



As múltiplas dimensões da crise de Covid-19: perspectivas críticas da Saúde Global e Sustentabilidade

Organizadoras

Gabriela Marques Di Giulio

Helena Ribeiro

Deisy de Freitas Lima Ventura



As múltiplas dimensões da crise de Covid-19: perspectivas críticas da Saúde Global e Sustentabilidade

Organizadoras

Gabriela Marques Di Giulio

Helena Ribeiro

Deisy de Freitas Lima Ventura

DOI 10.11606/9786588304211

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

São Paulo

2023

USP





“Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.”

Os autores são exclusivamente responsáveis pelas ideias, conceitos, citações e imagens apresentadas neste livro.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Carlos Gilberto Carlotti Junior
Vice-Reitora: Maria Arminda do Nascimento Arruda

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Diretor: José Leopoldo Ferreira Antunes
Vice-Diretora: Patrícia Constante Jaime

CONSELHO EDITORIAL

Angela Maria Belloni Cuenca (Presidente)
Carinne Magnago
Denise Pimentel Bergamaschi
Dirce Maria Lobo Marchioni
Fabiola Zioni
Gizelton Pereira Alencar
José Luis Negrão Mucci
Maria Cristina da Costa Marques
Maria do Carmo Avamilano Alvarez
Maria Tereza Pepe Razzolini
Patrícia Constante Jaime

Organizadoras

Gabriela Marques Di Giulio
Helena Ribeiro
Deisy de Freitas Lima Ventura

Produção e Realização

Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade – Faculdade de Saúde Pública – USP

Produção Editorial

Edu Ambiental Serviços
Soraia Fernandes

Apoio técnico:

Equipe da Biblioteca da
Faculdade de Saúde Pública da USP
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 – Cerqueira César – São Paulo – SP
<http://www.biblioteca.fsp.usp.br>
markt@fsp.usp.br

Catálogo na Publicação

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública

As Múltiplas dimensões da crise de Covid-19: perspectivas críticas da Saúde Global e Sustentabilidade [recurso eletrônico] / Gabriela Marques Di Giulio, Helena Ribeiro, Deisy de Freitas Lima Ventura (Organizadoras). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2023.
336 p. : il. color. PDF

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88304-21-1 (eletrônico)
DOI 10.11606/9786588304211

1. Saúde Global. 2. Sustentabilidade. 3. COVID-19. 4. Pandemias. 5. Saúde Pública.
6. Política de Saúde. I. Di Giulio, Gabriela Marques. II. Ribeiro, Helena. III. Ventura, Deisy de Freitas Lima.

CDD 614

Elaborada por Alice Souza - CRB 8/6238

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
<i>Gabriela Marques Di Giulio, Deisy de Freitas Lima Ventura e Helena Ribeiro</i>	
PRÓLOGO - Escrever saúde global	10
<i>João Nunes</i>	
1. Atuação da extrema direita nos mecanismos de participação social da OMS: o caso do Órgão Intergovernamental de Negociação do acordo internacional sobre pandemias	31
<i>Vitória de Paula Ramos, Leandro Luiz Viegas e Deisy de Freitas Lima Ventura</i>	
2. Políticas globais de acesso universal à vacinação	65
<i>Ariane de Jesus Lopes de Abreu, Ana Paula Sayuri Sato e Eliseu Alves Waldman</i>	
3. BRICS na produção e distribuição de vacinas Covid-19: cooperação em saúde ou oportunidades econômicas?	89
<i>Anízia Aguiar Neta e Helena Ribeiro</i>	
4. Entrelaçamentos entre a segurança alimentar e nutricional, pandemia de Covid-19 e sustentabilidade	117
<i>Ana Maria Bertolini, Patricia Constante Jaime e Gabriela Marques Di Giulio</i>	
5. A paradiplomacia e a difusão de políticas públicas na resposta à Covid-19 no Brasil	147
<i>Camila Corrêa da Costa Sousa e Helena Ribeiro</i>	
6. Segurança da saúde global: o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e o acesso a equipamentos de proteção individual	168
<i>Anne Dorothee Slovic e Eriton Lincoln Torres Pompeu</i>	
7. Atenção à saúde mental de usuários de álcool no Brasil: impacto da pandemia de Covid-19	190
<i>Tiziana Bezerra Gerbaldo e José Leopoldo Ferreira Antunes</i>	
8. Enquadramentos nos estudos críticos da Saúde Global: uma análise da infodemia de Covid-19 no Brasil	208
<i>Felipe dos Reis Campos, Ione Maria Mendes, Fernanda Luchiari de Lima e Gabriela Marques Di Giulio</i>	
9. Interações entre território e pandemia de Covid-19 na cidade de São Paulo: das dinâmicas pré-existentes às novas perspectivas	233
<i>Ana Carolina Carvalho Figueiredo e Gabriela Marques Di Giulio</i>	
10. As migrações e o refúgio sob o prisma da Saúde Global: a gênese do Grupo de Trabalho do PPG em Saúde Global e Sustentabilidade da USP e do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz	261
<i>Ananda Melo King, Jameson Martins, Deisy de Freitas Lima Ventura, Marina Sujkowski, Harim Baek, Caio Murta Cesar e Júlia Moraes</i>	
11. Da AH1N1 à Mpx: a sustentabilidade como elemento central de uma resposta democrática às emergências internacionais de saúde	275
<i>Deisy de Freitas Lima Ventura e Danielle Hanna Rached</i>	
12. Educação em Saúde Global e Sustentabilidade	305
<i>Paula Simão Batich e Helena Ribeiro</i>	
ORGANIZADORAS E AUTORES	329

The background is a solid orange color with several 3D-rendered virus particles scattered across it. The viruses are spherical with numerous spike-like protrusions of varying lengths and thicknesses. Some are larger and more prominent, while others are smaller and more faded.

APRESENTAÇÃO

Por

Gabriela Marques Di Giulio
Deisy de Freitas Lima Ventura
Helena Ribeiro

Em 2013 nascia o Programa de Pós-graduação em Saúde Global e Sustentabilidade (PPG-SGS), criado exclusivamente na modalidade de doutorado acadêmico e sediado na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Idealizado à luz das discussões sobre os múltiplos efeitos do processo de globalização acelerada e suas reverberações na saúde humana e no ambiente em escala planetária, o Programa surgia também buscando responder a um chamamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), vinculada ao Ministério da Educação, para a criação de novos programas de pós-graduação no Brasil com enfoque em temas originais.

Ao longo do seu primeiro decênio, o PPG-SGS tem se destacado pelos esforços em contribuir para o avanço do conhecimento técnico-científico em temas complexos, urgentes e que trazem diversos desafios à vida das populações. Um dos seus pilares centrais e que o colocam como destaque em diferentes fóruns acadêmicos e institucionais é situar justamente a interdependência entre saúde, desenvolvimento econômico, governança, direitos humanos, solidariedade internacional e sustentabilidade. Neste sentido, as pesquisas desenvolvidas pelo corpo docente e discente do Programa têm buscado analisar, em diferentes temas e objetos de estudo, como se dão concretamente as interações entre normas políticas, arcabouços regulatórios, ações coletivas e perspectivas individuais, e que efeitos e reverberações emergem.

Nestes 10 anos de existência, o Programa tem envidado esforços para integrar o movimento de constituição de uma identidade própria da saúde global e sua interface com a sustentabilidade, em constante diálogo e interação com outras redes de pesquisa e ação, em particular no contexto do Sul Global, mas mantendo laços com relevantes atores do Norte. O resultado desse esforço é um aprofundamento analítico importante nas questões de saúde e ambiente, evocando análises sobre conflitos de interesses, relações de poder, vulnerabilidades, negligências e iniquidades que estão em jogo, sobretudo em situações de emergências e crises.

Neste contexto, a pandemia de Covid-19, sexta Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, não só tem sido objeto de um conjunto importante de estudos produzido no âmbito do PPG-SGS, como tem sido mobilizada em diversas análises sobre dimensões e aspectos fundamentais que permeiam o debate atual sobre saúde global, sustentabilidade, interações entre ciência e política, infodemia e fluxos de informação e desinformação. Mais do que conferir ampla visibilidade às pesquisas conduzidas pelo Programa, é preciso reconhecer que a crise da Covid-19 recolocou, com força, a necessária adoção de uma perspectiva crítica nos estudos da saúde global que, ao mesmo tempo, possibilite situar as complexas interações entre ambiente e ações sociais, e propor desafiadoras transformações urgentes para um futuro mais adaptado, sustentável e justo.

É a partir desse protagonismo desafiador do Programa e da sua trajetória percorrida neste primeiro decênio que este livro é redigido. Ao celebrar 10 anos de história, em um contexto de múltiplas crises e emergências, o PPG-SGS apresenta um conjunto diverso de estudos que situam e tensionam os múltiplos entrelaçamentos da pandemia de Covid-19. Parte importante desse conjunto é apresentada e divulgada neste livro.

Aos leitores e leitoras, são apresentados, assim, os esforços de pesquisa e análises conduzidos pelo corpo docente e discente e por egressos e egressas do Programa. Os capítulos que compõem este livro perpassam desde as políticas globais de produção e acesso à vacinação, questões relacionadas à paradiplomacia e segurança, atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o acordo internacional sobre pandemias, aos impactos e reverberações desta emergência sanitária, em particular no contexto brasileiro.

Já no prólogo desta publicação, o pesquisador João Nunes, *senior lecturer* na *University of York* (Reino Unido) e orientador permanente do PPG-SGS, nos brinda com uma análise crítica sobre as origens da saúde global e seu papel na trajetória mais recente da governança global da saúde. Seu texto, fundamental na leitura deste livro e na compreensão sobre os esforços percorridos pelo Programa nestes 10 anos, nos provoca a refletir sobre como a saúde global precisa estar ativamente envolvida na luta contra as fronteiras, novas e velhas, a partir de cinco vertentes identificadas como: global-planetário, global-coletivo, global-público, global-periférico e global-cotidiano.

Os capítulos que compõem este livro, de alguma forma, vão nesta direção, ao situarem, a partir da crise de Covid-19, como essas vertentes são fundamentais para problematizar as causas, efeitos, enquadramentos e reverberações dessa emergência de saúde pública (e global). Assim, por exemplo, no capítulo sobre a criação do Órgão Intergovernamental de Negociação (OIN) e sua atuação frente à proposição do Acordo Internacional sobre Pandemias, Vitória Ramos, Leandro Viegas e Deisy Ventura lançam luz aos riscos que a apropriação de mecanismos de participação social por movimentos de extrema direita pode trazer ao futuro da saúde global.

Ariane Abreu, Ana Paula Sato e Eliseu Waldman se debruçam sobre as políticas globais de acesso à vacinação, com o objetivo de debater os principais fatores que afetam o acesso a vacinas e as estratégias para promoção do acesso equitativo a vacinas tanto no nível global, como em âmbito nacional. Ainda na questão de vacinas, com foco específico para as produzidas para o combate à Covid-19, Anízia Aguiar Neta e Helena Ribeiro fazem uma análise sobre a atuação dos países do grupo econômico BRICS, situando em particular, o processo de produção, autorização, comercialização e doação de vacinas durante o ano de 2021. As autoras argumentam como as disputas por poder ou dominação econômica devem dar lugar à solidariedade para salvar vidas e economias seriamente impactadas pela pandemia.

É também sobre as múltiplas reverberações e entrelaçamentos da Covid-19 que as autoras Ana Maria Bertolini, Patricia Jaime e Gabriela Di Giulio discorrem sobre como a iminência dessa emergência sanitária, em conjunto com o agravamento de determinantes socioeconômicos, políticos e ambientais, encontraram um cenário fértil para intensificar o quadro de insegurança alimentar e de fome no mundo e, em particular, no Brasil. Ao identificarem os avanços e desafios inerentes à agenda de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) desde sua proposição até a iminência da pandemia de Covid-19, as autoras buscam situar a incorporação de novos nexos e a produção de novos sentidos na discussão atual sobre SAN a partir do arranjo conceitual de sustentabilidade.

Também sobre reverberações da pandemia, Camila Sousa e Helena Ribeiro fazem uma análise sobre paradiplomacia, a fim de compreender como se deu o combate à pandemia no Brasil no âmbito governamental. Para as autoras, tendo em vista que o governo central do país se absteve de coordenar uma resposta, as unidades de governo subnacionais tiveram papel central na difusão de políticas públicas de saúde por meio da paradiplomacia. Tal análise confirma a relevância dos governos subnacionais na governança global da saúde e no preparo de respostas futuras a emergências.

No capítulo sobre segurança da saúde global, Anne Slovic e Eriton Pompeu discutem como os problemas crônicos de financiamento e acesso a insumos de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram amplificados pela profunda crise sanitária de escala mundial, e por severas interrupções na cadeia global de fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). A partir de uma análise sobre as dinâmicas que contribuíram com essa interrupção e as consequências relacionadas à grave escassez desses equipamentos no Brasil durante a crise da Covid-19, os autores argumentam a necessidade de um redesenho da estrutura de Segurança da Saúde Global que permita maior resiliência frente a emergências sanitárias.

Ainda sobre os efeitos da pandemia nos sistemas de saúde e na saúde dos indivíduos, Tiziana Gerbaldo e José Leopoldo Antunes analisam o impacto negativo da pandemia na atenção à saúde mental e ao uso de substâncias psicoativas e a maior exposição a estressores psicossociais, que seguem representando ameaça ao surgimento e agravamento de problemas de saúde, em especial entre as populações mais vulneráveis. Na investigação conduzida, os autores destacam a importância das instituições governamentais na retomada de um papel ativo no acompanhamento de indicadores e avaliação dos serviços de saúde mental no país.

Se a pandemia lançou luz à questão da saúde mental, também reforçou como o excesso de informações que circulam e a dificuldade que os indivíduos têm de encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis – a chamada infodemia – constituem importantes desafios no contexto atual de crises e emergências. É nessa linha que Felipe Reis, Ione

Mendes, Fernanda Luchiarri e Gabriela Di Giulio analisam as narrativas pseudo-factuais espalhadas pelo chamado “gabinete paralelo” e os efeitos da difusão massiva de enquadramentos e narrativas de cunho negacionista que sustentaram em grande medida as decisões do governo brasileiro durante a Covid-19.

Ainda sobre reverberações da pandemia, Carolina Figueiredo e Gabriela Di Giulio discutem como a Covid-19 permeou com força as dinâmicas urbanas. Dentre as principais recomendações para conter a disseminação da doença, o distanciamento social e as determinações para evitar aglomerações representaram mudanças expressivas nas dinâmicas da maior parte das cidades pelo mundo. Em São Paulo, não foi diferente. A partir de uma revisão de textos bibliográficos e documentos, as autoras compartilham alguns *insights* sobre as fragilidades e desigualdades presentes no território paulistano e agravadas com a configuração da crise sanitária.

A pandemia também teve seus efeitos em uma outra dimensão de interesse da saúde global: a intersecção entre migrações e refúgios. No capítulo desenvolvido por Ananda King, Jameson Martins, Deisy Ventura, Marina Sujkowski, Harim Baek, Caio Murta e Júlia Moraes, é apresentada a experiência de um Grupo de Trabalho (GT), formado por pesquisadores ligados ao PPG-SGS, que participa ativamente do Observatório de Saúde Global e Diplomacia da Saúde, da Fiocruz, e conduz pesquisas que subsidiam uma seção nos Cadernos CRIS/Fiocruz sobre Saúde Global e Diplomacia da Saúde. No capítulo, os autores sintetizam os principais achados do GT a partir de um acompanhamento sistemático de diversos documentos que enfocam questões relacionadas à governança global da migração e do refúgio e reverberações na saúde, desde 2020 – ano da eclosão global da pandemia.

Ainda numa perspectiva de situar possíveis entrelaçamentos críticos em emergências, Deisy Ventura e Danielle Rached situam o vínculo existente entre a sustentabilidade, a democracia e as emergências de saúde pública de importância internacional. As autoras exploram as evidências dos aspectos ambientais da origem das doenças que suscitaram a declaração de emergências pela OMS e a ausência de enfoques que levem em conta a sustentabilidade nas respostas internacionais e nacionais dadas nestas situações. Ao mobilizarem exemplos de medidas de resposta a emergências com potencial dano à democracia e aos direitos humanos, sinalizam, ainda, perspectivas de estudo de mecanismos de *accountability* nesses contextos.

Finalmente, reconhecendo como a sustentabilidade, no campo da educação em saúde global, pode fortalecer a produção de conhecimento interdisciplinar e transfronteiriço, integrando ciências sociais, ambientais e econômicas dentro de um contexto global, Paula Batich e Helena Ribeiro apresentam uma análise sobre a experiência de cursos de pós-graduação em saúde global ao incorporarem questões de sustentabilidade em suas

bases curriculares e pesquisas. Para as autoras, o futuro catalisado pela pandemia de Covid-19 sinalizou não somente a importância de estudar e olhar para saúde dos povos e do planeta de forma sistêmica e global, mas evidenciou a necessária compreensão de que estamos todos interligados e conectados em uma mesma casa – o Planeta Terra.

A diversidade de temas explorados nos capítulos revela a multiplicidade de lentes analíticas mobilizadas nos estudos desenvolvidos no âmbito do PPG-SGS. A trajetória até aqui percorrida e evidenciada neste livro mostra os potenciais ganhos do Programa que inovou ao apostar na necessidade de formar pesquisadores, docentes e líderes que atuam na interface entre os campos de Saúde Global e Sustentabilidade e no desejo de inserir mais fortemente a ciência brasileira (e do Sul Global) no *mainstream* da ciência mundial e no debate sobre saúde global, com visões e propostas inovadoras.

Desde uma perspectiva crítica da saúde global, os esforços das pesquisas desenvolvidas pelo Programa, como mostram os capítulos que compõem este livro, centram-se no aprofundamento da compreensão acerca dos aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais que estão na base das emergências e problemas planetários trazidos pelo Antropoceno. Outra dimensão tão importante como esta, e ainda desafiadora para o Programa, é situar, a partir das experiências e práticas estudadas, em particular no contexto do Sul Global, os desafios e oportunidades para alcançar um compromisso real com a sustentabilidade a partir de uma perspectiva multidimensional. Que no próximo decênio possamos avançar a passos largos nesta direção.

The background is a solid orange color with several 3D-rendered virus particles scattered across it. The viruses are spherical with numerous spike-like protrusions of varying lengths and thicknesses. Some are in sharp focus, while others are blurred in the background, creating a sense of depth.

PRÓLOGO

Escrever saúde global

João Nunes

UMA QUESTÃO DE ORIGEM

O conceito de “saúde global” popularizou-se nas últimas décadas. Ao mesmo tempo, tem sido alvo de escrutínio intenso. Para começar, as suas origens são problematizadas. É possível estabelecer uma linha de continuidade entre a saúde global e o colonialismo. Os primórdios do que hoje conhecemos como saúde global estão na medicina colonial ou tropical, um dos primeiros exemplos do “internacionalismo” na medicina e na saúde pública (ROEMER, 1994). Por sua vez, a medicina colonial emergiu como uma parte importante de um projeto de dominação e expropriação (ANDERSON, 2006). A medicina foi um instrumento de violência no contexto da colônia, em especial através da colonização dos corpos, uma capilarização do domínio (ARNOLD, 1993). No centro da medicina colonial está uma ansiedade relativamente à preservação do corpo do colonizador perante um ambiente desconhecido, inóspito e pouco hospitaleiro, e no contexto de um encontro com o corpo do colonizado. À luz de um ideário de superioridade racial, este último é entendido como inerentemente ameaçador. O corpo do colonizado é também, ao mesmo tempo, algo a ser preservado tendo em vista a maximização da sua utilidade econômica.

