pressões de *lobbies* religiosos fundamentalistas. O resultado é que “1 em cada 5 mulheres alfabetizadas

já realizou pelo menos um aborto”. Como em outros países que abraçam a mordaza aplicada a este grave problema de saúde pública, a criminalização do aborto e a pressão da opinião pública ultraconservadora “contribuem para que a prática ocorra clandestinamente, favorecendo a subnotificação dos casos” (MACIEL, 2019, p. 2).

Conclusões

A perambulação do navio cruzeiro Diamond Princess em janeiro de 2020, antes de aportar em águas japonesas, com 691 casos de covid-19 e três mortes, a partir de um passageiro contaminado, configura triste metáfora da deriva da cooperação global em saúde, explicitando as disputas de liderança entre os países.

As restrições à cooperação global na preparação e resposta à pandemia de covid-19 e a implementação ampliada da regra da mordaza pelo presidente norte-americano Donald Trump em 2017, muito mais que casos excepcionais, configuram expressões da atual conjuntura política global na qual a evidência científica está sendo sistematicamente ignorada e, como observa o sociólogo Boaventura de Sousa Santos, os direitos humanos estão em frangalhos e “deixaram de ser uma condicionalidade nas relações internacionais” (SOUSA SANTOS, 2020).

Neste sentido, Tanyag (2017) aponta que a regra da mordaza global “ajuda desvendar as condições materiais e ideológicas predominantes que restringem as liberdades sexuais e reprodutivas globalmente”.

Harman e Davies argumentam que os impactos da regra da mordaza não podem unicamente ser atribuídos ao governo Trump (ou a anteriores governos republicanos) e destacam a importância de discutir a regra e seus impactos a partir de leituras críticas da governança da saúde global, seus esquemas de

financiamento, estruturas institucionais e normas (implícitas). Neste contexto, citam o exemplo do financiamento vertical e sistemas de pesquisa e desenvolvimento que reproduzem as prioridades do capital, em detrimento da equidade, e em que a saúde sexual e reprodutiva das mulheres é ignorada ou, pior, sistematicamente atacada. A regra da mordça neste sentido representaria mais uma expressão dos “problemas endêmicos da governança [da saúde global]”, que constitui um sistema intrinsecamente assimétrico (HARMAN; DAVIES, 2018, p. 465, 500).

Diante deste cenário, a oposição ativa contra a regra da mordça não apenas surge como uma necessidade para proteger e promover a saúde da mulher e abordar os determinantes sociais das desigualdades em saúde, que se expressam de forma particularmente dramática na mortalidade materna e em tantas doenças negligenciadas, mas também como uma oportunidade para impulsionar reformas necessárias do sistema de governança na saúde global: reformas que permitam garantir os direitos sexuais e reprodutivos; promovam financiamento contínuo, transparente, ético e de fontes diversificadas; estimulem a pesquisa, o desenvolvimento e a inovação de tecnologias, a produção e distribuição de medicamentos e vacinas acessíveis; e ainda construam abordagens de segurança em saúde global centradas na segurança das pessoas. Com esforços globais, as respostas aos grandes desafios atuais de saúde e bem-estar da humanidade, exemplificados pela covid-19 e H1N1, seriam mais eficazes e custo-efetivas, ajudando a refrear o ímpeto desagregador de políticas unilaterais, como a regra da mordça, e seu impacto sobre a saúde de milhares de mulheres no mundo inteiro.

Essa concertação internacional requer amplas e estratégicas alianças e a construção do apoio da sociedade. Essa proposta parece hercúlea na atual conjuntura política, principalmente porque questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva foram gradualmente retiradas do marco dos direitos humanos e

situadas numa esfera de moralidade não negociável, que cria narrativas que impossibilitam ou ao menos dificultam diálogos e mobilizações sociais harmônicas.

As alianças são igualmente complexas. Na época em que George W. Bush reinstaurou a regra da mordaza global, surgiu uma onda internacional contrária à medida, liderada por países europeus como a Inglaterra, Noruega, Dinamarca e Holanda, na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Hoje o cenário político mudou drasticamente e a União Europeia está dividida sobre o assunto. Mesmo com o posicionamento e as ações contrárias de alguns países como Suécia, Dinamarca, Bélgica, Finlândia e Holanda, a mobilização mostrou-se mais tácita, quase inaudível, apesar de relevante para o cenário global (GIRARD, 2017). Poderíamos incluir também o papel inovador da Noruega na diplomacia da saúde global, buscando introduzir abordagens em prol da saúde em todas suas transações internacionais.

Na América do Norte, o Canadá delimita enfaticamente suas abordagens em saúde global, em relação aos EUA. Nixon *et al.* (2018) destacam que, mesmo com as limitações financeiras e militares de uma potência internacional média, o Canadá busca apoiar a cooperação em saúde global “focada na equidade e na cidadania global” e na soberania, baseada na solidariedade e nas necessidades reais e prioritárias dos países, buscando a “construção de alianças e ações coletivas para exercer influência além da esperada de um país com recursos financeiros e militares moderados”. Ao contrário de seu vizinho ao sul, o governo de Justin Trudeau resgata, na prática, a “apreciação da diversidade, igualdade e responsabilidade do Canadá” na defesa dos direitos humanos fundamentais, como a cobertura universal de saúde, além do respeito à diversidade e pluralidade de gêneros. Um problema é que a vontade política atual choca-se com a limitada capacidade de financiamento e de poder nos organismos internacionais (NIXON *et al.*, 2018, p. 29).