A dimensão “internacional” da medicina adquiriu assim um duplo propósito: o de segregação, pelo qual o contato era cuidadosamente gerido e se mantinha a separação entre a “cidade europeia” e as habitações nativas; e a contenção, pela qual a circulação (de pessoas e mercadorias) era submetida a filtragem e triagem para evitar o surgimento de doenças nos espaços reservados aos colonizadores e, além disso, na metrópole. Como parte do império, então, a saúde internacional enquanto medicina colonial buscava sustentar objetivos econômicos, ou seja, extração de recursos e troca fluida de bens (e de pessoas-como-mercadorias).

A ideia de que existiria uma linha de continuidade entre a saúde global e o império está presente também noutros argumentos, segundo os quais o internacionalismo em saúde teria como objetivo, não propriamente o alívio ou resolução dos problemas de saúde, mas sim a manutenção de um determinado status quo. Como observou Nicholas King (2002), o comércio internacional e a segurança dos mecanismos que sustentam esse comércio são centrais na formação da saúde internacional. Isso continua, segundo King, no período pós-colonial. As Conferências Sanitárias Internacionais, realizadas a partir do século XIX, ao colocarem a ênfase na uniformização das medidas de contenção, tendo em vista a proteção dos fluxos internacionais, mostram como o objetivo de proteger a saúde pública fazia parte de um propósito mais amplo de proteger uma economia global hierarquizada.

Os atuais Regulamentos Sanitários Internacionais revelam esta trajetória. Mostram preocupações de longa data com a salvaguarda da circulação econômica em caso de epidemias e – através da aposta nos sistemas de notificação e na capacidade de vigilância nas fronteiras – uma vontade de circunscrever e conter surtos provenientes da periferia da economia mundial. Neste contexto, a saúde global também tem sido questionada por conta da sua associação com a emergência e consolidação do neoliberalismo enquanto organização dominante da economia mundial (KESHAVJEE, 2014). O neoliberalismo significou, entre outras coisas, o esvaziamento de uma visão da saúde como um bem público global, sustentado por uma abordagem horizontal para abordar os determinantes da doença, e sua substituição por intervenções voltadas para a contenção e controle de doenças específicas. Ao participar desse projeto, a saúde global seria, na melhor das hipóteses, uma versão empobrecida do ideal abrangente de saúde que esteve na origem da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este ideal teve seu expoente máximo no projeto de ampliação do escopo dos mecanismos internacionais de saúde em torno das metas de atenção primária à saúde, promoção da saúde e “saúde pelo povo”, presentes na Conferência de Alma Ata de 1978 sobre Atenção Primária à Saúde. Logo, porém, esses objetivos mais abrangentes enfrentaram uma reação negativa. Acusada de ter se tornado muito politizada, a OMS refreou suas ambições e acabou por se conformar com um arranjo institucional no qual desempenha um papel menos influente, face ao poderio de outras organizações internacionais (como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial) e financiadores. Na pior das hipóteses, portanto, a ideia de saúde global seria cúmplice deste esvaziamento da cooperação, da solidariedade e da universalidade em saúde.

Essa problematização das origens da saúde global, bem como do seu papel na trajetória mais recente da governança global da saúde, aponta para um dilema. Acostumámo-nos a falar sobre saúde global num momento em que a “globalidade” é, ela mesma, alvo de questionamento. Esse questionamento vem de diversos quadrantes políticos e sociais. Do lado de setores identificados com a esquerda, cada vez mais o global deixou de ser visto como convergência e harmonia. Pelo contrário, os conflitos e hierarquias que subjazem ao global são cada vez mais escancarados. Também existe, por parte de alguns setores da direita política, uma crítica a um suposto “globalismo” enquanto projeto político de subversão dos valores tradicionais. Finalmente, num contexto de emergência climática, o global é visto por alguns como demasiadamente centrado na experiência humana, ou seja, não suficientemente sintonizado com os desafios colocados pelo Antropoceno. Fala-se de saúde global num momento em que o próprio conceito começa a ser ameaçado pelo surgimento de outros, supostamente mais atualizados: como exemplos, a saúde planetária e a Saúde Única.

OS MUNDOS QUE ESCRREVEMOS

Detenhamo-nos um pouco no conceito de saúde global, em vez de o descartar imediatamente ou procurar substituí-lo por um outro qualquer. O mundo (pelo menos a parte do mundo que decorre da sociabilidade humana) avança também através da sucessão de conceitos, sendo que cada conceito é uma tentativa de representação do mundo. Gosto da palavra mundividência para caracterizar o conceito como um processo de ver o mundo, um ato de trazê-lo à luz, fazê-lo visível de uma certa forma. Mundividência é um termo mais feliz e belo do que o seu equivalente em inglês, *worldview*, que traduzido à letra seria “visão de mundo”. Ao contrário de uma visão estática, a palavra mundividência evoca movimento, uma natureza dinâmica e uma atuação. Transforma o conceito numa ação incompleta, um gesto inacabado e na sua essência inacabável. Uma relação com o mundo. Muitas vezes desenvolvemos conceitos com o intuito de descrever o mundo, capturar o seu sentido, encapsulá-lo. Mas na verdade os conceitos são apenas formas de ir vendo e atuando no mundo com os nossos olhares e gestos humanos, necessariamente limitados, tendenciosos, transitórios, transeuntes, hesitantes e mutáveis.

Utilizamos os conceitos para ver e agir no mundo até que os próprios conceitos se tornam mundo – o que muitas vezes nos faz confundir as nossas ideias com uma suposta realidade. A literatura da saúde global avançou muito no reconhecimento deste processo com a adoção de uma abordagem construtivista. Segundo essa abordagem, o mundo é socialmente construído, ou seja, feito de fatos sociais, resultados (mais ou menos precários) de disputas e negociações. Colin McInnes e Kelley Lee (2012) trouxeram o conceito de *frame* na sua leitura construtivista da saúde global – aqui, uma vez mais, a língua portuguesa é mais feliz ao traduzir *frame* por enquadramento, o processo dinâmico de enquadrar, e não por quadro. Para McInnes e Lee (2012, p. 18), um enquadramento é “baseado num conjunto de normas, privilegia certas ideias, interesses e instituições... tem determinadas respostas para as questões de quem ou o quê é importante na saúde global, e porquê”. Os autores referem enquadramentos que têm sido utilizados para descrever a realidade esquiada da saúde global: desenvolvimento, direitos humanos, economia, a medicina baseada em evidências, a segurança. Estes diferentes enquadramentos estão presentes, e frequentemente interagem, ao longo da trajetória da saúde global. Simon Rushton e Owain Williams (2012) oferecem um corolário importante a esta ideia, mostrando como os enquadramentos não são simplesmente ideias a flutuar livremente na interação social. Pelo contrário, as ideias estão também ligadas a uma dimensão material, e especificamente a uma economia política. Para Rushton e Williams, certos enquadramentos ganham relevância através da sua ressonância com o paradigma neoliberal que atualmente é predominante.

Cada um dos enquadramentos é, não propriamente uma perspectiva sobre a saúde global – como se se tratasse de diferentes janelas em redor de um mesmo pátio –, mas antes um processo através do qual a saúde global é construída. Cada enquadramento delimita o espaço da saúde global, estabelece um conjunto de pressupostos para a sua interpretação e uma eventual intervenção. Isso é feito estabelecendo o que existe e o que deve existir, ou seja, quais aspectos da realidade são evidentes ou prioritários, e em quais direções a realidade deve ser encaminhada. Os enquadramentos são, portanto, instrumentos analíticos que nos permitem sobrepor mecanismos causais a uma realidade complexa – os padrões de saúde e doença são afetados pela desigualdade econômica, por exemplo -, ou pela disponibilidade de soluções tecnológicas ou farmacológicas. Os enquadramentos são também instrumentos normativos, permitindo-nos pensar as nossas intervenções no mundo à luz dos mecanismos causais que consideramos mais convincentes – melhorar os indicadores de saúde implica reduzir a desigualdade, por exemplo, ou priorizar o desenvolvimento de medicamentos e vacinas.

Tomemos o exemplo da segurança, que se tornou um enquadramento importante nas discussões acadêmicas e políticas sobre a saúde global (RUSHTON, 2019). Isso ocorreu especialmente na sequência dos ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, que levaram a uma extensão de abordagens securitárias a vários setores. Mas a ligação explícita entre saúde e segurança já era evidente há algum tempo. As altas taxas de HIV/AIDS entre a população adulta masculina de alguns países do continente africano levaram alguns autores (OSTERGARD, 2002; ELBE, 2003) a refletir sobre o impacto da doença na disponibilidade das Forças Armadas desses países e, em consequência disso, na estabilidade dos regimes e na segurança nacional e regional. O enquadramento da segurança estabelece uma mundividência da saúde global através da qual determinados problemas de saúde, nomeadamente as doenças infecciosas, “emergentes” ou “reemergentes” (GARRETT, 1996; PETERSON, 2002), são apresentados como problemas prioritários na medida em que têm o potencial de provocar desordem e conflito. Esta mundividência preconiza ainda que, enquanto problemas que têm um impacto potencialmente militar, as doenças devem também, em alguns casos, ser objeto de uma intervenção que recorre aos métodos e racionalidades do militarismo. Daí a crescente mobilização de meios militares para gerir e conter crises sanitárias, como ficou evidente em 2014-2016 durante o surto de Ebola na África Ocidental. Daí também a interconexão entre a linguagem da doença e a linguagem da segurança, visível no uso de metáforas de guerra para descrever as doenças e a nossa resposta a elas (SONTAG, 2002 [1991]); e na medicalização dos discursos de segurança, isto é, na utilização de metáforas médicas para descrever problemas de segurança (terrorismo como um “cancro”, por exemplo) (ELBE, 2010).

A questão da linguagem é uma das razões por que o enquadramento da saúde global através da segurança é particularmente interessante enquanto relação com, e tentativa

de construir, o mundo. O melhor exemplo é a teoria da securitização (BUZAN et al., 1998), que se tornou um elemento importante nas discussões acerca do nexo saúde-segurança (VENTURA, 2016). De acordo com a teoria da securitização, as ameaças não são realidades objetivas e evidentes, mas sim o resultado de processos intersubjetivos de construção de significado. Um assunto é transformado em questão de segurança através de um processo pelo qual um ou mais agentes securitizadores apresentam esse assunto enquanto ameaça à existência de um determinado referente (um Estado ou uma comunidade, por exemplo). Na securitização, o caráter existencial da ameaça exige a implementação de medidas excepcionais, ou seja, medidas para além dos procedimentos políticos normais. Refiro a teoria da securitização neste contexto devido à ênfase que esta abordagem coloca na capacidade da linguagem de reconstruir o mundo. O ato securitizador é, nessa literatura, predominantemente discursivo. Invocar segurança, seja na palavra dita ou na palavra escrita, muda o caráter dos problemas e o cenário político no qual os problemas surgem.

Nesse contexto, a securitização vai um pouco além da literatura sobre a construção de problemas sociais (EDELMAN, 1988; BACCHI, 1999), que já apontara que a definição de políticas públicas resulta de um processo prévio de definição do problema para o qual essas políticas são solução ou resposta. Para a teoria da securitização, a invocação da segurança não é simplesmente um ato prévio à definição da política; ele é, em si, um ato que já comporta uma modalidade política radicalmente distinta. A securitização, enquanto relação intersubjetiva entre um agente securitizador e uma audiência, é em si uma reconstrução de mundo, que eventualmente abre as portas a determinadas opções políticas, mas não se esgota nelas – uma prova dessa potência da segurança, que não está dependente de medidas políticas concretas, é a dificuldade em desfazer processos de securitização a partir do momento em que eles são bem-sucedidos. Por que razão a segurança tem essa força? Entre as explicações apresentadas está o fato de a segurança estar relacionada com questões existenciais, ou seja, com a relação dos humanos com a morte e a finitude (HUYSMANS, 1998). O fato de a segurança também mobilizar o medo, uma emoção humana com um enorme potencial de instrumentalização para fins políticos (ROBIN, 2004), pode também ser parte da explicação.

Muita da literatura de securitização foca na identificação de atos discursivos – a tal palavra que é dita ou escrita. Porém, alguns autores têm defendido que o processo de securitização é menos um ato do que um processo contínuo, no qual os assuntos não precisam obrigatoriamente de ser explicitamente apresentados como ameaça (BIGO, 2008). Por exemplo, a imigração (HUYSMANS, 2006) é frequentemente associada de forma sub-reptícia ou implícita a outras ameaças como a criminalidade transnacional ou o terrorismo. Aqui o mundo é construído não propriamente pela palavra dita ou escrita, mas antes pela palavra não dita, pela sugestão ou insinuação – ou pela invoca-

ção ou reativação de significados partilhados ou pré-existentes. O uso do “apito de cão” por líderes populistas, no qual linguagem codificada ou sugestiva é utilizada para mobilizar uma base política de apoio, é um outro exemplo de que a construção de mundo não está tanto no ato discursivo em si, mas na relação que se estabelece entre um securitizador e a sua audiência. Um outro exemplo relevante dos limites da teoria da securitização é nos dado pela literatura que olha para o poder das imagens, defendendo a necessidade de uma abordagem visual aos processos de construção de “ameaças” e “inimigos” (WILLIAMS, 2003; HANSEN, 2011).

Trago essa discussão sobre os limites da securitização para esta reflexão sobre saúde global porque ela aponta também para um limite do meu argumento. Apresento aqui uma discussão sobre a saúde global, enquanto processo e produto de construção de mundo. Privilegio a palavra escrita, e o ato de escrever, enquanto elementos centrais dessa construção. Inspiro-me, entre outras coisas, no livro de David Campbell (1992) sobre “escrever segurança”. Sei que a saúde global não é feita apenas através da escrita. Ela é construída também por intermédio de imagens, como tive oportunidade de estudar numa análise da representação visual dos agentes comunitários de saúde pela OMS (MEDCALF e NUNES, 2018). Estou também ciente que o enfoque na palavra, dita ou escrita, é etnocêntrico. Um exemplo, não o único, é a sugestão cristã de um caráter divino da palavra: “No princípio era o Verbo [*logos*], e o Verbo estava com Deus, e o Verbo era Deus. Ele estava no princípio com Deus” (João 1:1-2); e “E o verbo se fez carne, e habitou entre nós, e vimos a sua glória” (João 1:14). Este enfoque na palavra escrita já privilegia uma determinada mundividência, uma predisposição para o mundo que assenta na tentativa de controlar e fixar o seu significado. Uma ilusão perigosa. O mundo tem um excedente que escapa às nossas tentativas de o conter ou abarcar. As palavras que dizemos e usamos nunca se adequam totalmente nem se sobrepõem exatamente ao mundo. Escrever é uma escolha que simplifica, que pretende agarrar algo num gesto semelhante ao de quem se propõe a agarrar uma onda do mar. A obsessão com a fixação de significado é uma violência feita à complexidade, inefabilidade e beleza do mundo. A compulsão para o controle, que campeia nas nossas sociedades, ameaça levar-nos à extinção – como a emergência climática demonstra. A escrita está nesta situação ambígua: ela é parte da civilização que nos trouxe até este momento-limite. Mas ela é também, no seu potencial emancipatório, um dos caminhos de salvação que nos resta. Voltarei a este último ponto no final do meu texto.

Por ora, gostaria de dizer que tenho ainda muito a aprender com outras mundividências de criação do mundo que escapam ao propósito de controle inerente à escrita. Pelo que sei, os aborígenes do território a que hoje chamamos Austrália acreditam na criação do mundo através da música. Essa tradição é mencionada por Steve Smith (2004), que por sua vez a foi buscar ao livro *The Songlines* de Bruce Chatwin. Atente-se que são

dois homens brancos, ocidentais, a falar de uma cultura indígena, e que antropólogos debatem ainda acerca dos níveis de complexidade desta mundividência. Atente-se também que sou outro homem branco, inspirado pelo que outros homens brancos que escreveram sobre culturas indígenas. Adiante. Na leitura de Chatwin os aborígenes acreditam que a linguagem começou como música. O mundo e todas as suas coisas foram criados através das canções dos ancestrais. Gosto do título do artigo de Smith, “*Singing our world into existence*”. Neste caso, a beleza do inglês supera o de uma eventual tradução literal para língua portuguesa. Gosto especialmente do uso da preposição *into*, que evoca a ideia de algo a ser cantado “até à existência”, ou melhor, e mais literalmente, “para dentro da existência”. Como se a existência fosse uma entidade que fosse sendo preenchida com as nossas ideias, e que em retorno as anima e lhes dá vida.

Acho bela a ideia da música como criadora de mundo. Porém, estou inserido na civilização da escrita, tão diferente das tradições assentes na oralidade. Pertença aos Povos do Livro. Sou uma pessoa, um homem, homem branco, educado no cristianismo, que escreve. Ainda não aprendi a cantar.

ATÉ ONDE A LUZ CHEGA

Escrevemos para construir o mundo, mas também para lhe dar sentido. Ordenamos e simplificamos o mundo para que ele nos seja perceptível e inteligível. Ao delimitar uma fronteira entre o que fica dentro e o que fica fora do nosso “quadro”, o enquadramento também define os limites do que chega até nós. Isto significa que a escrita é também uma forma de apagamento – não só no que fica por dizer, mas também no que é efetivamente retirado da página, ou impedido de nela aparecer. Em saúde, fala-se frequentemente em problemas ou doenças invisíveis – a saúde mental é um exemplo – e em populações invisíveis, como migrantes. Alguns autores preferem falar em processos de invisibilização, reconhecendo a dimensão política da invisibilidade: ela não é uma característica permanente, associada a uma determinada doença ou grupo, mas sim um processo através do qual essa doença ou grupo é retirada da esfera de atenção e consideração. De forma semelhante, terminologias relacionadas com a escuta, o silêncio ou o silenciamento também são frequentemente utilizadas quando falamos de problemas de saúde.

Este tipo de terminologias restringe o âmbito da discussão sobre o que está em causa. Para começar, parecem-me abordagens capacitistas, na medida em que assumem a visão (ou a escuta) como a principal forma de garantir a inteligibilidade de um assunto,

e assumem a falta destes sentidos como uma falha. Para além disso, esta terminologia leva a um problema analítico mais profundo, ao dificultar a identificação de situações em que o problema não é propriamente a “invisibilização” de um assunto. Pelo contrário, esse assunto pode ser altamente visível na esfera pública e ainda assim não ser alvo de tentativas de resolução ou de uma resolução efetiva. As emergências de saúde pública são um caso paradigmático. Trata-se problemas que recebem um nível elevado de atenção política, mediática e mesmo, em alguns casos, por parte da opinião pública – e ainda assim é possível detectar dimensões destes problemas que não recebem a atenção que mereceriam. Uma vez mais, a relativa desatenção que foi dada a questões de saúde mental durante a pandemia de Covid-19 demonstra isso mesmo. A utilização da categoria da invisibilidade (ou similares) é, portanto, redutora. Não se trata de uma questão ser visível ou invisível, mas sim da estrutura de inteligibilidade através da qual essa questão é percebida pelos atores sociais e inserida (ou não) numa agenda de política pública. Dito de outra forma, quando falamos da “atenção” dada a um problema, é importante considerar a sua qualidade e não tanto a quantidade. Um assunto pode ser muito discutido nos meios de comunicação social, ou constar da lista de prioridades dos decisores políticos, e ainda assim ser abordada de uma forma superficial, infrutífera ou contraproducente.

Tenho preferido, em vez disso, falar de negligência (NUNES, 2016). A negligência em saúde pode ser definida como um processo político através do qual uma determinada questão é apartada dos mecanismos conducentes a uma efetiva resolução – mecanismos esses que incluem um reconhecimento da sua importância por parte dos atores com a capacidade para influenciar decisivamente os resultados, a existência de conhecimento científico suficiente sobre esta questão, políticas públicas eficazes, e um controlo social sobre essas mesmas políticas. É importante sublinhar que não me refiro unicamente a doenças. A negligência pode incluir doenças, mas vai muito além delas. É possível que uma doença seja priorizada (por exemplo, com políticas focadas para a sua erradicação ou para o controlo dos seus vetores) ao mesmo tempo que são negligenciados os seus determinantes socioeconômicos ou as experiências de doença de determinados grupos. Alguns autores falam de populações negligenciadas (HOTEZ, 2013; OLIVEIRA, 2018).

O foco em populações é importante porque para a mesma doença podem ocorrer situações de negligência relacionadas com a forma como ela é experienciada num contexto socioeconômico, cultural ou histórico – sejam em processos de vulnerabilização quando determinados grupos se encontram mais expostos que outros, seja na ausência de políticas públicas direcionadas para as necessidades e especificidades desses mesmos grupos, seja na falta de reconhecimento de dinâmicas históricas que se traduzem em iniquidades. O foco em populações negligenciadas é também importante porque

aponta para a dimensão relacional do problema. A negligência é uma relação política e social, através da qual determinados grupos são colocados em situação de vulnerabilidade perante o adoecimento ou impedidos de ter acesso aos melhores cuidados. Subjacente à negligência está, portanto, o poder – um poder que estabelece hierarquia e leva à desvantagem, à desigualdade e ao dano (NUNES, 2014). A negligência é uma manifestação da dominação, acompanhando as dinâmicas destrutivas do capitalismo, do racismo, da misoginia, do capacitismo e da LGBTQ-fobia, entre outros.

Pensar a negligência através das populações é importante, mas não suficiente, dados os desafios de pensar o adoecimento num contexto planetário. Por um lado, um aspecto importante da negligência é o caráter sindêmico dos padrões de doença, isto é, as interações que se estabelecem entre doenças e agravos, com cadeias de causalidade que podem potencializar efeitos, provocar mutações e alterar os padrões de transmissibilidade. É necessário também considerar as interações entre doenças e comportamentos humanos que, uma vez mais, podem produzir importantes alterações – um exemplo é a resistência antimicrobiana, que está em parte relacionada com a forma como os antibióticos são usados e abusados. Ao mesmo tempo, a transmissibilidade interespecie também coloca desafios para uma discussão sobre negligência. Até que ponto, por exemplo, pode ser considerada uma situação de negligência a manutenção dos padrões dominantes na indústria alimentar, nos quais a automatização, a ganância e a crueldade são mobilizadas para satisfazer as necessidades de uma população crescente, e através dos quais animais mais-que-humanos são criados, transportados e comercializados em condições fitossanitárias frequentemente duvidosas? A devastação do planeta, com a perda da biodiversidade, a destruição dos biomas e ecossistemas, a desertificação, a poluição dos oceanos, entre outros efeitos, colocam em evidência o cenário de tensionamento das relações entre seres humanos e seres mais-que-humanos – que, em última instância, coloca em risco a própria sobrevivência humana. Tudo considerado, a negligência relaciona-se, não apenas com as experiências de doença de determinados grupos negligenciados, mas sim, de forma mais abrangente, com cenários de insalubridade ou adoecimento nos quais a determinação das doenças, vista numa perspectiva planetária, é exponenciada por dinâmicas de dominação que atingem determinados grupos com especial intensidade, impactando as suas vidas de forma devastadora e dificultando a suas possibilidades de reação.

A invisibilidade pode ser um caminho para, ou uma camada da negligência, mas não é a única. Um assunto pode ser visível, mas ao mesmo tempo não ser considerado importante. Teríamos, neste caso, uma situação não de invisibilidade, mas de apatia – a negação da importância de um determinado problema, ou dos grupos que estão expostos a esse problema. Também é possível que o assunto seja considerado importante, mas não seja pautado na lista de objetivos políticos – neste caso teríamos uma negação

de agenda ou de política. Finalmente, é possível que um assunto seja alvo de políticas que, por sua vez, se mostram ineficazes, no seu desenho, implementação ou monitorização, para resolver o problema de forma sustentada – neste caso estaríamos perante uma negação do cuidado, entendido de forma mais abrangente.

Posto isso, e recordando que estamos a falar de um cenário de relações políticas, é possível concluir que a negligência não significa apenas omissão. Ela é produzida. Acontece na sequência de escolhas políticas que promovem invisibilização, ou minorizam a importância, ou negam política pública, ou restringem a responsabilização política de tal forma que o cuidado não acontece. Todavia, ao pensar a intencionalidade da negligência, seria demasiado apressado e simplista assumir que por detrás da negligência está necessariamente um projeto de negligenciar. Por vezes existe de fato essa intenção, seja por interesse econômico ou estratégico, seja por racismo, egoísmo, má-fé ou outra qualquer motivação. Nesses casos, a negligência pode acontecer através de um conjunto de ações, omissões e obstruções – a resposta do governo federal brasileiro à pandemia de Covid-19 é um bom exemplo (NUNES, 2022). Noutros casos, a negligência não depende de um agente humano específico – ainda que, claro está, não esteja desligada da ação humana em sentido lato. Aqui, a negligência decorre da forma como a sociedade está organizada, isto é, das estruturas (leis, instituições, formas de organização do trabalho e da produção) que nela se consolidaram, assim como das relações e parâmetros de ação que estas estruturas induzem ou tornam possíveis. A negligência pode assim dizer-se estrutural, sistemática ou mesmo institucional – ou seja, a produção da negligência pode estar inscrita nas instituições, inclusive naquelas que visam aliviar a negligência. Neste contexto, a negligência torna-se impessoal. Ela não necessita necessariamente de uma vontade de negligenciar; pode até ocorrer como efeito secundário ou consequência não intencionada do funcionamento de instituições ou da implementação de políticas.

Um outro mal-entendido acerca da negligência relaciona-se com a sua eventual superação. Existirá uma situação de não-negligência, em que os todos os mecanismos que produzem negligência foram eliminados? Num mundo de recursos limitados, a definição de agendas políticas implica escolhas e priorização. Haverá sempre algo ou alguém que está a ser relegado para segundo plano. Voltando à imagem com que iniciei esta seção, não é possível ver tudo ao mesmo tempo, iluminar todas as coisas simultaneamente. Há sempre um momento em que a luz termina e a escuridão começa. Será até, eventualmente, necessário que algumas questões ou experiências sejam secundarizadas de forma mais sistemática, à medida que a sociedade trabalha no sentido da superação de iniquidades profundas. A política existe exatamente por causa da impossibilidade de que tudo seja feito sobre tudo a todo o momento. O contrário da negligência é, portanto, a política. Mas não se trata da política da competição, do interesse próprio

e da vantagem sobre, ou negação dos outros. Não me refiro à política do curto-prazo, paroquial, virada para o próprio umbigo, o próprio grupo ou espécie. Pelo contrário, um caminho político a partir da negligência começa pelo reconhecimento que um certo grau de negligência necessariamente resulta da interação humana. A negligência é, de certa forma, um corolário da finitude. Reconhecer a permanente produção de negligência é um primeiro passo necessário para aprendermos a mitigar os seus efeitos mais perversos.

Se a negligência tivesse um contrário, ele seria uma política voltada para um propósito emancipatório. Inspirado por Ken Booth (2007), entendo emancipação como às escolhas políticas concretas que abrem espaço para que cada vez mais pessoas tenham a capacidade de tomar decisões e agir em questões respeitantes à sua própria vida; e que permitem que a vida dos humanos se paute por uma relação de respeito com outras formas de vida mais-que-humanas e com o planeta como um todo. A emancipação não é uma narrativa grandiosa, e utópica, da liberdade absoluta do Homem que conquista a Natureza. Trata-se de aliviar (e, se possível eliminar) os obstáculos que impedem as pessoas de perspectivar as suas vidas, a sua relação com os outros e com aquilo que as rodeia, ou que as impedem de ter alguma influência sobre a sua trajetória de vida. Como defende Booth, em cada conjuntura política há uma escolha mais emancipatória do que as outras. Em todas as questões, das locais às planetárias, há caminhos que permitem que mais pessoas possam ascender da luta pela sobrevivência e perseguir as suas próprias versões de uma vida boa. Há também caminhos que permitem que a boa vida dos humanos seja compatibilizada com os direitos de animais mais-que-humanos e com a preservação do planeta.

A política contra a negligência tem também uma função de reparação de injustiças históricas, que obviamente se liga com a emancipação. É necessário ir além das conjunturas, das escolhas pontuais, e trabalhar no desmantelamento ou reconstrução das estruturas que, ao longo do tempo, propiciaram e legitimaram as negligências sistemáticas. A necessidade de ações reparadoras, e especificamente de políticas de ação afirmativa orientadas para a equidade, ajuda a justificar formas “benignas” de negligência, ainda que temporárias. Perante as violências cometidas ao longo da história (um exemplo seria o colonialismo e o escravagismo), através das quais alguns adquiriram riqueza, vantagem e conforto à custa de outros que foram espoliados, cerceados e destruídos, é legítimo que aqueles que ainda sofrem os efeitos dessa injustiça sejam agora privilegiados. Também é legítimo esperar que aqueles que ainda usufruem das vantagens adquiridas de forma injusta assumam a sua responsabilidade histórica nesse processo reparador. Inspirado pela Teologia da Libertação, acredito na máxima que os pobres, os injustiçados e os escravizados devem ser colocados em primeiro lugar (GUTIÉRREZ e MÜLLER, 2004). Caminhando com o Papa Francisco (2020), acredito que essa

ideia deve ser acompanhada de um ideal de subsidiariedade, através do qual os poderosos, aqueles que se beneficiaram com a injustiça, têm uma responsabilidade acrescida.

Em suma, pensar os sentidos da saúde global implica lidar com os efeitos da construção de mundo em termos da produção da negligência – um dilema insolúvel que aponta para a necessidade de um permanente trabalho emancipatório e de reparação. Ao escrevermos o mundo de uma determinada forma, corremos o risco de povoar esse mundo com formas de vida que são vistas como descartáveis (BUTLER, 2004), elimináveis em nome de um projeto político, um ideal ou simplesmente para a satisfação de apetites. Também corremos o risco de nos esquecer que este mundo que escrevemos é um planeta de humanos e mais-que-humanos, ou seja, um planeta que não gira à nossa volta.

O EU QUE ESCREVE

Assim como as histórias que contamos sobre o mundo nunca fazem justiça à sua complexidade e beleza, também as palavras que escrevo sempre me parecem inadequadas. A minha relação com o ato de escrever é ambígua. Sei que apenas consigo arranhar a superfície do que quero dizer e do que é possível ser escrito. Ao mesmo tempo, sigo a máxima de Joan Didion de que, afinal, “contamo-nos histórias a nós mesmos para viver” (“*we tell ourselves stories in order to live*”).

A forma como navego entre idiomas é um exemplo dessa ambiguidade. Sinto-me em casa ao escrever em português, mas passo grande parte do meu tempo a ler, falar e pensar em inglês. Transito entre as duas línguas no meu dia-a-dia, fazendo milhares de pequenas escolhas subconscientes, seguindo para isso critérios de eficácia ou gosto. Enquanto cidadão português que reside e trabalha numa universidade do Reino Unido, passo grande parte do tempo a escrever num lugar que poderia ser chamado de exílio, apartado da minha língua-mãe. Isso significa uma distância acrescida entre mim e os meus textos acadêmicos. “Health” é para mim mais frio e mais distante do que “saúde”. Escrever este texto é um momentâneo regresso a casa.

É relevante aqui discutir a suposta separação entre o eu que escreve e o mundo sobre o qual escrevo. A Teoria Crítica lembra-nos da impossibilidade de separar o sujeito de um suposto “objeto” de pensamento (HELD, 1990 [1980]). Isto é particularmente relevante quando abordamos uma realidade política e social na qual inevitavelmente participamos. Não somos observadores neutros e o conhecimento não é imparcial ou objetivo. Pelo contrário, através da noção de interesses constitutivos do conhecimento

(LINKLATER, 2007 [1996]), a Teoria Crítica diz-nos que o conhecimento deriva do nosso posicionamento na sociedade, assim como das agendas, pressupostos, interesses, desejos e preconceitos que trazemos ao ato de conhecer. Isso sublinha a importância de assumirmos um interesse emancipatório no ato de construir conhecimento. A “escrita do mundo”, enquanto forma de construir conhecimento, é também uma intervenção no mundo que está além da escrita. Essa intervenção deve seguir propósitos de emancipação e reparação, em linha com o que descrevi anteriormente.

Esta questão entronca com a ideia de uma abordagem crítica à saúde global (ADAMS, 2016; BIEHL e PETRYNA, 2013). Uma abordagem crítica à saúde global começa por um momento reflexivo no qual nos reconhecemos enquanto intervenientes do mundo que estudamos e sobre o qual escrevemos. Através desse momento reflexivo, assumimos uma responsabilidade. Ao contrário de alguns seguidores da Teoria Crítica, não vou ao ponto de dizer que o conhecimento ou questiona o *status quo* ou acaba por ser, ele mesmo, cúmplice com a manutenção do *status quo*. Trata-se de uma visão rígida, dicotômica, que se baseia numa chantagem e que se arroga ao direito de decidir o que é a “boa” ou “má” teoria. Penso que esta visão se baseia numa leitura errônea da distinção feita por Robert Cox entre “teoria crítica” e “teoria de resolução de problemas” (COX, 1981), que por sua vez deriva da distinção entre “teoria crítica” e “teoria tradicional” feita por Max Horkheimer (HORKHEIMER, 1972). Segundo esta leitura enviesada, a resolução de problemas, na ausência de uma teoria crítica explícita e abrangente, apenas resultaria no funcionamento mais suave das estruturas de dominação existentes. Esta leitura esquece que um dos propósitos da Teoria Crítica é exatamente a crítica imanente, ou seja, a crítica feita a partir do interior das estruturas de dominação, que identifica contradições e falhas nos arranjos existentes para expor a sua hipocrisia, insuficiência e contingência – e assim abrir as portas à sua transformação (ANTONIO, 1981). O próprio Cox (2012, p. 20) reconheceu a importância da resolução de problemas, que pode ser útil “nas circunstâncias em que reunimos todos os constrangimentos numa dada situação e encontramos uma solução dentro dessa mesma situação”.

Nesta interligação entre o eu que escreve e o mundo sobre o qual escrevo, existe ambiguidade também na forma como me posiciono enquanto homem europeu que estuda o Brasil e escreve sobre a realidade brasileira. Trata-se de uma realidade muito diferente da minha, atravessada de formas de desigualdade, violência e injustiça que não posso, na minha existência privilegiada e protegida, sequer começar a compreender. Sei que a minha visão é a de um estrangeiro. Sei também que, como português, oriundo da terra de Pedro Álvares Cabral e educado num sistema de ensino que me transmitiu uma versão higienizada e beatífica da colonização (OLIVA, 2020), corro o risco de o meu olhar e a minha escrita chegarem ao Brasil impregnados das emanações dos pântanos do império. A escrita também se faz nesse risco e nessa negociação ética, permanente

questionamento. Considero que há um valor crítico nessa distância, nesse sair de mim e tentar empatizar com uma realidade que não é a minha, sem pretender reduzi-la ao que me é familiar. Lembro-me que um dos conselhos de Ken Booth para os seus estudantes era que fizessem trabalho de campo, estudos empíricos detalhados – mas que os fizessem fora dos seus lugares de origem. Isso ajudaria a fomentar um espírito cosmopolita, de predisposição para o outro, de respeito pela diferença e de defesa da humanidade comum, que ele sempre considerou fundamental numa abordagem crítica.

Em resultado desta tensão no meu posicionamento, vejo a escrita como uma questão de dever – literalmente. Quando escrevo pago uma dívida, mas ao mesmo tempo contraio mais dívida – a todos os que me inspiraram, ensinaram, mostraram como olhar, todos os que me deixaram entrar nas suas casas e nos seus dias e me permitiram ver os seus mundos, todos os que partilharam as suas ideias comigo, todos os que me acompanharam na jornada. As minhas palavras não são só minhas. Eu nunca escrevi nada sozinho. E esta dívida que contraio impele-me a escrever mais, a escrever de novo. Além disso, escrever é um dever no sentido de compromisso. Procuo usar o meu privilégio para ser aliado numa política emancipatória e de reparação. Tenho acesso a recursos e espaços que eventualmente outros não têm. Mas não sou testemunha de nada nem porta-voz de ninguém, pois sei que não devo pretender falar em nome de outros. Ao escrever, ao fazer disso a minha vida, sou acima de tudo sou um devedor.

Finalmente, este eu que escreve sabe que neste planeta em tumulto todas as palavras que já foram escritas, todas estas palavras que escrevo, e todas as palavras que ainda quero escrever, um dia serão nada. Escrevemos o nosso mundo até ao desaparecimento, para dentro do desaparecimento.

UMA QUESTÃO DE LUGAR

Este capítulo começou com uma história de origens: o internacionalismo em saúde que esconde um legado colonial. Refletindo sobre este internacionalismo, Didier Fassin (2012) identificou um conjunto de dinâmicas no campo da saúde que apontam para uma crescente transnacionalização – nos perfis epidemiológicos das sociedades, na mobilidade das pessoas, na produção e circulação de bens, nas práticas médicas, na existência de burocracias e redes institucionais e de colaboração. Mas Fassin também discute a saúde global para além da constatação de uma suposta dissolução de fronteiras. Para ele, a saúde global é também um “poderoso analisador das sociedades contemporâneas” (FASSIN, 2012, p. 103). O seu significado reflete os parâmetros da sociedade, e permite-nos fazer um comentário sobre elas.

Temos muito a ganhar em ter isto em conta quando discutimos o que é saúde global, ou mais especificamente o que é o “global” em relação à saúde. O global é mais do que um internacionalismo eventualmente já alcançado. A ideia de “sem-fronteirismo”, subjacente a algumas interpretações de saúde global (ZACHER e KEEFE, 2008; COCKERHAM, G. e COCKERHAM, W., 2010), opera num registo segundo o qual o mundo é um mundo de Estados-Nação, sendo que a saúde global corresponde a um momento histórico em que muitas dinâmicas superam estas divisões entre Estados. Nestas visões o significado de saúde global permanece, ainda que por oposição, fundamentalmente radicado numa visão Vestefaliana da política em que o Estado é o centro e a regra. Além disso, própria ideia de que a saúde e a doença acontecem num mundo sem fronteiras é altamente duvidosa, dada a persistência de desigualdades e divisões, não só em termos de geografia, mas também de gênero, racialização, condição socioeconômica, idade, deficiência, entre outras características. Em vez disso, proponho pensar o global em saúde não como realidade histórica ou empírica, mas como promessa – um horizonte que, ainda que não seja alcançado, funciona como ponto de referência para a crítica de políticas.

Esta promessa, que visa recuperar um sentido do global em saúde face às múltiplas críticas que este tem recebido nos últimos anos, parte do pressuposto de que, em vez de descrever um mundo no qual as fronteiras se teriam esbatido, a saúde global deve estar ativamente envolvida na luta contra as fronteiras, novas e velhas. Esta luta tem cinco vertentes. A primeira é o global-planetário. Aqui, o global significa a totalidade do planeta, as suas diferentes espécies e ecossistemas que sustentam a vida e que têm uma dignidade independente da sua utilidade para os humanos. Entender a saúde global desta forma implica reconhecer a interconexão profunda entre a saúde dos humanos e todo o planeta mais-que-humano, do qual os humanos não podem ser separados.