No momento em que a incerteza sobre a evolução da nova pandemia aflige dos altos mandatários ao cidadão comum, enquanto o mundo busca liderança para enfrentá-la harmoniosa e eficientemente, os sinais emitidos por Trump não poderiam ser mais perversos para as necessidades vitais da cooperação para a saúde global. Gramer e Lynch (2020) alertam que em fevereiro de 2020 o governo Trump decidiu fazer cortes profundos no financiamento da assistência estadunidense para a saúde global, propondo retirar “mais de 3 bilhões de dólares em programas gerais, incluindo metade de sua contribuição atual para a OMS, que está liderando a luta do surto mortal do coronavírus” (GRAMER; LYNCH, 2020). Pior ainda, se considerarmos os determinantes sociais da saúde e a inter-relação dos diversos ODS, a proposta de cortes enviada ao Congresso abrange 21% de todo o investimento dos EUA em assistência externa.

A mordação global impacta duramente áreas vitais e estratégicas, como a de pesquisa. A pandemia de covid-19, apesar de ser a que até agora alcançou a maior audiência global, com casos individuais em todo o mundo reportados quase em tempo real, não foi suficiente para sensibilizar os mandatários dos EUA sobre a necessidade de intensificar a cooperação.

No entanto, cresce a resistência à mordação global na comunidade científica, entre trabalhadores da saúde nos países e junto a funcionários de organismos internacionais como a OMS, em organizações da sociedade civil, e nos movimentos sociais de mulheres, inclusive em alguns países doadores relevantes. A iniciativa *She Decides*, liderada pela Holanda, é um exemplo inspirador na medida em que tem conseguido articular atores e responder relativamente rápido à nova promulgação da regra da mordação por Donald Trump (PUGH *et al.*, 2017).

Principalmente neste cenário atual da pós-verdade e da proliferação dos chamados fatos alternativos ou *fake news*, parece crucial reafirmar o compromisso pela transparência das decisões

e prestação de contas dos OIs, por uma saúde global informada pelas melhores evidências disponíveis, pelos valores da solidariedade entre os povos e pela equidade em saúde, na defesa intransigente dos direitos humanos e, sobretudo, das ações colaborativas sensíveis às necessidades vitais da saúde e do bem-estar das pessoas.

Referências

BINGENHEIMER, J. B.; SKUSTER, P. The Foreseeable Harms of Trump's Global Gag Rule. *Studies in Family Planning*, v. 48, n. 3, p. 279-90, 2017.

CCPR. *General Comment No 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life*. New York: United Nations, 2018. Disponível em: <https://doi.org/CAT/C/MAR/CO/4>. Acesso em: 26 ago. 2020.

CHINA Criticizes America's Response to the Virus in Coronavirus Live Updates: China Death Toll Is Greater than in Outbreak. *The New York Times*, New York, 3 Feb. 2020.

CLIFT, C.; RÖTTINGEN, J.-A. New Approaches to WHO Financing: The Key to Better Health. *BMJ*, v. 361, p. k2218, 2018.

CLINTON, C.; SRIDHAR, D. Who Pays for Cooperation in Global Health? A Comparative Analysis of WHO, the World Bank, the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, and Gavi, the Vaccine Alliance. *The Lancet*, v. 390, n. 10091, p. 324-332, 2017.

COUSINS, S. Abortion: US Global Gag Rule Is Having "Chilling Effect" on Sexual Health Service Providers. *BMJ*, v. 363, p. k4886, 2018.

CRANE, B. B.; DUSENBERRY, J. Power and Politics in International Funding for Reproductive Health: The US Global Gag Rule. *Reproductive Health Matters*, v. 12, n. 24, p. 128-137, 2004.

CUETO, M. The History of International Health: Medicine, Politics and Two Socio-Medical Perspectives, 1851-2000. In: MCINNES, C.; LEE, K.; YOUDE, J. *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. [Oxford]: Oxford University Press, 2020. p. 19-36.

DREZNER, D. W. Is It the Trump Administration or the Trump Regime? *Washington Post*, Washington, DC, 4 May 2017. Disponível em: <https://www>.

washingtonpost.com/posteverything/wp/2017/05/04/is-it-the-trump-administration-or-the-trump-regime/. Acesso em: 30 jan. 2020.

FEDATTO, M. S. Tendências e desafios para a agenda da saúde global na Era Trump. *Conjuntura Internacional*, v. 14, n. 3, p. 46-58, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/p.1809-6182.2017v14n3p46>. Acesso em: 26 ago. 2020.

GEZINSKI, L. B. The Global Gag Rule: Impacts of Conservative Ideology on Women's Health. *International Social Work*, v. 55, n. 6, p. 837-849, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020872811421619>. Acesso em: 26 ago. 2020.

GIRARD, F. Implications of the Trump Administration for Sexual and Reproductive Rights Globally. *Reproductive Health Matters*, v. 25, n. 49, p. 6-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1301028>. Acesso em: 26 ago. 2020.

GOODMAN, P. S. SARS Stung the Global Economy, the Coronavirus Is a Greater Menace. *The New York Times*, New York, 3 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/02/03/business/economy/SARS-coronavirus-economic-impact-china.html?action=click&module=Top%20Stories&pgtype=Homepage>. Acesso em: 27 fev. 2020.

GRAHAM, E. R. The Institutional Design of Funding Rules at International Organizations: Explaining the Transformation in Financing the United Nations. *European Journal of International Relations*, v. 23, n. 2, p. 365-390, 2017.

GRAMER, R.; LYNCH, C. Trump Seeks to Halve U.S. Funding for World Health Organization as Coronavirus Rages. *Foreign Policy*, 10 fev. 2020. Disponível em: <https://foreignpolicy.com/2020/02/10/trump-world-health-organization-funding-coronavirus-state-department-usaid-budget-cuts/>. Acesso em: 18 fev. 2020

HARMAN, S.; DAVIES, S. E. President Donald Trump as Global Health's Displacement Activity. *Review of International Studies*, v. 45, n. 3, p. 491-501, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S026021051800027X>. Acesso em: 26 ago. 2020.

LANCET editorial. The Future of Trump's Global Health Agenda. *The Lancet*, London, v. 392, n. 10160, p. 2140, 2018.

LIMA, N.; BUSS, P.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00177020>. Acesso em: 30 set. 2020.

LO, N.; BARRY, M. The Perils of Trumping Science in Global Health – The Mexico City Policy and Beyond. *New England Journal of Medicine*, v. 376, n. 15, p. 1399-1401, 2017.

MACIEL, T. *Pena de um corpo só: a relação entre a violência contra a mulher e a decisão pelo aborto*. 2019. 113 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

MAVODZA, C.; GOLDMAN, R.; COOPER, B. The Impacts of the Global Gag Rule on Global Health: A Scoping Review. *Global Health Research and Policy*, v. 4, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41256-019-0113-3>. Acesso em: 26 ago. 2020.

MCKEE, M.; GREER, S. L.; STUCKLER, D. What Will Donald Trump's Presidency Mean for Health? A Scorecard. *The Lancet*, v. 389, n. 10070, p. 748-754, 2017.

MOHAMMED, A. J.; GHEBREYESUS, T. A. Healthy Living, Well-Being and the Sustainable Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 96, n. 9, p. 590, 2018.

NIXON, S. A. *et al.* Canada's Global Health Role: Supporting Equity and Global Citizenship as a Middle Power. *The Lancet*, v. 391, n. 10131, p. 1736-1748, 2018.

NUNES, J.; PIMENTA, D. N. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. *Lua Nova: revista de cultura e política*, v. 98, p. 21-46, 2016.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2. ed. Genebra: OMS, 2013.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. *Folha informativa: mortalidade materna*. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 27 fev. 2020:

PANISSET, U. *International Health Statecraft: Public Health and Foreign Policy in Peru's Cholera Epidemic*. Maryland and Oxford: University Press of America, 2000.

PANISSET, U. Conceitos operacionais para diplomacia em saúde: promovendo desenvolvimento humano por meio da cooperação internacional. In: BUSS, P. M.; TOBAR, S. (org.). *Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. cap. 2, p. 87-114.

PUGH, S. *et al.* Not without a Fight: Standing Up Against the Global Gag Rule. *Reproductive Health Matters*, v. 25, n. 49, p. 14-16, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1303250>. Acesso em: 26 ago. 2020.

REDDY, S. K.; MAZHAR, S.; LENCUCHA, R. The Financial Sustainability of the World Health Organization and the Political Economy of Global Health Governance: A Review of Funding Proposals. *Globalization and Health*, v. 14, n. 1, p. 1-11, 2018.

SAGALA, J. K. Bush's Gag Rule and Africa: Impact on Reproductive Health. *International Journal of Global Health and Health Disparities*, v. 4, n. 1, p. 13-29, 2005.

SCHAAF, M. *et al.* 'Protecting Life in Global Health Assistance'? Towards a Framework for Assessing the Health Systems Impact of the Expanded Global Gag Rule. *BMJ Global Health*, v. 4, n. 5, p. 1-12, 2019.

SOUSA SANTOS, B. Por uma nova Declaração dos Direitos Humanos. *Outras Palavras*, 15 jan. 2020.

TANYAG, M. Global Gag Rule and the Political Economy of Sexual and Reproductive Freedoms. *Quarterly Access*, v. 22, n. 56, p. 86-95, 2017.

UNITED NATIONS. *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations, 2015. v. 72.

WHO – World Health Organization. *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services*. Geneva: WHO, 2014.

WHO – World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Situation Report*, Geneva, n. 37, 25 Feb. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200226-sitrep-37-covid-19.pdf?sfvrsn=6126c0a4_4. Acesso em: 25 fev. 2020.