A segunda vertente é o global-coletivo. Aqui, o global significa um compromisso com uma visão focada, não em indivíduos abstraídos do seu contexto, mas sim em coletividades inseridas num cenário de relações sociais e políticas nas quais as doenças emergem e adquirem o seu significado (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998). A ideia de saúde coletiva, que se fortaleceu nos debates sobre saúde pública e medicina social na América Latina, contém esta ideia de globalidade em saúde enquanto projeto de transformação social.

A terceira vertente é o global-público. Aqui, refiro-me a público no sentido de responsabilidade e gestão. A saúde deve ser vista como um direito universal que deve ser garantido por órgãos públicos motivados unicamente pelo bem de todos e de cada um, órgãos esses que dependem da participação e controlo social dos cidadãos no desenho, implementação e monitorização de políticas. Os conselhos de saúde, presentes no Sistema Único de Saúde do Brasil, são, apesar das suas várias insuficiências, um passo nes-

sa direção (PEREIRA NETO, 2012), assim como o são os mecanismos de participação previstos na Constituição brasileira de 1988.

A quarta vertente é o global-periférico. O global tem de vir das margens, ou melhor, dos saberes e mundividências que foram historicamente marginalizados – da periferia que durante séculos foi contida e controlada através do aparato legislativo e securitário da saúde global de inspiração colonialista. Precisamos de uma saúde global descentrada, cada vez mais ocupada por estes conhecimentos, línguas e modos de pensar distintos e ricos, porque baseados numa experiência distinta das relações e estruturas de poder. Este movimento de ocupação deve ter propósitos emancipatórios e de reparação histórica, e constitui um processo de descolonização subversiva dos lugares de origem da saúde global. É importante notar que o periférico não se resume aos países e regiões do chamado “Sul Global” – embora abordagens à saúde global vindas do Sul sejam parte do que é necessário (VENTURA et al., 2020). É necessário ao mesmo tempo complicar o que se entende por “Sul Global”, reconhecendo a presença de saberes e mundividências periféricos também nos centros de poder do “Norte”, e resistindo à tentação de criar categorias estanques, imutáveis e geograficamente determinadas.

A quinta e última vertente é o global-cotidiano. O conceito de vida cotidiana, presente nas críticas marxista e feminista, permite-nos pensar na transversalidade entre o que normalmente se designa por global e local (SMITH, 1987; LEFEBVRE, 1991 [1958], 2002 [1961]). Os autores que trabalham com este conceito recusam descartar a vida cotidiana como algo de trivial ou inconsequente. Pelo contrário, o cotidiano revela a atomização de relações, a mercantilização, burocratização, urbanização e especialização do trabalho intrínsecas à organização global do capitalismo (GARDINER, 2000). É nas relações concretas da vida cotidiana que se observa a reprodução global da desigualdade, da vulnerabilização e da negligência. O conceito de vida cotidiana também permite pensar possibilidades de resistência. Isto porque a vida cotidiana não é apenas o terreno da alienação, mas também a plataforma para a realização das potencialidades humanas. O cotidiano revela múltiplas dimensões da existência humana, incluindo a “poética, irracional, corpórea, ética e afetiva” (GARDINER, 2000, p. 19), e dessa forma pode tornar-se uma arena privilegiada para a transformação da realidade.

A vida cotidiana é o local onde pode ser negociada uma ética da escrita. Falo de uma escrita que pretende ser analítica (investigando e refletindo as tensões sociais, a multiplicidade de experiências, as justificações e reivindicações dos atores, a opressão e, o potencial não realizado); crítica (identificando contradições entre aquilo que os arranjos sociais ostensivamente proclamam e o que produzem de fato); e política (orientada para a emancipação e a reparação das injustiças históricas). O ato cotidiano de escrever, por mais inconsequente que possa parecer, faz parte dessa construção reiterada de

mundo que subjaz a todos os nossos esforços para dar sentido à saúde global. É isso que faço, é assim que começo. No princípio do dia, no princípio da página, é a palavra.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, V. What is critical global health. **Medicine Anthropology Theory**, v. 3, n. 2, p. 187-197, 2016.
- ANDERSON, W. **Colonial Pathologies: American Tropical Medicine, Race, and Hygiene in the Philippines**. Duke University Press, 2006.
- ANTONIO, R. J. Immanent Critique as the Core of Critical Theory: Its Origins and Developments in Hegel, Marx and Contemporary Thought. **British Journal of Sociology**, v. 32, n. 3, p. 330-345, 1981.
- ARNOLD, D. **Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India**. California: University of California Press, 1993.
- BACCHI, C. **Women, Policy and Politics: The Construction of Policy Problems**. London: SAGE, 1999.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. Critical Global Health. In: J. BIEHL and A. PETRYNA (Eds.). **When People Come First: Critical Studies in Global Health**. Princeton University Press, 2013. p. 1-20.
- BIGO, D. Security: A Field Left Fallow. In: DILLON, M.; NEAL, A. W. (Eds.). **Foucault on Politics, Security and War**. Palgrave Macmillan, 2008. p. 93-114.
- BOOTH, K. **Theory of World Security**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- BUTLER, J. **Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence**. Verso, 2004.
- BUZAN, B.; WÆVER, O.; DE WILDE, J. **Security: A New Framework for Analysis**. Lynne Rienner Publishers, 1998.
- CAMPBELL, D. **Writing Security: United States Foreign Policy and the Politics of Identity**. Manchester University Press, 1992.
- COCKERHAM, G. B.; COCKERHAM, W. C. **Health and Globalization**. Cambridge: Polity Press, 2010.
- COX, R. W. Social Forces, States and World Orders: Beyond International Relations Theory. **Millennium: Journal of International Studies**, v. 10, n. 2, p. 126-155, 1981.

COX, R. W. For someone and for some purpose: An interview with Robert W. Cox. In: S. BRINCAT; L. LIMA; J. NUNES (Eds.) **Critical Theory in International Relations and Security Studies: Interviews and Reflections**. Routledge, 2012. p. 15-34.

EDELMAN, M. **Constructing the Political Spectacle**. Chicago: Chicago University Press, 1988.

ELBE, S. **Strategic Implications of HIV/AIDS** - Adelphi Paper n. 357, International Institute for Strategic Studies. Oxford University Press, 2003.

ELBE, S. **Security and Global Health**. Cambridge: Polity Press, 2010.

FASSIN, D. That Obscure Object of Global Health. In: INHORN, M. C.; WENTZELL, E. A. (Eds.). **Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures**. Duke University Press, 2012. p. 95-115.

GARDINER, M. E. **Critiques of Everyday Life**. London: Routledge, 2000.

GARRETT, L. The Return of Infectious Disease. **Foreign Affairs**, v. 75, n. 1, p. 66-79, 1996.

GUTIÉRREZ, G.; MÜLLER, G. L. **Ao Lado dos Pobres: A Teologia da Libertação é uma Teologia da Igreja**. São Paulo: Paulinas Editora, 2004.

HANSEN, L. Theorizing the Image for Security Studies: Visual Securitization and the Muhammad Cartoon Crisis. **European Journal of International Relations**, v. 17, n. 1, p. 51-74, 2011.

HELD, D. **Introduction to Critical Theory: Horkheimer to Habermas**. Cambridge: Polity Press, 1990 [1980].

HORKHEIMER, M. **Critical Theory: Selected Essays**. Herder and Herder, 1972.

HOTEZ, P. J. **Forgotten People, Forgotten Diseases: The Neglected Tropical Diseases and Their Impact on Global Health and Development** (2nd ed.). ASM Press, 2013.

HUYSMANS, J. Security! What Do You Mean? From Concept to Thick Signifier. **European Journal of International Relations**, v. 4, n. 2, p. 226-255, 1998.

HUYSMANS, J. **The Politics of Insecurity: Fear, Migration and Asylum in the E.U.** London: Routledge, 2006.

KESHAVJEE, S. **Blind Spot: How Neoliberalism Infiltrated Global Health**. California: University of California Press, 2014.

KING, N. B. Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health. **Social Studies of Science**, v. 32, n. 5-6, p. 763-789, 2002.

- LEFEBVRE, H. **Critique of everyday life**. v. I: Introduction (J. Moore, Trans.). Verso. 1991 [1958].
- LEFEBVRE, H. **Critique of everyday life**, v. II: Foundations for a sociology of the everyday (J. Moore, Trans.). Verso. 2002 [1961].
- LINKLATER, A. The achievements of Critical Theory. In: LINKLATER, A. (Ed.). **Critical Theory and World Politics: Citizenship, Sovereignty and Humanity**. Routledge, 2007 [1996]. p. 45-59.
- MCINNES, C.; LEE, K. **Global Health and International Relations**. Cambridge: Polity Press, 2012.
- MEDCALF, A.; NUNES, J. Visualising Primary Health Care: World Health Organization Representations of Community Health Workers, 1970–89. **Medical history**, v. 62, n. 4, p. 401-424, 2018.
- NUNES, J. Questioning health security: Insecurity and domination in world politics. **Review of International Studies**, v. 40, n. 5, p. 939-960, 2014.
- NUNES, J. Ebola and the production of neglect in global health. **Third World Quarterly**, v. 37, n. 3, p. 542-556, 2016. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1124724>
- NUNES, J. Neglect and Resistance in Brazil's Pandemic. **Current History**, v. 121, n. 832, p. 50-56, 2022.
- OLIVA, A. R. **Lições Sobre a África: Colonialismo e Racismo nas Representações Sobre a África e Os Africanos Nos Manuais Escolares de História em Portugal (1990-2005)**. Curitiba: Editora Appris, 2020.
- OLIVEIRA, R. G. Meanings of Neglected Diseases in the Global Health agenda: the place of populations and territories. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2291-2302, 2018.
- OSTERGARD, R. L. Politics in the Hot Zone: AIDS and National Security in Africa. **Third World Quarterly**, v. 23, n. 2, p. 333-350, 2002.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, p. 299-316, 1998.
- PAPA FRANCISCO. **Fratelli Tutti: Carta Encíclica sobre a Fraternidade e a Amizade Social**. São Paulo: Paulinas Editora, 2020.
- PEREIRA NETO, A. F. **Conselho de Favores: Controle social na saúde**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2012.

PETERSON, S. Epidemic disease and national security. **Security Studies**, v. 12, n. 2, p. 43-81, 2002.

ROBIN, C. **Fear: The History of a Political Idea**. Oxford University Press, 2004.

ROEMER, M. I. Internationalism in Medicine and Public Health. In: PORTER, D. (Ed.). **The History of Public Health and the Modern State**. Editions Rodopi, 1994.

RUSHTON, S. **Security and Public Health**. Nova Jersey: John Wiley & Sons, 2019.

RUSHTON, S.; WILLIAMS, O. D. Frames, paradigms and power: global health policy-making under neoliberalism. **Global Society**, v. 26, n. 2, p. 147-167, 2012.

SMITH, D. E. **The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology**. Northeastern University Press, 1987.

SMITH, S. Singing our world into existence: International relations theory and September 11. **International Studies Quarterly**, v. 48, n. 3, p. 499-515, 2004.

SONTAG, S. **Illness as Metaphor & Aids and its Metaphors**. London: Penguin, 2002 [1991].

VENTURA, D. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, e00033316, 2016.

VENTURA, D. F. L. et al. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, e00040620, 2020.

WILLIAMS, M. C. Words, Images, Enemies: Securitization and International Politics. **International Studies Quarterly**, v. 47, p. 511-531, 2003.

ZACHER, M. W.; KEEFE, T. J. **The Politics of Global Health Governance: United by Contagion**. Palgrave Macmillan, 2008.

1

**Atuação da extrema direita nos
mecanismos de participação
social da OMS: o caso do
Órgão Intergovernamental
de Negociação do acordo
internacional sobre pandemias**

Vitória de Paula Ramos
Leandro Luiz Viegas
Deisy de Freitas Lima Ventura

INTRODUÇÃO

Até 2020, pareciam remotas, senão nulas, as probabilidades de que a comunidade internacional viesse a adotar um tratado internacional específico sobre as pandemias, o que se explica principalmente pelo contexto político mundial e pelas características da Organização Mundial da Saúde (OMS). Quanto ao contexto, nos últimos anos, a ascensão de diferentes formas de nacionalismo aprofundou o declínio do multilateralismo, desafiando as organizações internacionais que já vinham desgastadas por crises sucessivas e disfunções crônicas. Em pleno primeiro ano da pandemia de Covid-19, rompendo o papel historicamente desempenhado pelos Estados Unidos no campo da saúde global, o seu então Presidente, Donald Trump, chegou a suspender o financiamento e oficializar a retirada do país da OMS, o que só foi revertido com a sua substituição pelo atual Presidente Joe Biden (ESTADOS UNIDOS, 2021). No que atine à OMS, o exercício de sua função regulatória é intenso e ocorre sobretudo por meio de recomendações, diretrizes e padrões. Embora não sejam obrigatórias para os 194 Estados que integram a organização, estas normas desfrutam de notável efetividade, desempenhando um papel fundamental na regulamentação de temas relacionados à saúde em cada país, e servindo como referência cotidiana, tanto para o setor público como para o setor privado e a sociedade civil. Porém, a OMS é parcimoniosa quando se trata de adotar instrumentos jurídicos de caráter obrigatório e alcance universal: embora usufrua deste poder, por força de sua Constituição, até hoje adotou apenas uma convenção e um regulamento com tais características.

Na contramão destas tendências, em março de 2021, quando diversos países viviam novas ondas de disseminação da Covid-19, o Diretor Geral da OMS, Tedros Adhanom, e o Presidente do Conselho Europeu, Charles Michel, propuseram, em um comunicado conjunto, amplamente difundido, que fosse adotado um tratado internacional sobre pandemias, reconhecendo que a comunidade internacional não dispunha de instrumentos jurídicos à altura do maior desafio que a humanidade já havia enfrentado desde os anos de 1940 (BAINIMARAMA et al., 2021). Este comunicado também foi assinado por Chefes de Estado ou de Governo de (por ordem de assinaturas do documento) África do Sul, Albânia, Alemanha, Coreia do Sul, Chile, Costa Rica, Espanha, Fiji, França, Grécia, Holanda, Indonésia, Itália, Noruega, Portugal, Quênia, Reino Unido, Romênia, Ruanda, Senegal, Sérvia, Tailândia, Trinidad e Tobago, Tunísia e Ucrânia. Estes países passaram a integrar o “Grupo dos Amigos” que buscou informalmente facilitar as negociações em prol da adoção de um tratado sobre pandemias. Embora o Chile tenha sido o primeiro ator, ainda em 2020, a formular esta proposta, não há dúvidas sobre a liderança decisiva da União Europeia para avanço do tema (DENTICO et al., 2021).

Entre as razões para tal guinada, em favor de um tratado, está certamente o extraordinário impacto que a Covid-19 causava, em seu segundo ano de disseminação pandêmica, muitas vezes referida como um **fato social total** por envolver todos os domínios da vida humana, mobilizando o conjunto das instituições e da sociedade (por exemplo, SANTOS et al., 2020; GAILLE e TERRAL, 2021; PERELMAN, 2021). O principal motor da proposta, porém, parece ter sido o consensual reconhecimento de que a resposta internacional à Covid-19 foi um fracasso, e a necessidade de apresentar uma alternativa que tivesse a OMS como centro, diante da plêiade de propostas de mudança da arquitetura internacional que colocava em questão a sua liderança (DENTICO et al., 2021).

A despeito de incontáveis resistências, em dezembro de 2021, uma sessão extraordinária da Assembleia Mundial da Saúde (AMS), órgão deliberativo máximo da OMS, decidiu negociar uma **convenção, acordo ou outro instrumento** internacional sobre prevenção, preparação e resposta às pandemias. A palavra “tratado” foi, portanto, abandonada, deixando em aberto qual seria a natureza jurídica e o valor coercitivo deste instrumento. A partir deste momento, utilizaremos neste capítulo a denominação acordo.

Para negociá-lo e redigi-lo, foi criado um Órgão Intergovernamental de Negociação (OIN), aberto a todos os Estados-membros da OMS e seus associados (OMS, 2021). Em julho de 2022, o OIN decidiu que o acordo será “juridicamente obrigatório e que elementos juridicamente obrigatórios mas também não obrigatórios devem estar presentes” (WHO, 2022h, p. 1). A Figura 1 sintetiza as principais características deste órgão.

Entre as muitas questões que a negociação do acordo internacional sobre pandemias vem suscitando está a da participação social. A decisão que criou o OIN reconheceu a importância da ampla participação para que um resultado positivo pudesse ser alcançado, prevendo a participação ativa dos Estados-membros, e a colaboração de representantes de organizações do sistema das Nações Unidas, de outras organizações intergovernamentais com as quais a OMS mantém relações efetivas, assim como de observadores, representantes de atores não estatais em relações oficiais com a OMS e especialistas, além de outros participantes na forma a ser definida pelo próprio órgão (OMS, 2021).

Para os fins deste capítulo, embora reconheçamos que o conceito de participação social é objeto de um vasto debate acadêmico, ela será referida em sentido lato, simplesmente como o “envolvimento de pessoas, comunidades e sociedade civil nos processos de tomada de decisão” (OMS, 2023a, p.1).

Ao longo dos seus dez anos de funcionamento, o Programa de Pós-Graduação (PPG) em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) tem sido pioneiro nos estudos sobre a participação social no âmbito da OMS, assim como no acompanhamento das negociações de proposição

e negociação de um acordo sobre pandemias. Em relação à participação, originou-se neste programa o primeiro artigo científico no Brasil, e um dos primeiros no mundo, a analisar criticamente o novo marco regulatório das relações entre a OMS e os atores não-estatais (OMS, 2016), o que foi feito sob a perspectiva teórica das funções desempenhadas pelos mecanismos de *accountability* (RACHED e VENTURA, 2017).

Criação
<ul style="list-style-type: none">• Assembleia Mundial da Saúde extraordinária em dezembro de 2021
Missão
<ul style="list-style-type: none">• Encarregado de negociar instrumento internacional da OMS para reforçar prevenção, preparação e resposta às pandemias
Composição
<ul style="list-style-type: none">• Representantes dos 194 Estados-membros da OMS, com participação de três Estados Associados e uma organização regional (União Europeia)
Presidência (<i>Bureau</i>)
<ul style="list-style-type: none">• Representantes das 6 regiões da OMS, eleitos pelos pares• Precious Matsoso, África do Sul (África), Co-Presidente• Tovar da Silva Nunes, Brasil (Américas), Vice-Presidente• Ahmed Soliman, Egito (Mediterrâneo Oriental), Vice-Presidente• Roland Driecce, Países Baixos (Europa), Co-Presidente• Kazuho Taguchi, Japão (Pacífico Ocidental), Vice-Presidente• Viroj Tangcharoensathien, Tailândia (Sudeste Asiático), Vice-Presidente
Transparência
<ul style="list-style-type: none">• Transmissão ao vivo de sessões• Divulgação de documentos e vídeos no portal da OMS em página própria
Participação de atores não estatais
<ul style="list-style-type: none">• Consultas públicas orais e escritas• Consultas informais específicas

Figura 1 – Principais características do OIN

Fonte: Ventura et al., 2022, p. 2.

Quanto às negociações, em 2022, o programa tornou-se um dos fundadores e líderes do Grupo de Trabalho Acordo sobre Pandemias e Reforma do Regulamento Sanitário Internacional, resultante de um convênio entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), através do Centro de Relações Internacionais (CRIS), e a Universidade de São Paulo, por meio do Instituto de Relações Internacionais (IRI) e da FSP, representada por nosso PPG Saúde Global e Sustentabilidade, juntamente com o Centro de Estudos e Pesqui-

sas de Direito Sanitário (CEPEDISA). De composição multidisciplinar e com perspectiva interdisciplinar, este Grupo de Trabalho é composto por especialistas e convidados provenientes da comunidade acadêmica, do setor da saúde, da sociedade civil, do parlamento e de órgãos estatais relacionados ao tema. O seu intuito é fornecer subsídios à sociedade e ao Estado brasileiro para acompanhamento crítico das negociações em curso e eventual formulação de propostas, assim como para promover e difundir a produção acadêmica sobre esta temática. Dois docentes e sete alunos do programa participam das reuniões periódicas e da elaboração das notas técnicas do grupo, e sua secretaria executiva é exercida por um egresso. Também no âmbito de nosso PPG surgiu o primeiro artigo científico relativo ao tratado sobre pandemias publicado no Brasil, que aborda criticamente esta proposta a partir de um enfoque de direitos humanos (VIEGAS et al., 2022).

O estudo da participação social nas negociações do novo acordo sobre pandemias adquire ainda maior relevância quando se considera que a resposta à Covid-19 “foi um bom exemplo do crescente abismo existente entre os povos e seus governos”; muitas decisões foram tomadas “de cima para baixo” pelos governantes, com pouca participação da comunidade, embora tais decisões tivessem longo alcance e afetassem a população em todos os níveis (CLARK et al., 2021, p. 846). No entanto, há diferenças importantes entre preconizar a participação social no âmbito dos Estados, garantir a participação social nos processos decisórios da organização e efetivamente levar em conta os resultados desta participação.

O presente capítulo investiga a hipótese de que a extrema direita promoveu uma atuação concertada no mecanismo de participação criado pelo OIN. Reconhecemos que a expressão extrema direita é polissêmica, muitas vezes empregada sem a devida elaboração conceitual por pesquisadores das ciências sociais, mas também atores políticos e jornalistas (TAGUIEFF, 2015), não sendo possível identificar uma natureza ou essência que possa corresponder a uma definição clara e consensual desta expressão (TAGUIEFF, 2016). No âmbito deste capítulo, sem entrar neste intrincado debate, a expressão extrema direita significa simplesmente a referência a “agrupamentos políticos portadores de um nacionalismo exacerbado e de práticas políticas intransigentes” (BARBOSA, 2015, p. 21).

A fim de comprovar a referida hipótese, realizou-se revisão de literatura, pesquisa documental e pesquisa empírica. Foram estudados cerca de uma centena de documentos publicados pelo OIN entre fevereiro de 2022 e junho de 2023, incluindo atas, relatórios e notas de arquivo (*notes for the record*) das reuniões do Bureau. Quanto à pesquisa empírica, foi feita a análise qualitativa do conteúdo de 383 vídeos disponibilizados no sítio internet do OIN, referentes à segunda fase de audiências públicas, conformando uma

amostra de 86% do total de vídeos submetidos e 92% dos vídeos que foram admitidos pela OMS.

O capítulo foi estruturado, além desta introdução, em sete seções. As duas primeiras resultam de revisão de literatura do tipo narrativo, tendo como objetivo fornecer conhecimentos básicos sobre o tratamento do tema da participação social no âmbito OMS, com destaque para as negociações da única convenção até hoje aprovada sob a égide da organização, relativa ao controle do tabaco. A seguir, com base em pesquisa documental, são descritos o mecanismo de participação social do OIN e a sua primeira rodada de audiências públicas, servindo como substrato para que os resultados da pesquisa empírica sobre a segunda rodada de audiências públicas sejam apresentados e discutidos. Encerramos o artigo com uma reflexão, ainda embrionária, sobre os riscos que a apropriação de mecanismos de participação social por movimentos ou ativistas de extrema direita podem trazer ao futuro da saúde global.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA OMS: DAS RELAÇÕES OFICIAIS COM ONGS AO MARCO REGULATÓRIO SOBRE A COLABORAÇÃO COM ATORES NÃO-ESTATAIS

No âmbito das negociações internacionais, a participação social é muito discutida. De modo geral, é possível afirmar que, principalmente a partir dos anos 1990, há um crescente envolvimento de movimentos sociais e Organizações Não-governamentais (ONGs) nas relações internacionais, como forma de lutar contra negociações comerciais no plano global potencialmente lesivas aos direitos sociais (BOTTO, 2014), ou de incidir em favor da construção de mecanismos de controle do cumprimento de obrigações dos Estados em matéria de direitos humanos (RIBEIRO LEÃO, 2010), entre outras estratégias. Em 1996, uma resolução do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas (ONU) preconizou a ampla participação da sociedade civil nos processos de tomada de decisão das agências da ONU, definindo princípios e direitos relativos à participação formal de ONGs, tendo como principal instrumento regulador a concessão de status consultivo (NADER, 2007).

Na literatura acadêmica, a participação é apresentada predominantemente como fator de incremento da democracia e da legitimidade dos processos de governança global (BRÜL, 2010). No entanto, diante da grande heterogeneidade existente entre as enti-

dades sociais, os critérios e as formas de participação, ela também é alvo de numerosas críticas. Exemplo disto é a constante referência à sub-representação das organizações do Sul Global, que perpetua o predomínio das visões do Norte sobre os temas internacionais (por exemplo, GEREKE e BRÜL, 2019). Especificamente no campo da saúde coletiva, que dedica uma vasta produção técnica e acadêmica aos temas de participação social, ela é geralmente percebida como um mecanismo eficiente na busca por equidade em saúde e outros benefícios sociais, mas se reconhece que também pode produzir efeitos negativos, a depender da forma como é organizada e implementada (FRANCÉS e PARRA-CASADO, 2019).

No contexto das organizações internacionais, a OMS foi pioneira ao prever em sua Constituição, que data de 1946, a possibilidade de cooperar com ONGs, inclusive a faculdade de convidar ONGs a participarem, sem direito à voto, das sessões de seu órgão deliberativo máximo, que é a Assembleia Mundial da Saúde, ou das comissões e conferências reunidas sob seus auspícios. Em 1948, a Assembleia Mundial da Saúde adotou princípios que regiam as relações da OMS com as ONGs, desenvolvidos ao longo dos anos (VELLAS, 1980). Em resumo, criou-se um procedimento de reconhecimento de relações oficiais com a organização, pelo qual o Conselho Executivo da OMS é anualmente encarregado de analisar pedidos formulados por ONGs, após análise de um comitê permanente especializado nesta questão. Em 1987, uma Resolução da OMS consolidou os critérios para admissão de ONGs em relações com a OMS: devem atuar em questões abarcadas pelas competências da OMS, necessitam estar em harmonia com o programa de trabalho da organização, possuir uma estrutura e um campo de ação internacionais, além de usufruir de uma reconhecida autoridade e comprovar sua representatividade (OMS, 1987).

O número de ONGs em relações oficiais com a OMS cresceu ao longo dos anos, passando de 26 em 1951 a 46 em 1958, 68 em 1966, 82 em 1970, 125 em 1981 e 177 em 1993 (BEIGBEDER, 1995). É enorme a diversidade entre as entidades que integram esta lista, compreendendo desde associações de pacientes pouco conhecidas até grandes atores da saúde global como Fundação Rockefeller, Fundação Gates ou Médicos sem Fronteiras, além de instituições com missões variadas como Rotary, Caritas e Oxfam. Este regime de relações oficiais existe até hoje, com a mudança de denominação de ONGs para atores não-estatais: em fevereiro de 2023, havia 218 deles em relações oficiais com a OMS (OMS, 2023b).

A nova denominação da lista, na verdade, reflete uma mudança substantiva. Em 2016, pressionada por conflitos de interesses apontados nas relações mantidas com seus grandes financiadores, a OMS decidiu regulamentar de forma mais detalhada a sua colaboração com atores não-estatais, visando proteger a organização da influência indevida na formulação de suas políticas e padrões, além de garantir sua integridade, reputação,

independência e credibilidade (RACHED e VENTURA, 2017). Este marco, denominado em inglês *Framework of Engagement with Non-State Actors* (FENSA), estipula regras de colaboração diferentes para quatro categorias: ONGs, entidades do setor privado, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas. Voltado essencialmente a orientar a ação dos dirigentes e funcionários da OMS, este novo marco ainda encontra dificuldades de implementação (OMS, 2022a).

Atualmente, a atuação mais enfática da OMS no campo da participação social está vinculada à cobertura universal de saúde, meta prevista entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e considerada uma das mais importantes agendas da OMS. Em 2021, a organização publicou um manual que encoraja os Estados a promoverem a participação social em suas políticas de saúde, estimulando o engajamento constante e sistemático do governo com a população, com as comunidades e com a sociedade civil, argumentando que o acesso universal à saúde só pode ser alcançado por meio de um pacto social (OMS, 2022b). Embora ofereça aos governos um glossário, informações técnicas e reflexões sobre as diferentes formas de participação nas políticas nacionais de saúde, o referido manual não aborda as formas de participação social nos próprios órgãos da OMS.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS NEGOCIAÇÕES DA CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO (2003)

Diferentes convenções internacionais com impacto expressivo no campo da saúde adotaram mecanismos de participação social em sua elaboração e/ou implementação. Como exemplo, podemos citar a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada em Nova York no ano de 2007. Organizações de pessoas com deficiências e entidades de defesa dos direitos humanos participaram ativamente do grupo de trabalho que produziu o texto preliminar da convenção, e seguiram acompanhando ativamente as negociações por meio de uma rede de instituições representativas de pessoas com deficiência (DHANDA, 2008).

No entanto, apenas uma convenção internacional foi negociada no âmbito da OMS: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2003. Assim, a organização dispõe apenas de um exemplo histórico, que é anterior à adoção do já citado FENSA. Ao assumir a Direção Geral da OMS,

em 1998, Gro Harlem Bruntland, fez da luta contra a indústria do tabaco uma de suas prioridades, e liderou a proposição de adotar um instrumento jurídico vinculante (de caráter obrigatório) para os Estados-membros, apoiada em fartas evidências desenvolvidas há anos pela comunidade científica demonstrando o caráter nocivo do consumo de tabaco para a saúde humana (DENTICO et al., 2021).

O processo de elaboração desta convenção teve início em 1999, no seio da OMS, com a criação de um grupo de trabalho e, a exemplo do acordo sobre pandemias, de um Órgão Intergovernamental de Negociação (OIN-CQCT) aberto aos Estados-membros da OMS.

Uma questão polêmica das negociações foi justamente a de saber se as organizações da sociedade civil teriam permissão para participar das sessões, sendo permitida, afinal, apenas a participação formal de ONGs com relações formais com a OMS (MAMUDU e GLANTZ, 2009). Além disso, em 2000, foram organizadas audiências públicas nas quais, segundo a OMS, todas as partes interessadas no acordo foram convidadas a participar, por escrito ou oralmente, em particular o setor privado e as ONGs, reunindo representantes de 144 organizações de todas as regiões do mundo; também segundo a OMS, teria sido a primeira vez que uma agência da ONU colheu publicamente a opinião de todas as partes interessadas em um acordo e as tornou públicas por meio de seu portal na internet (OMS, 2000).

Um estudo sobre o conteúdo dos 489 documentos escritos e 142 depoimentos recolhidos naquela ocasião, concluiu que a maioria das intervenções apoiava a convenção, em defesa da saúde pública, havendo uma minoria contrária ao tratado sob a argumentação de que as restrições prejudicariam ainda mais as economias das nações pobres que dependem financeiramente do tabaco (MONTINI et al., 2010).

Apesar da polêmica inicial sobre as modalidades de participação, houve consenso no reconhecimento de que as ONGs desempenharam um papel fundamental, pois ajudaram a mobilizar as partes interessadas e defenderam as principais disposições da convenção, a ponto de serem reconhecidas no texto da Convenção e consideradas essenciais para sua implementação e evolução contínuas (SIRCAR et al., 2021). A sociedade civil teria sido o motor que impulsionou a mudança de perspectiva ao estabelecer-se a agenda de negociações, tendo a saúde como lente definidora, inclusive defendendo a prioridade da saúde sobre o comércio, promovendo assim um verdadeiro “giro copernicano” (ALCAZAR, 2008, p. 10). A rede de ONGs *Framework Convention Alliance* foi reconhecida pela OMS como o mais importante ator não-estatal envolvido nas negociações, tendo mobilizado uma grande variedade de estratégias em favor da convenção (OMS, 2009).

Note-se que a liderança brasileira nas negociações da CQCT é amplamente reconhecida, sendo apontada como exemplo de como o campo da saúde global se presta ao *soft power*, ou seja, ao exercício da diplomacia por meio da persuasão e da colaboração, em lugar de influência econômica ou dominação política (LEE et al., 2010). No Brasil, um grupo de pressão foi formado por ONGs atuantes na área da saúde, que defendia a participação do Brasil na CQCT, com forte atuação da Rede Tabaco Zero - hoje renomeada de Aliança de Controle do Tabagismo (ACTBr) - e de sociedades médicas, como a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, entre outros atores sociais (TEIXEIRA et al., 2017).

APRESENTAÇÃO DO MECANISMO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO OIN DO ACORDO SOBRE PANDEMIAS E A ANÁLISE DA PRIMEIRA RODADA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Uma vez instalado, o OIN encarregado de negociar o acordo sobre pandemias definiu um mecanismo de participação de Partes Interessadas (em inglês, *Relevant Stakeholders*), complementado à medida que o seu trabalho evoluía. As Partes Interessadas foram classificadas em cinco categorias conforme a modalidade de participação que lhes é permitida (WHO, 2022a; 2022l). O Quadro 1 apresenta sinteticamente estas categorias.

O Anexo E foi aberto à indicação de atores pelos Estados. Segundo o Bureau, as entidades indicadas deveriam ter caráter internacional ou abordar questões de saúde de âmbito global, como os centros colaboradores da OMS; ter documentação básicas, endereço, direção e composição acessíveis publicamente e; não ser entidades nacionais ou subnacionais, nem entidades que prestam serviços a autoridades nacionais em questões de saúde, podendo as últimas integrar ou orientar as delegações nacionais junto ao OIN (WHO, 2022m). Nota-se, porém, a presença de agências nacionais, como no caso do Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O Anexo E, também compreende ONGs e importantes instituições de pesquisa; do Brasil, por exemplo, estão a Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto Butantan e o Instituto Evandro Chagas, entre outros. Surpreendentemente, a lista inclui duas pessoas físicas: Ilona Kickbusch, consultora da área da saúde global; e Yemane Berhane, assessor científico do Ministério da Saúde da Etiópia, país natal do atual Diretor Geral da organização.

Quadro 1 - Classificação das Partes Interessadas no acordo sobre pandemias

	Categoria	Atores	Formas de participação		
			Podem ser convidadas a assistir as sessões públicas das reuniões do OIN, e fazer uso da palavra a pedido dos copresidentes	Podem ser convidadas a assistir reuniões dos subgrupos do OIN e nelas fazer uso da palavra, a pedido do presidente do subgrupo	Podem apresentar contribuições por meio de portal eletrônico, audiência aberta ou participação em trechos de uma sessão
Anexo A	Órgãos da ONU e outras organizações intergovernamentais com as quais a OMS mantém relações efetivas	Atualmente 19 entidades, entre elas a Organização Mundial de Saúde Animal e a Organização Mundial da Propriedade Intelectual	Sim	Sim	Sim
Anexo B	Observadores	Palestina, Santa Sé, GAVI, Ordem de Malta, Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Federação Internacional de Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, União Interparlamentar e Fundo Mundial de Combate à Aids, Tuberculose e Malária	Sim	Sim	Sim
Anexo C	Atores não-estatais com os quais a OMS mantém relações oficiais	218 ONGs, fundações filantrópicas, associações de pacientes e de profissionais de saúde, instituições acadêmicas e variados tipos de entidades	Sim	Sim	Sim
Anexo D	Outras partes interessadas	44 entidades, em sua maioria organizações intergovernamentais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional	Sim	Sim	Sim
Anexo E	Outras partes interessadas	102 entidades públicas ou privadas, incluindo numerosas instituições de ensino e pesquisa, e 2 pessoas físicas	Não	Não	Sim

Fonte: elaborado pelos autores com base em WHO, 2022a; 2022l.

Quanto ao grau de acesso às formas de participação, nota-se neste desenho o favorecimento dos atores não-estatais que mantêm relações oficiais com a OMS, em detrimento das entidades classificadas no Anexo E, cuja participação é limitada a contribuições por meio de portal eletrônico, audiência aberta ou participação em trechos de uma sessão mediante convite.

A participação nas negociações do novo acordo ocorreu, até o momento da conclusão deste capítulo, por meio da participação em um portal eletrônico e de audiências públicas.

Quanto ao portal eletrônico, foi criado para recolher contribuições dos Estados e das Partes Interessadas a respeito de qual deveria ser o conteúdo do novo acordo. Um formulário que listava 58 possíveis temas foi apresentado aos participantes, que deveriam responder “sim” ou “não” a cada um deles, havendo espaço para justificativa de cada resposta, além de um espaço aberto para apresentação de propostas (WHO, 2022b). Este portal recebeu, no período de março a maio de 2022, 159 contribuições, sendo 102 oriundas dos Estados (64%) e 57 de Partes Interessadas (36%). Entre as Partes Interessadas, o Secretariado da OMS não disponibilizou o número de participantes por categoria, razão pela qual não sabemos quantos deles são agências da ONU, ONGs ou outros atores (ver Quadro 1). O predomínio dos Estados nas contribuições a este portal também é evidenciado na clivagem intragrupo, pois dos 197 Estados considerados aptos a participar, 52% responderam ao instrumento, enquanto apenas 20% das 285 Partes Interessadas que poderiam fazê-lo participaram. O mesmo ocorre na adesão aos espaços livres do formulário, eis que dos 3.008 comentários aos temas e 83 propostas livres recolhidos pelo portal, as Partes Interessadas foram autoras de 743 comentários (menos de 25%) e de 38 propostas (cerca de 45%).

Quanto às audiências públicas, ocorreram em duas rodadas, nas quais as partes interessadas deveriam responder a perguntas relativas a quais matérias ou temas deveriam constar do novo acordo. As informações elementares sobre as audiências encontram-se no Quadro 2.

Nesta seção, analisaremos apenas a primeira rodada de audiências públicas, eis que a segunda foi objeto, além da pesquisa documental, de pesquisa empírica a ser relatada na seção seguinte.

Os documentos referentes à primeira rodada de audiências públicas revelam uma clara oposição sobre a necessidade da negociação de um acordo sobre pandemias. De um lado, a posição predominante nas contribuições orais das Partes Interessadas que integram, como já vimos, uma lista restrita que foi definida pelo OIN, representada no Quadro 1. De outro lado, a posição predominante entre as mais de 36 mil contribuições escritas, abertas ao público em geral.

Quadro 2 - Comparação sumária entre as rodadas de audiências públicas

	I Rodada (WHO, 2022c)	II Rodada (WHO, 2022e)
Data	12-13/04/2022	29-30/09/2022
Questão proposta	Que matérias você acha que devem ser incluídas no novo instrumento internacional sobre preparação e resposta às pandemias?	Com base em sua experiência na pandemia de Covid-19, que temas deveriam ser tratados no plano internacional para melhorar a proteção contra futuras pandemias?
Contribuições	Contribuições orais de Partes Interessadas - 123 contribuições Contribuições escritas em portal aberto ao público - 36.294 contribuições	Contribuições orais abertas ao público - 418 vídeos com duração de até 90 segundos e a respectiva transcrição escrita

Fonte: Adaptação dos autores de Ventura et al., 2022, p. 5.

Os termos de participação nesta rodada foram definidos em chamada divulgada no portal da OMS (WHO, 2022g). Tanto as contribuições orais como as escritas deveriam ser relevantes para o tema e não ter conteúdo alheio a ele, além de ser apresentadas de maneira respeitosa, sem palavrões, ataques pessoais, vulgaridade ou outra linguagem inadequada. O desrespeito a essas regras implicaria a exclusão da contribuição.

Começando pelas contribuições orais das Partes Interessadas, foram apresentadas por 123 pessoas, representando 119 organizações. O tempo de intervenção foi limitado a dois minutos, falados em um dos idiomas oficiais da OMS (árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo). A chamada esclarece que não existe um direito de participação nas audiências públicas, ficando esta participação sujeita à discricionariedade da OMS. O Gráfico 1 classifica estas contribuições conforme a categoria de participantes.

Diferentemente das orais, as contribuições escritas poderiam ser feitas por qualquer pessoa em qualquer idioma, no limite de 250 palavras (WHO, 2022g). A justificativa do Secretariado para abrir este espaço ao grande público foi a necessidade de contribuir para a realização do princípio consagrado no preâmbulo da Constituição da OMS, segundo o qual a “opinião pública esclarecida e a cooperação ativa do público são de importância capital para a melhora da saúde das populações”; o Secretariado argumenta, ainda, que “nenhuma outra entidade das Nações Unidas conduz este tipo de consulta pública com larga participação do público” (OMS, 2023a, p. 1).

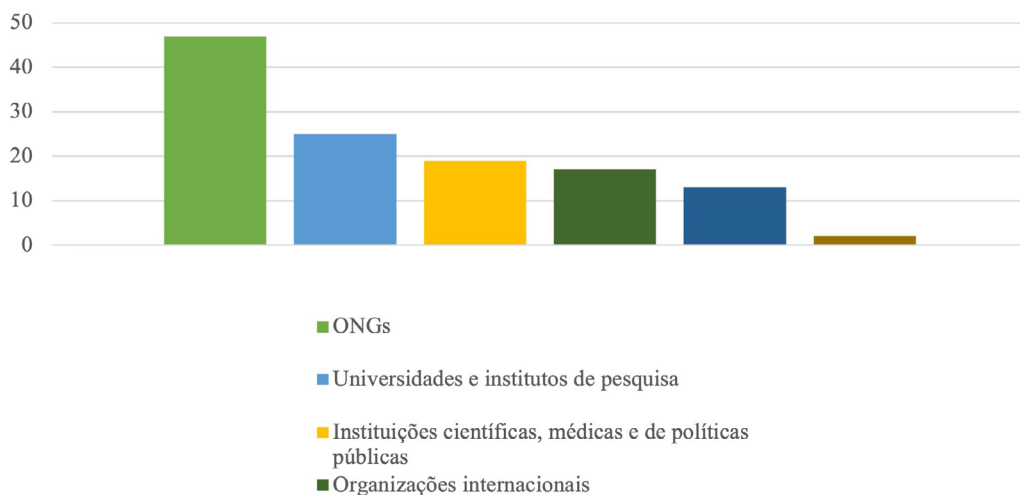


Gráfico 1 - Origem das contribuições orais das Partes Interessadas na primeira rodada de audiências públicas, por categoria

Fonte: elaborado pelos autores com base em WHO, 2022c.

Foram enviadas 36.294 contribuições, das quais o relatório elaborado pelo Secretariado da OMS não fornece nenhuma forma de classificação (WHO, 2022c). Ele conclui, porém, que **um pequeno número de contribuições orais considerou que o acordo sobre pandemias não era necessário, enquanto a maioria das contribuições escritas foi contrária à negociação do acordo sobre pandemias**. No mesmo relatório, a síntese dos resultados das contribuições escritas, que cobre menos de três páginas, refere, de forma breve, argumentos como a defesa da soberania nacional e o direito à autonomia dos pacientes, além de propostas sobre o conceito de pandemias e sobre a atuação da OMS. Em outro documento, relativo a uma reunião do Bureau, o Secretariado afirmou que muitas contribuições eram similares em forma e conteúdo, e que muitas pareciam não cumprir as condições de participação; o Secretariado estaria discutindo formas de aperfeiçoar o processo para a próxima rodada, reconhecendo que este formato “poderia não ser útil para obter novos aportes” (WHO, 2022k, p. 2). Porém, como veremos mais adiante, o alarme soado pelo predomínio de contribuições escritas contrárias ao acordo sobre pandemias não foi suficientemente ouvido, eis que a segunda rodada teve o mesmo resultado, embora não reconhecido formalmente pela OMS.

Criticando a primeira rodada de audiências, um grupo de especialistas em direitos humanos da ONU - que inclui a Relatora Especial sobre o Direito à Saúde, a médica sul-africana Tlaleng Mofokeng - apontou a falta de clareza sobre como os resultados seriam usados pelos negociadores; questionou, ainda, se as negociações seriam, de fato,

abertas a um amplo espectro de comunidades afetadas pelo futuro acordo e organizações da sociedade civil, sustentando que a participação plena e efetiva de todas as comunidades afetadas e da sociedade civil seria essencial para garantir um processo forte, transparente e legítimo (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS, 2022).

Não há dúvidas de que a limitação em dois minutos de fala ou 250 palavras escritas, conforme a modalidade de participação, compromete a capacidade de incidência dos atores e o grau de utilidade do mecanismo. É de se perguntar o quanto a ampliação do número de participantes justifica a limitação do tempo ou do espaço de participação, que implica não somente a superficialidade de argumentos e o reducionismo de propostas, mas também coloca em um mesmo plano atores com amplo domínio técnico e reconhecida atuação política sobre os temas em questão, e qualquer pessoa que, pelas mais diversas motivações, deseje expressar-se sobre o assunto. A própria OMS reconhece que os dois minutos de fala oferecidos às Partes Interessadas equivalem aproximadamente a 220 palavras, ou seja, ainda menos do que as 250 facultadas ao público em geral.

Assim, apesar do expressivo número de participantes, esta primeira rodada configurou nada mais do que uma sondagem ampla sobre o conteúdo do acordo, com grande fragmentação da participação social no que se refere a atores e agendas, e escassa possibilidade de efetiva incidência (VENTURA et al., 2022).

Vale mencionar que especialistas vinculados a instituições universitárias e ONGs, escolhidos pelo OIN, foram convidados para consultas específicas informais (*Informal, focused consultations*) realizadas entre setembro e outubro de 2022 (WHO, 2022f). Quatro sessões foram organizadas em torno de temas específicos: assuntos jurídicos; operacionalização e conquista da equidade; propriedade intelectual, produção e transferência de tecnologia e know-how; e, finalmente, saúde única (*one health*) no contexto do fortalecimento da prevenção, preparação e resposta a pandemias, com referência à resistência aos antimicrobianos, mudanças climáticas e zoonoses. Embora a escuta dos especialistas fosse seguida de uma sessão aberta à breve participação de Estados e Partes Interessadas, para os fins deste capítulo, não consideramos as consultas específicas como formas de participação social, eis que o objetivo principal desta iniciativa foi a obtenção de subsídios técnicos sobre temas específicos, não estando em questão uma posição favorável ou contrária ao acordo. Na seleção dos especialistas convidados, majoritariamente vinculados a instituições de países desenvolvidos, nota-se uma vasta prevalência da perspectiva do Norte Global (VENTURA et al., 2022).

PREDOMÍNIO DE OPINIÕES CONTRÁRIAS AO ACORDO SOBRE PANDEMIAS NA SEGUNDA RODADA DE AUDIÊNCIAS PÚBLICAS DO OIN: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA

A segunda rodada de audiências públicas do OIN realizou-se por intermédio de vídeos enviados a uma plataforma digital criada para este fim, aberta a qualquer pessoa, a título individual ou de representação de entidade ou organização (WHO, 2022d). O Secretariado sustenta que o objetivo deste formato é aproximar-se de uma reunião aberta (*town hall approach*) em que as pessoas expressam seus pontos de vista “sem censura”, reiterando que nenhuma outra entidade das Nações Unidas realiza este tipo de consulta com larga participação do público (WHO, 2022e, p. 2). A chamada foi amplamente divulgada através do portal da OMS na internet e de uma estratégia de comunicação promovida junto à imprensa e às redes sociais, com o apoio de parceiros da organização (WHO, 2022n).

As regras de participação foram estipuladas em chamada pública: para que fossem considerados, os vídeos deveriam ter duração máxima de 90 segundos, expressar-se em um dos seis idiomas oficiais da organização, e ser acompanhados de uma transcrição para facilitar sua interpretação nas demais línguas oficiais (WHO, 2002d). No momento de inscrição do seu vídeo, os participantes deviam apresentar uma carteira de identidade válida ou outro documento equivalente, apenas para fins de identificação. Os participantes deviam responder, “com base em sua experiência na Covid-19, “que temas deveriam ser tratados no nível internacional para melhor proteger contra futuras pandemias?”.

Em resposta, o OIN recebeu 448 vídeos remetidos a título pessoal ou na condição de representantes de entidades. Um grupo de funcionários da OMS avaliou a admissibilidade dos vídeos apresentados por meio de quatro critérios:

- adequação (se continha elementos verbais ou visuais que os tornavam inadequados para difusão pública);
- pertinência (se respondiam à questão formulada);
- lisura (por exemplo, não poderiam conter ofensas) e;
- acessibilidade técnica (se tinham som e imagem).

Em razão da aplicação desses critérios, 30 vídeos foram excluídos das audiências pela OMS.

Do total de 418 vídeos considerados admissíveis, seis não puderam ser assistidos pelos autores por estarem bloqueados ou com dificuldades de acesso. Não foi possível compreender o conteúdo de outros 29 vídeos por terem sido apresentados em árabe ou chinês, e não disponibilizarem legendas. Assim, como amostra desta pesquisa, foram analisados integralmente 383 vídeos que puderam ser compreendidos e acessados pelos autores deste capítulo. Os Gráficos 2 e 3 procuram demonstrar a relevância da amostra estudada, que abarcou 86% do total de vídeos submetidos e 92% dos vídeos que foram admitidos pela OMS.

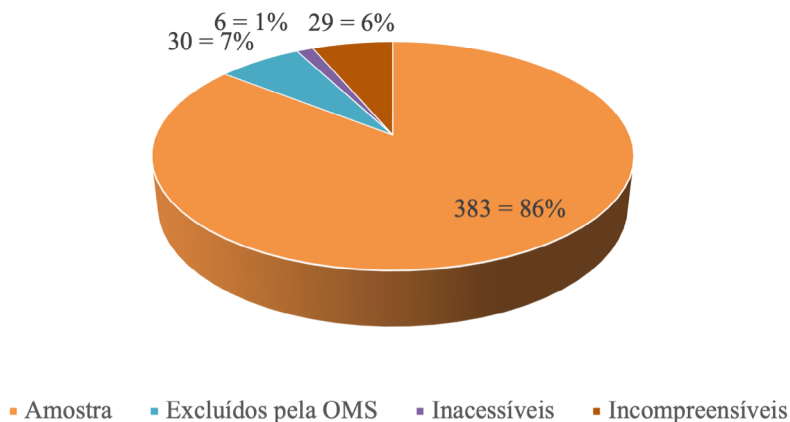


Gráfico 2 - Amostra estudada em relação ao total de vídeos submetidos à OMS

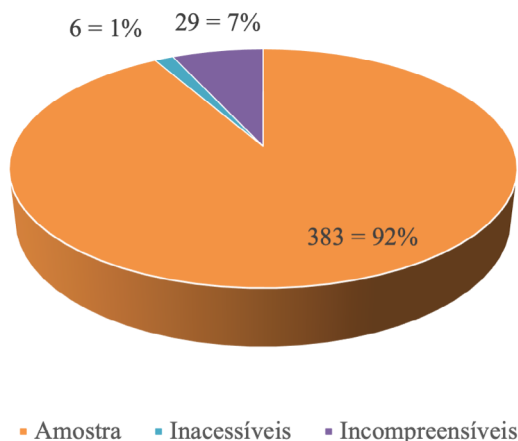


Gráfico 3 - Amostra estudada em relação ao total de vídeos admitidos pela OMS

Considerando a amostra estudada, foi possível identificar manifestações de apoio ao acordo sobre pandemias em 159 vídeos (41%), e manifestações contrárias em 203 (53%). Em 21 vídeos (6%) não foi possível identificar posição favorável ou contrária ao acordo.

Das 159 contribuições favoráveis ao tratado, 143 representavam alguma instituição ou conjunto de instituições articuladas em rede, sendo somente 16 vídeos de posições individuais. Das 203 submissões contrárias, 167 foram submetidas por indivíduos, sem representação de qualquer instituição. Assim, nos vídeos da amostra, cuja posição pôde ser identificada, há uma notável predominância de opinião contrária entre as manifestações individuais e da opinião favorável entre representantes de entidades, como demonstra o Gráfico 4.

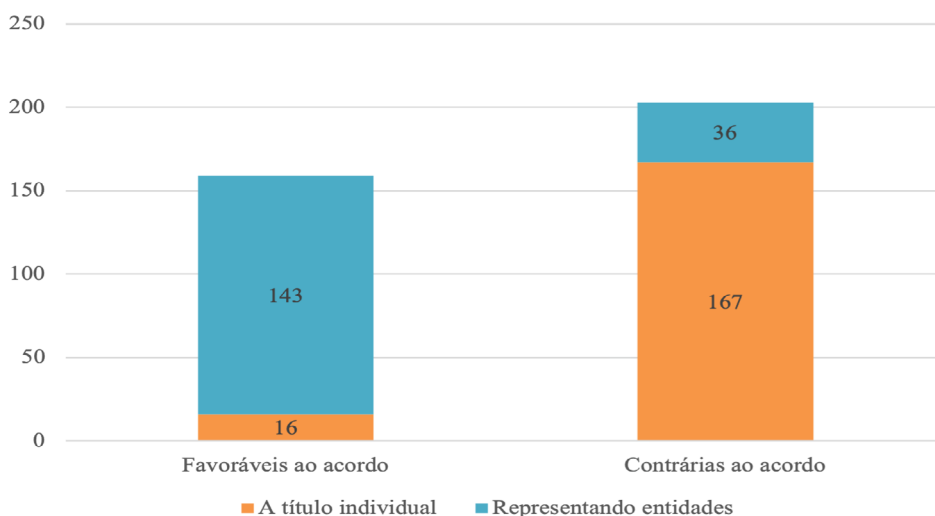


Gráfico 4 - Manifestações favoráveis e contrárias ao acordo na amostra estudada, por clivagem manifestação individual e representação de entidade

Os argumentos apontados nas manifestações contrárias foram identificados e classificados neste estudo em cinco categorias:

- defesa do **nacionalismo sanitário**, aqui entendido como o rechaço ao tratamento do tema das pandemias na esfera multilateral, em favor da soberania dos Estados e dos poderes locais;
- defesa do **primado das liberdades individuais** sobre o interesse coletivo que fundamenta as medidas de contenção da pandemia baseadas em evidências científicas;
- denúncia de **cooptação da OMS** por interesses alheios à saúde pública;
- **informações errôneas ou falsas**, que se baseiam em equívocos ou são fornecidas com o propósito de confundir ou induzir a erro;

- denúncia de **violação de direitos humanos** que teriam sido **praticadas pela OMS** contra as populações ou contra indivíduos durante a pandemia de Covid-19.

Em futuras consultas públicas, estas regras de participação deverão incluir a proibição expressa da promoção comercial de produtos e serviços (WHO, 2022o). Embora tal interdição não estivesse prevista na chamada a contribuições, dois vídeos foram retirados da plataforma por esta razão, alguns dias após sua difusão pública, considerando que violariam as regras gerais da OMS (WHO, 2022e).

A síntese dos argumentos apresentados pelos participantes é apresentada no Quadro 3. Grande parte dos vídeos mobilizou argumentos de mais de uma categoria. O número de ocorrências também está representado no Gráfico 5.

Quadro 3 - Classificação dos argumentos contrários ao acordo sobre pandemias por categoria

Categoria	Número de ocorrências	Síntese dos argumentos
Nacionalismo sanitário	117	Proposta de dissolução da OMS ou de limitação de suas atribuições; alegação de que OMS não foi democraticamente eleita e não dispõe de competências para determinar o que Estados, governos, povos e indivíduos devem fazer; e de que pandemias devem ser geridas de forma autônoma e soberana, de acordo com as particularidades locais
Primado das liberdades individuais	83	Defesa do slogan “meu corpo, minhas regras” no contexto da Covid-19; primado da proteção das liberdades religiosas, da prevalência do consentimento informado e da liberdade de escolha do médico sobre políticas de saúde pública e evidências científicas
Cooptação da OMS	57	Alegação de que a OMS é controlada pela indústria farmacêutica; de que é controlada pela Fundação Bill e Melinda Gates; de que é um veículo do marxismo; de que não possui mecanismos de transparência e é impossível controlar a sua atuação
Informações errôneas ou falsas	49	Defesa de “tratamentos precoces” contra a Covid-19, especialmente cloroquina e ivermectina; acusação de que medidas recomendadas pela OMS em resposta à Covid-19 (lockdown, uso de respiradores etc.) teriam causado mais danos à saúde do que a própria doença, principalmente o uso de máscaras por crianças e adolescentes; acusação de que o Partido Comunista chinês teria criado o novo coronavírus; de que o conceito de pandemia teria sido alterado por razões conspiratórias
Violação de direitos humanos pela OMS	21	Denúncia de que a OMS teria praticado crimes contra a humanidade e genocídio durante a pandemia de Covid-19; teria realizado testes perigosos e recomendado medidas sem comprovação científica em seres humanos; de que exerce o controle digital dos dados sobre saúde dos indivíduos; teria promovido a censura e a perseguição de especialistas e profissionais de saúde que defendem tratamentos precoces e a imunidade de rebanho

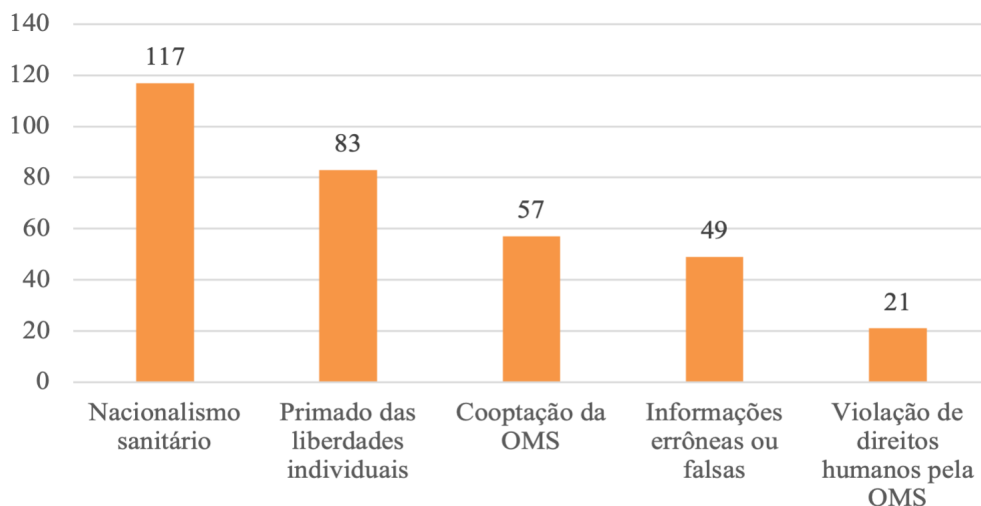


Gráfico 5 – Número de ocorrências dos argumentos contrários ao acordo sobre pandemias por categoria

Os significados da mobilização conjunta destas categorias e do score obtido serão analisados na seção seguinte, dedicada à discussão dos resultados.

Entre as contribuições favoráveis ao acordo sobre pandemias, as instituições representadas incluem institutos de pesquisa, organizações não governamentais, agências das Nações Unidas, sociedades científicas, centrais sindicais, coalizões da sociedade civil e um número pequeno de farmacêuticas.

Em sua maioria, tais contribuições demonstraram conhecimentos técnicos sobre o tema e familiaridade com processos de consulta, apresentando argumentos bem fundamentados e propostas concretas. Os escassos 90 segundos foram usados de forma bem calculada para expressar os pontos considerados mais importantes para cada setor, especialmente quando enviados por representantes de ONGs com incidência nas áreas abordadas.

A classificação e contagem de ocorrências dos argumentos favoráveis não foi feita por escapar aos objetivos deste artigo, e igualmente por sua natureza, voltada menos à existência do tratado em si e mais para propostas. Como forma de contrastar os argumentos contrários, nos limitamos a citar algumas propostas de conteúdos suscitadas nos vídeos favoráveis ao acordo: a defesa da equidade na saúde global, particularmente no que se refere ao acesso a vacinas, e a flexibilização das regras de propriedade intelectual sobre tecnologias farmacêuticas; o investimento em programas de imunização e aumento da cobertura vacinal; a criação de mecanismos de controle da aplicação do acordo e de

accountability, inclusive a proteção contra a captura corporativa e a influência da indústria farmacêutica; a necessidade de fortalecimento dos sistemas de saúde, em especial a atenção primária e às pessoas em situação de vulnerabilidade; a necessidade de envolver os profissionais de saúde na tomada de decisões; adoção da abordagem da “saúde única”, associando a resposta a emergências sanitárias a elementos de proteção ambiental, saúde animal e mudanças climáticas; o aumento do financiamento da resposta global às pandemias; criação de uma agência internacional de pesquisa sobre patógenos e o compartilhamento de informações sobre ensaios clínicos, entre muitas outras.

APROPRIAÇÃO DE MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO POR MOVIMENTOS EXTREMISTAS: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA EMPÍRICA

Nesta seção, buscaremos demonstrar, na discussão, que os resultados da pesquisa empírica indicam a adesão dos argumentos contrários ao acordo sobre pandemias às agendas típicas das extremas direitas.

Antes de prosseguir, porém, uma advertência se impõe: nem todas as opiniões contrárias à adoção do acordo sobre pandemias podem ser associadas à atuação das extremas direitas. Exemplo disso é que acadêmicos de renome, com formação sólida, expressaram sua oposição baseados em informações verdadeiras e com posições favoráveis ao incremento da cooperação internacional em saúde. Entre elas, citamos a ideia de que um tratado internacional pode ser considerado uma forma excessivamente rígida e pouco eficaz de enfrentar problemas transnacionais tão complexos (FIDLER, 2021), assim como a constatação de um descompasso entre as visões globalistas e cosmopolitas defendidas pelas comunidades de saúde pública, e o primado da segurança e dos interesses nacionais que determinou a realidade da resposta à Covid-19, o que faria com que as disposições do tratado provavelmente não fossem ratificadas ou implementadas pelos Estados (WENHAM et al., 2022). Este capítulo, porém, se restringe à análise dos argumentos apresentados na segunda rodada de audiências públicas do OIN.

Dando início à análise dos dados, esclarecemos que **a associação entre a atuação contrária ao acordo sobre pandemias e a atuação das extremas direitas está relacionada à presença do conjunto das categorias de argumentos estudados, e não à presença isolada de cada uma delas** – quais sejam nacionalismo sanitário, primado das

liberdades individuais, cooptação da OMS, informações errôneas ou falsas, e violação de direitos humanos pela OMS.

No que se refere ao nacionalismo sanitário, entendemos que a resposta internacional à Covid-19 não apenas realçou os limites da ação emergencial da OMS, como também foi incapaz de evitar as flagrantes iniquidades entre países em matéria de acesso a insu- mos e vacinas, fortalecendo a desconfiança das populações em relação às organizações internacionais e ao multilateralismo. No plano nacional, as dificuldades de gerir as medidas restritivas de direitos, principalmente as restrições à circulação de pessoas (chamadas de confinamento ou *lockdown*), assim como o fracasso ao minimizar o enorme impacto econômico e social da pandemia, também fomentou a desconfiança da população quanto à capacidade dos regimes democráticos de administrar as crises sanitárias. Assim, movimentos contrários ao confinamento chegaram a ser referidos como “uma benção para as extremas direitas” (FUR, 2021).

Para Vincent Geisser, a pandemia de Covid-19 foi um terreno propício para a emergência ou o incremento de provincianismos e localismos, acompanhados da defesa de soluções securitárias e protecionistas que correspondem a antigas concepções “higieno-nacionalistas” dos vínculos sociais, no sentido de responsabilização de estrangeiros, imigrantes e minorias culturais pela propagação dos males no “corpo nacional”, assim como da atribuição destes males a um “excesso de democracia” (2020, p. 18). Segundo o autor, o “nacionalismo sanitário” que emergiu durante a pandemia de Covid-19 se inscreve nesta tradição e desemboca em duas grandes vertentes. A primeira seria a “nacional-conservadora”, que prega o fortalecimento do Estado central e propõe medidas autoritárias de controle da pandemia, que poderia ser chamada de “nacionalismo de confinamento”. A segunda seria a vertente “populista-liberal”, afeita ao liberalismo econômico, que reivindica os direitos naturais e fundamentais dos cidadãos ao deslocamento, ao comércio e ao empreendedorismo, e corresponderia a um “nacionalismo anticonfinamento”. As duas vertentes teriam, porém, uma unidade política e ideológica: o desprezo do Outro (GEISSER, 2020). No caso específico deste capítulo, poderíamos adicionar um elemento em comum: a recusa do multilateralismo como forma de solucionar problemas transnacionais, e a aversão à OMS, cuja narrativa sobre a pandemia reforçava a necessidade de proteção de grupos vulneráveis e a tomada de decisões com base em evidências científicas.

Esta reflexão evoca outra categoria encontrada no estudo dos argumentos contrários ao acordo sobre pandemias, que é a alegada cooptação da OMS por interesses corporativos ou pelo marxismo, e que ela exerce um poder fora de qualquer controle. Estas ideias são típicas dos movimentos antiglobalistas, cuja base é uma teoria da conspiração segundo a qual o capital financeiro conspira com partidos de esquerda, mídias, universidades e burocratas internacionais com vista ao controle do mundo e a aculturação das sociedades, minando os valores tradicionais da família, da nação e de Deus, e impondo visões

de mundo progressistas e cosmopolitas (CASARÕES e FARIAS, 2021). Para Feliciano Sá Guimarães e Irma Dutra de Oliveira e Silva, os governos populistas de extrema direita, principalmente em suas relações entre si, mobilizam uma identidade conservadora densa (*thick conservative identity*) que seria composta de três funções interrelacionadas: a antiglobalista, composta de narrativas de oposição às instituições internacionais; a nacionalista, composta de narrativas a favor da soberania dos Estados; e a de combate aos adversários, composta de narrativas na clivagem amigo/inimigo (GUIMARÃES e SILVA, 2021). A referência ao complô globalista pode ir do uso meramente eleitoral até uma visão de mundo que dá sentido à ação política, o que seria o caso do governo Bolsonaro no Brasil, largamente inspirado em teorias da conspiração, fundamentalismos religiosos e anticomunismo (GUIMARÃES et al., 2023). De fato, em um vídeo veiculado em seu último ano de mandato, Bolsonaro chegou a tomar posição sobre o acordo:

O Brasil é autônomo, não entra nessa. Podes ter certeza. Já falei com as Relações Exteriores, **se essa proposta for para a frente não vai ser com o Brasil**. Até porque eu fui o único Chefe de Estado do mundo que não aderiu àquelas pressões do *lockdown* [confinamento], o único (TRAQUEIA, 2022).

Naquele momento, porém, o Brasil já era um dos membros do Bureau que dirige as negociações do acordo.

Uma parte dos argumentos, que classificamos como denúncias de violação de direitos humanos pela OMS, confirma a lógica amigo/inimigo, eis que alguns dos vídeos acusam a organização de ter praticado crimes contra a humanidade e genocídio durante a Covid-19, no sentido de que experiências em seres humanos (como, por exemplo, a autorização de vacinas experimentais contra a Covid-19), além de medidas e recomendações equivocadas teriam causado a morte de centenas de milhares de pessoas. Para o populismo nacionalista, as organizações internacionais, além de restringirem a soberania nacional, expondo os países aos perigos da influência estrangeira, representam as preferências das elites globalizadas, o que aumenta a probabilidade de serem identificadas como inimigas (COPELOVITCH e PEVEHOUSE, 2019).

Passando às informações errôneas ou falsas, identificadas em 49 vídeos compreendidos pela amostra, elas desempenham um papel auxiliar em relação às demais categorias estudadas. Não utilizamos a palavra infodemia porque ela se refere «a um grande aumento no volume de informações associadas a um assunto específico, que podem se multiplicar exponencialmente em pouco tempo devido a um evento específico» (OPAS, 2020, p. 2). Como referimos anteriormente, o que encontramos nos vídeos não é o excesso de informação, e sim informações que se baseiam em equívocos ou são fornecidas com o propósito de confundir ou induzir a erro.

Neste sentido, especial destaque pode ser dado à correlação entre a disseminação de informações falsas e defesa do primado das liberdades individuais. Durante a pandemia de Covid-19, ficou evidenciado como governos e movimentos de extrema direita instrumentalizam as tensões entre as liberdades individuais, a proteção da saúde pública e o papel da comunidade científica (KALIL et al., 2021). Parte da categoria de argumentos relativa à denúncia de que a OMS teria violado direitos humanos durante a pandemia de Covid-19 também pode ser evocada neste ponto, pois o papel de formular recomendações baseadas em evidências científicas implicou, muitas vezes, que representantes da OMS desmentissem e condenassem publicamente a tese da imunidade de rebanho por contágio, e a utilização de tratamentos, cuja ineficácia para Covid-19 já havia sido demonstrada. Os autores dos vídeos procuram caracterizar os alertas da OMS como censura e perseguição aos militantes e simpatizantes da extrema direita que persistiram na defesa desta tese e destes tratamentos. A defesa do primado das liberdades individuais serve como justificativa jurídica para a insurgência contra as recomendações da OMS e das autoridades sanitárias que se pautam pelas evidências científicas. Neste particular, os argumentos encontrados nos vídeos aproximam-se do ideário de movimentos antivacina, mobilizando elementos do debate sobre a obrigatoriedade das vacinas, em particular das vacinas contra a Covid-19. Embora a interferência nas liberdades individuais em nome da proteção da saúde pública seja admitida pela ampla maioria das ordens jurídicas, não há dúvida de que elas suscitam um debate ético complexo e relevante (OPAS, 2021). Obviamente as informações errôneas ou falsas prejudicam o avanço deste debate.

O impacto da desinformação sobre as negociações foi confirmado na pesquisa documental realizada, principalmente nas notas relativas às reuniões do Bureau, que revelam a preocupação constante de seus membros com o crescente número de informações errôneas ou falsas sobre o acordo, a ponto de solicitarem ao Secretariado a elaboração de uma estratégia de comunicação para lutar contra elas, inclusive nas redes sociais, mantendo o acompanhamento constante da implementação desta iniciativa (WHO, 2022i; 2022j; 2022m).

No entanto, como resultado da aplicação do princípio da transparência, ao difundir publicamente os resultados das audiências, o portal da OMS torna acessíveis dezenas de vídeos que veiculam informações errôneas ou falsas, sem que uma advertência sobre a confiabilidade de seu conteúdo seja afixada. Assim, embora não sejam de autoria da organização, é possível encontrar informações contrárias a evidências científicas, notícias falsas e teorias da conspiração na página oficial do OIN, sem que a instituição ofereça um contraponto, baseado em fatos e evidências, a cada uma delas. Em nosso entendimento, não se trata de “censura” à expressão de diferentes pontos de vista, como referiu o Secretariado ao justificar este formato aberto, limitado ao controle do

decoro (WHO, 2022e, p. 2), e sim da checagem de informações. Critérios de participação discutidos com entidades da sociedade civil, com reconhecido histórico na área, tampouco poderiam ser considerados como formas de censura.

Em nosso entendimento, há uma evidente captura do mecanismo de participação do OIN que pode produzir efeitos negativos em relação à percepção da opinião pública a respeito do acordo sobre pandemias, mas que de modo mais amplo pode configurar a tolerância à propaganda contra a saúde pública, aqui definida como “discurso político que mobiliza argumentos econômicos, ideológicos e morais, além de notícias falsas e informações técnicas sem comprovação científica”, no intuito de “desacreditar as autoridades sanitárias, enfraquecer a adesão popular a recomendações de saúde baseadas em evidências científicas, e promover o ativismo político contra as medidas de saúde pública” (VENTURA et al., 2021, p. 16).

A ausência de caráter espontâneo desta mobilização merece estudos empíricos específicos e aprofundados. Para os fins deste capítulo, nos limitamos a realizar busca simples por meio do motor Google, utilizando o descritor “#StopTheTreaty” que identificamos nas redes sociais à época das audiências. Chegamos facilmente ao *World Council for Health* que se apresenta como uma coalizão de mais de 200 iniciativas da área da saúde e grupos da sociedade civil localizadas em 45 países, sem fins lucrativos, voltada à salvaguarda dos direitos humanos e do livre arbítrio, capacitando as pessoas para que assumam o controle de sua própria saúde e bem-estar. Além da campanha contra o acordo sobre pandemias, o site da coalizão fornece, em diversos idiomas, vasto material de campanhas para que os países abandonem a OMS (#ExitTheWHO) e rejeitem as emendas ao Regulamento Sanitário Internacional que também se encontram em fase de negociação (#StopTheAmendments), entre muitas outras. Também é notório que este site compartilha informações falsas sobre a vacina contra a Covid-19, a ponto de repercutir na imprensa brasileira (AFONSO, 2022). A propósito, a lista de membros da coalizão revela que o Brasil é representado pelo movimento Médicos pela Vida. Em março de 2022, o Médicos pela Vida compartilhou no Telegram uma postagem afirmando que se o acordo sobre pandemias for aprovado, “a OMS terá o poder de exigir vacinas obrigatórias e passaportes de vacina, e sua decisão substituirá as leis nacionais e estaduais”, acrescentando que “não haverá mais democracia e sim um grupinho estrangeiro de bilionários” (PROJETO COMPROVA, 2022).

Neste site, encontramos duas postagens específicas sobre as audiências públicas do OIN. Sobre a primeira rodada, a coalizão afirma que o acordo sobre pandemias outorgará à OMS “direitos antidemocráticos sobre povos soberanos” (WORLD COUNCIL FOR HEALTH, 2022a). Por conseguinte, encoraja a participação na primeira rodada de audiências públicas do OIN, sugerindo que enviem as seguintes contribuições ao conteúdo do tratado: os dirigentes nacionais e locais conservarão plena autonomia,

reservando-se o direito de tomar decisões baseadas no que é melhor para o seu povo; nações e municípios poderão excluir-se do acordo, no todo ou em parte, sem consequências; um processo aberto e transparente para que todos os povos possam votar em favor de medidas que impeçam a aplicação do acordo nos locais em que a maioria da população não os deseja; e medidas que impeçam as farmacêuticas e outros aproveitadores da saúde global de influenciar o processo.

Uma nova postagem, relativa à segunda rodada de audiências públicas, alerta para o fato de que a OMS modificou as regras de participação, e que um formulário de identificação deverá ser preenchido no momento do envio de cada contribuição (WORLD COUNCIL FOR HEALTH, 2022b). A coalizão alerta para o fato de que, embora a OMS garanta que todas as informações de identificação serão apagadas após a conclusão das audiências públicas, não há razão para que se acredite nela, razão pela qual seria justificável não enviar vídeos. De qualquer forma, incita a ao menos divulgar a notícia de que esse órgão não eleito democraticamente e com “transparência zero” quer “assumir o controle total da nossa saúde, liberdade e soberania” (WORLD COUNCIL FOR HEALTH, 2022b).

Não resta dúvidas, portanto, sobre a existência de uma mobilização de extrema direita em oposição ao acordo sobre pandemias. Persistem, porém, interrogações sobre como o OIN poderia acolher os resultados dos mecanismos de participação por ele criados. O predomínio de posições contrárias ao acordo nas duas rodadas poderia sugerir uma suspensão temporária do processo negociador, sinalizando a importância conferida à sociedade civil. No entanto, o que houve foi a indiferença às contribuições do público em geral, que pode produzir efeitos negativos no futuro. Entendemos que o predomínio de posições favoráveis ao acordo na etapa de participação restrita às Partes Interessadas denota a importância da capacidade técnica, da responsabilidade (no sentido de responder pelos seus atos) e do histórico dos intervenientes como critérios de participação, a fim de prevenir a captura ideológica dos mecanismos de consulta que pode decorrer do uso coordenado e massivo da tecnologia digital, terreno no qual diferentes formas de extremismo se movimentam com desenvoltura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da CQCT indicou que os benefícios da participação social na formação de políticas de saúde pública são numerosos, incluindo a construção de conhecimentos especializados que podem ser estendidos para outros esforços de saúde pública, o incremento da legitimidade e da credibilidade do processo negociador,

bem como a construção de coalizões e o apoio popular à convenção (MONTINI et al., 2010). Não se pode ignorar, contudo, que todos os atores sociais envolvidos na negociação, embora em campos opostos, eram de fato interessados e atuantes na temática (OMS, 2000).

Embora consensualmente reconhecida como benéfica por governos e organizações internacionais, a participação social no campo da saúde pública possui disfunções relevantes, como o distanciamento entre representantes e representados, a ausência de marcadores claros quanto à escolha das entidades que integram os mecanismos de participação, o déficit de capacitação técnica e política e as relações assimétricas entre atores sociais que dela podem decorrer, além de outros problemas relacionados ao desenho institucional dos espaços de participação (PAIVA et al., 2014). Ademais, há muito já se conhece a capacidade da saúde de mobilizar de forma espasmódica os distintos setores da sociedade em torno de demandas específicas (COHN e BUJDOSO, 2015), o que exige particular cuidado na gestão desta participação.

Estas dificuldades se somam à constatação de que, nos últimos anos, a relativa indiferença do público em geral em relação às organizações internacionais parece estar se transformando em resistência e até mesmo em hostilidade (BEARCE e SCOTT, 2019).

O OIN vem se destacando pela busca da transparência no acesso aos seus documentos, e a transmissão ao vivo, via internet, de grande parte de suas sessões e processos deliberativos. Entretanto, a predominância de opiniões contrárias ao acordo sobre pandemias exemplifica como a apropriação dos mecanismos de participação social por movimentos que se opõem ao multilateralismo traz riscos para o futuro da saúde global, eis que a pandemia de Covid-19 pode ser considerada um “ensaio geral” para as próximas crises sanitárias (LATOURE, 2021, p.142). Assim, caso os mecanismos de audiência pública da OMS não forem aperfeiçoados, as já conhecidas dificuldades enfrentadas nos processos de participação podem ser agravadas por seu constante sequestro pela extrema direita, tornando perene o dilema entre a indiferença em relação aos resultados das consultas, ou o abandono de iniciativas de aprofundamento da cooperação internacional em saúde.

REFERÊNCIAS

AFONSO, N. Sem aval da OMS, Conselho Mundial de Saúde espalha desinformação sobre vacina. **Folha de São Paulo**, 7 de abril de 2022.

ALCAZAR, S. **The WHO Framework Convention on Tobacco Control: A case study of foreign policy and health – A view from Brazil.** Geneva: Graduate Institute of International and Development Studies, 2008.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS. **Negotiations for international instrument on pandemic preparedness must be guided by human rights:** UN experts. Statements. Special Procedures. Genebra, 20 May 2022.

BAINIMARAMA, J. V. et al. COVID-19 shows why united action is needed for more robust international health architecture. **Commentaries.** Genebra: OMS, 30 de março 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/op-ed---covid-19-shows-why-united-action-is-needed-for-more-robust-international-health-architecture> Acesso em: 08 jul. 2023.

BARBOSA, J. R. **Chauvinismo e extrema direita:** crítica aos herdeiros do sigma. São Paulo: Editora da Unesp Digital, 2015.

BEARCE, D. H.; SCOTT, B. J. Popular non-support for international organizations: How extensive and what does this represent? **The Review of International Organizations**, v. 14, p. 187-216, 2019.

BEIGBEDER, Y. **L'Organisation mondiale de la santé.** Genebra: Graduate Institute Publications, 1995.

BOTTO, M. Los Movimientos Sociales y El Libre Comercio En América Latina: ¿qué Hay Después Del ALCA? **Revista CIDOB d'Afers Internacionals**, n. 105, p. 191-213, 2014.

BRÜL, T. Representing the People? NGOs in International Negotiations. In: STEFFEK, J.; HAHN, K. (Eds) **Evaluating Transnational NGOs.** Londres: Palgrave Macmillan, 2010, p.181-199.

CASARÕES, G. S. P.; FARIAS, D. B. L. Brazilian foreign policy under Jair Bolsonaro: far-right populism and the rejection of the liberal international order. **Cambridge Review of International Affairs**, v. 35, n. 5, p. 741-761, 2021.

CLARK, H.; KOONIN, J.; BARRON, G. C. Social participation, universal health coverage and health security. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 99, n. 12, p. 846-846A, 2021.

COHN, A.; BUJDOSO, Y. L. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. **Tempo Social**, v. 27, n. 1, p. 33-47, jan. 2015.

COPELOVITCH, M.; PEVEHOUSE, J. C. W. International organizations in a new era of populist nationalism. **The Review of International Organizations**, v. 14, p. 169-186, 2019.

DHANDA, A. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8, p. 42-59, jun. 2008.

DENTICO, N.; VAN DE PAS, R.; PATNAIK, P. **The politics of a WHO pandemic treaty in a disenchanted world. G2H2 report.** Genebra: Geneva Global Health Hub, Dez. 2021.

ESTADOS UNIDOS. White House. **Letter to His Excellency António Guterres.** Washington D.C., 20 de janeiro de 2021.

FIDLER, D. The case against a pandemic treaty. **Think global health.** Council on foreign relations, 2021.

FUR, J. M. Les mouvements anti-confinement dans le monde, pain béni pour l'extrême droite. *France Inter.* 1 Fev. 2021. Disponível em <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/le-monde-d-apres/les-mouvements-anti-confinement-dans-le-monde-pain-beni-pour-l-extreme-droite-9161244> Acesso em: 02 jun. 2023.

FRANCÉS, F.; PARRA-CASADO, D. **Participation as a driver of health equity.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019.

GAILLE, M.; TERRAL, P. (Orgs.). **Pandémie - un fait social total.** Paris: CNRS éditions, 2021.

GEISSER, V. L'hygiéno-nationalisme, remède miracle à la pandémie? Populismes, racismes et complotismes autour du Covid-19. **Migrations Société**, v. 180, n. 2, p. 3-18, 2020.

GEREKE, M.; BRÜHL, T. Unpacking the unequal representation of Northern and Southern NGOs in international climate change politics. **Third World Quarterly**, v. 40, n. 5, p. 870-889, 2019.

GUIMARÃES, F. S.; MOREIRA, D. C.; SILVA, I. D. O.; MELLO, A. C. R. Conspiracy Theories and Foreign Policy Narratives: Globalism in Jair Bolsonaro's Foreign Policy. **Latin American Perspectives**, v. 50, n. 1, p. 272-289, 2023.

GUIMARÃES, F. S.; SILVA, I. D. O. Far-Right Populism and Foreign Policy Identity: Jair Bolsonaro's ultra-conservatism and the new politics of alignment. **International Affairs**, v. 97, p. 345-363, 2021.

KALIL, I.; SILVEIRA, S. C.; PINHEIRO, W.; KALIL, Á.; PEREIRA, J. V.; AZARIAS, W.; AMPARO, A. B. Politics of fear in Brazil: Far-right conspiracy theories on COVID-19, **Global Discourse**, v. 11, n. 3, p. 409-425, 2021.

LATOUR, B. **Où suis-je? Leçons du confinement à l'usage des terrestres.** Paris: La Découverte, 2021.

LEE, K.; CHAGAS, L. C.; NOVOTNY, T. E. Brazil and the Framework Convention on Tobacco Control: Global Health Diplomacy as Soft Power. **PLoS Medicine**, v. 7, n. 4, e1000232, 2010.

MAMUDU, H. M.; GLANTZ, S. A. Civil society and the negotiation of the Framework Convention on Tobacco Control. **Global Public Health**, v. 4, n. 2, p. 150-68, 2009.

MONTINI, T.; GEORGE, A.; MARTIN-MOLLARD, M.; BERO, L. A. The role of public participation in public health initiatives: an analysis of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. **Global Public Health**, v. 5, n. 1, p. 48-61, 2010.

NADER, L. O papel das ONGs no Conselho de Direitos Humanos da ONU. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 4, n. 7, p. 6-25, 2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assembleia Mundial Da Saúde. Collaboration with nongovernmental organizations: principles governing relations between WHO and nongovernmental organizations. **Resolução 40.25**. Genebra: WHO, 15 Maio 1987.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la Oms para la Lucha Antitabáquica**. Actualización de la Secretaría: audiencias públicas sobre el convenio marco para la lucha antitabáquica. Genebra: WHO, 14 out. 2000.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assembleia Mundial da Saúde. **History of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control**. Genebra: OMS, 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHA69.10**. Framework of engagement with non-State actors. Genebra: OMS, Maio 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE. The World Together: Establishment of an intergovernmental negotiating body to strengthen pandemic prevention, preparedness and response. **Resolução SSA2(5)**. Genebra, 01 Dez. 2021.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Engagement with non-State actors. Report on the implementation of the Framework of Engagement with Non-State Actors. **Report by the Director-General**. EB152/39. 12 Dez. 2022a.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Voz, agência, empoderamento** – Manual de participação social para cobertura universal de saúde. Washington, D.C.: Organização Panamericana da Saúde, 2022b.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Institutionalizing social participation to accelerate progress towards universal health coverage and health security. **Technical Brief**. Genebra: OMS, maio 2023a.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **English/French list of 218 non-State actors in official relations with WHO reflecting decisions of the 152nd session of the Executive Board**. Genebra, Feb. 2023b.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a covid-19**. Washington, DC: OPAS, 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Covid-19 e vacinação obrigatória: considerações éticas e advertências. **Sumário de políticas**. 13 abr. 2021.

PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 487-498, 2014.

PERELMAN, M. D. La pandemia como hecho social total, como crisis y la desigualdad urbana. **Caderno CRH**, v. 34, p. e021039, 2021.

PROJETO COMPROVA. Texto no Telegram espalha teoria conspiratória sobre tratado internacional da OMS. **CNN Brasil**, 28 mar. 2022. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/texto-no-telegram-espalha-teoria-conspiratoria-sobre-tratado-internacional-da-oms/> Acesso em: 03 jun. 2023.

RACHED, D. H.; VENTURA, D. F. L. World Health Organization and the search for accountability: a critical analysis of the new framework of engagement with non-state actors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. e00100716, 2017.

RIBEIRO LEÃO, R. Z. El rol de la sociedad civil organizada para el fortalecimiento de la protección de los derechos humanos en el siglo XXI : un enfoque especial sobre los DESC. **Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos**, San José, IIDH, v. 51, 2010, p. 249-271.

SANTOS, R. V.; PONTES, A. L.; COIMBRA, C. E. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, e00268220, 2020.

SIRCAR, N. R.; YADAV, A.; BIALOUS, S. A. Assessing sector representation of non-state actors within the World Health Organisation Framework Convention on Tobacco Control. **Global Public Health**, v. 16, n. 7, p. 1111-1121, 2021.

TAGUIEFF, P.-A. L'extrême droite comme réalité et comme représentation. In: **La revanche du nationalisme. Néopopulistes et xénophobes à l'assaut de l'Europe**. Paris: Presses Universitaires de France, 2015, p. 47-59.

TAGUIEFF, P.-A. L'extrémisme insaisissable. **Humanisme**, v. 313, n. 4, p. 24-31, 2016.

TEIXEIRA, L. A. S.; PAIVA, C. H. A.; FERREIRA, V. N. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00121016, 2017.

TRAQUEIA, F. Bolsonaro: “Brasil não vai assinar tratado da OMS sobre pandemias porque ‘é autônomo’”. **Polígrafo**, 7 de junho de 2022.

VELLAS, P. Organisations non gouvernementales et coopération internationale (Note de recherche). **Études internationales**, v. 11, n. 4, p. 719-728, 1980.

VENTURA, D. F. L.; AITH, F. M. A.; REIS, R. R.; FERREIRA, A. B.; ROSA, A. V.; FARIAS, A. S.; VALENTIM, G. D. S.; HERZOG, L. B. **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19**. São Paulo, 28 Maio 2021.

VENTURA, D. F. L.; CARMO, E. H.; VIEGAS, F.; PENNA, G. O.; MENEZES, H. Z.; GALVÃO, L. A.; VIEGAS, L. L.; BERMUDEZ, L.; REGES, P. P. S.; BUSS, P. M. Acordo sobre pandemias: Brasil deve buscar liderança do Sul Global com ênfase na redução das iniquidades antes, durante e depois das emergências. Grupo de Trabalho Acordo sobre Pandemias e Reforma do RSI - Fiocruz/USP, **Nota Técnica** n. 2, São Paulo/Rio de Janeiro, 10 out. 2022.

VIEGAS, L. L.; VENTURA, D. F. L.; VENTURA, M. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. e00168121, 2022.

WENHAM, C.; ECCLESTON-TURNER, M.; VOSS, M. The futility of the pandemic treaty: caught between globalism and statism. **International Affairs**, v. 98, n. 3, p. 837-852, 2022.

WORLD COUNCIL FOR HEALTH. **#StopTheTreaty**: Comment on WHO's Pandemic Treaty, 12 Abril 2022a. Disponível em: <https://worldcouncilforhealth.org/news/stopthetreaty-comment-who-pandemic-treaty/> Acesso em: 03 jun. 2023.

WORLD COUNCIL FOR HEALTH. **Update on the WHO's Request for Video Submissions on Pandemic Preparedness**. 9 Set. 2022b. Disponível em: <https://worldcouncilforhealth.org/news/statements/stopthewho-update/> Acesso em 03 jun. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **A/INB/2/4**. Modalities of engagement for relevant stakeholders. Geneva, 24 Aug. 2022a.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. A/INB/1/9. Summary report on the results of the INB digital platform. Geneva, 3 Jun. 2022b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. A/INS/1/10. Outcomes of the first round of public hearings, Report by the Secretariat. Geneva, 1 Jun. 2022c.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Terms of participation in the second round of public hearings regarding a new international instrument on pandemic prevention, preparedness and response.** [Geneva]: WHO, [2022d]. Disponível em <https://inb.who.int/home/public-hearings/second-round/terms-of-participation>. Acesso em: 02 jun. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. A/INB/3/INF./3. Outcomes of the second round of public hearings, Report by the Secretariat. Geneva, 25 Nov. 2022e.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. A/INB/3/INF./2, Informal, focused consultations, Report by the Bureau of the INB. Geneva, 25 Nov. 2022f.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Terms of participation in the public hearings regarding a new international instrument on pandemic preparedness and response.** [Geneva]: WHO, [2022g]. Disponível em: https://inb.who.int/docs/librariesprovider13/default-document-library/terms-of-participation.pdf?sfvrsn=5c0c6b09_3 Acesso em: 02 jun. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. A/INB/2/5. **Report of the meeting.** Geneva, 21 July 2022h.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Notes for the recording for the Bureau meetings.** Geneva, 7 Jun. 2022i.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Notes for the recording for the Bureau meetings.** Geneva, 10 Jun. 2022j.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Notes for the recording for the Bureau meetings.** Geneva, 28 Apr. 2022k.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. A/INB/2/4 Modalities of engagement for relevant stakeholders. Geneva, 24 Aug. 2022l.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Notes for the recording for the Bureau meetings**. Geneva, 30 Jun. 2022m.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Notes for the recording for the Bureau meetings**. Geneva, 16 Set. 2022n.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Intergovernmental Negotiating Body. **Notes for the recording for the Bureau meetings**. Geneva, 29 Set. 2022o.

The background is a solid orange color with several stylized, semi-transparent virus particles scattered across it. Each virus particle is spherical with numerous protruding spikes or glycoprotein spikes of varying lengths and thicknesses, resembling coronaviruses.

2

Políticas globais de acesso universal à vacinação

Ariane de Jesus Lopes de Abreu

Ana Paula Sayuri Sato

Eliseu Alves Waldman

INTRODUÇÃO

Políticas que propiciem o cumprimento dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, são fundamentais para a saúde e bem-estar do planeta. Para o alcance desses objetivos, além da aplicação de elevados recursos financeiros, será necessário um grande esforço para o fortalecimento da cooperação internacional (PECETTA et al., 2023).

As vacinas como uma das tecnologias mais custo-efetivas para a promoção da saúde, constituem instrumento indispensável para a garantia da saúde do planeta, pois, entre outros benefícios, contribuem para a diminuição da mortalidade infantil, evitam inúmeras infecções na infância que podem ser deletérias para a saúde da criança, prejudicando o seu crescimento e desenvolvimento cognitivo. Além disso, foi fator estratégico para o enfretamento da pandemia de Covid-19, preveniu milhões de mortes, além de ter contribuído para a estabilização da economia mundial (PECETTA et al., 2023). No entanto, ao analisarmos as muitas lições aprendidas durante essa pandemia, verificamos que um dos principais desafios que demandará nossa atenção, será o planejamento e a implementação de políticas com foco em garantir, em escala global, maior equidade no acesso às vacinas.

Com a finalidade de oferecer subsídios para o melhor conhecimento do tema, apresentamos neste capítulo uma visão sobre as políticas globais com enfoque no processo de desenvolvimento, pesquisa e inovação em vacinas e sua relação com o acesso a vacinação em diferentes países. Abordaremos desde pontos históricos ligados ao processo de produção de vacinas, a influência do processo regulatório e o suporte de atores chaves na universalização do acesso às vacinas. Analisaremos os principais avanços na pesquisa e no desenvolvimento de vacinas em países de baixa e média renda (LMIC, sigla para “*low-and middle-income countries*”) e a prioridade dada por políticas governamentais, com foco nos sistemas de saúde e na garantia de infraestrutura e de recursos humanos necessários para o fortalecimento do setor de pesquisa e inovação, para alcançar um grau apreciável de autossuficiência em insumos básicos de saúde. Por fim, abordaremos as mudanças, desafios e avanços, decorrentes da pandemia de Covid-19, na garantia do acesso universal a vacinação com enfoque na América Latina e na África dado o impacto da pandemia nas duas regiões.

TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS GLOBAIS E ATORES-CHAVE PARA A UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO À VACINAÇÃO

Desde a descoberta de Edward Jenner em 1796, a vacinação tem sido responsável por salvar vidas; a partir da segunda metade do século XX, passa a ser componente obrigatório dos programas de saúde pública, em todo o globo, por ser considerada uma das intervenções em saúde pública mais custo-efetivas (HILLEMANN, 2000; PLOTKIN, 2005b). Essa ampla utilização das vacinas permitiu a erradicação global da varíola e a eliminação de poliomielite e do sarampo em vários continentes (BARRETO et al., 2011; DOBERTY et al., 2016).

Tais conquistas só foram possíveis por meio de ações globais de promoção do acesso às vacinas, em especial, pela implementação do Programa Ampliado de Imunização (PAI) criado em 1974, por resolução da Assembleia Geral da Saúde (AGS) da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de criar condições para alcançarmos coberturas elevadas e homogêneas, em todos os continentes (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1974). Tal iniciativa contou com o apoio de agências nacionais e internacionais como a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) e a OMS e, mais recentemente, de atores não governamentais (PLOTKIN, 2005b; STERN e MARKEL, 2005). Como resultados, além da elevação progressiva das coberturas vacinais médias em todo o globo, observamos também acentuado crescimento da produção desses imunobiológicos e a intensificação da pesquisa e inovação, para o desenvolvimento de novas vacinas (LEVINE et al., 2011).

Em relação à pesquisa e inovação, observamos, no correr do tempo, mudanças na participação dos diferentes atores. Verifica-se que desde os seus primórdios até as décadas de 1980/1990, as pesquisas eram realizadas, preponderantemente, em universidades e em laboratórios de saúde pública, que atuavam isoladamente ou através de parcerias, contando com financiamento governamental, de fundações e, algumas vezes, com ampla contribuição da população, como aconteceu com as pesquisas que resultaram na vacina contra a poliomielite (DUCLOS et al., 2009; WALDMAN, 2019). No entanto, nas últimas décadas, passamos a contar com uma participação importante da iniciativa privada, especialmente das grandes indústrias farmacêuticas, na pesquisa e desenvolvimento de novas vacinas (GUIMARÃES, 2021). Mais recentemente, assistimos a uma tendência ao fortalecimento da colaboração e de maior articulação entre atores dos setores públicos e privados por meio de iniciativas de *joint venture*. Em alguns países de média renda, iniciativas governamentais, articuladas com universidades e institutos de pesquisa assumem o risco nas fases iniciais e incertas do desenvolvimento das vacinas,

enquanto, a grande indústria farmacêutica assume os estágios mais avançados da pesquisa e a subsequente introdução no mercado de novos produtos (STÁVALE, 2020).

Apesar desses esforços, ainda predomina na dinâmica atual da produção de vacinas, a lógica de mercado sob a liderança de grandes conglomerados farmacêuticos, elevando os preços de produtos tecnologicamente mais avançados. Portanto, o processo de comercialização das vacinas se torna o ponto crítico, contribuindo para a existência de disparidades no acesso às vacinas, entre regiões, países e populações (GADELHA et al., 2018).

As indústrias farmacêuticas, majoritariamente baseadas nos Estados Unidos, Suíça, Alemanha, França e Inglaterra, respondem por quase todas as vacinas recentemente desenvolvidas, criando assim as assimetrias globais manifestadas no processo de inovação em saúde (STERN e MARKEL, 2005; LEVINE et al., 2011; PLOTKIN et al., 2017; GADELHA et al., 2018) Documento da OMS, publicado em 2019 (WHO, 2019) assinala que as principais empresas que dominam o mercado de vacinas atendem com seus produtos pré-qualificados, parte apreciável do mercado UNICEF formado por LMIC (Figura 1).

Nesse contexto, um dos fatores-chave que limita o acesso às vacinas pelos LMIC, de certa forma associado à comercialização, é o processo de registro pelos órgãos regulatórios nacionais, feito individualmente para cada tipo de vacina, segundo a indústria produtora. Portanto, quando surge algum imprevisto com o fornecimento de determinado tipo de vacina, já registrada no país, caso esta seja a única vacina do mesmo tipo registrada pelo órgão regulatório do país, o acesso a produtos similares produzidos por outra indústria, enfrentará o mesmo processo de registro, de regra, complicado e demorado, o que não ocorreria, se a sistemática de registro fosse outra.

Nesse sentido, o diálogo entre fabricantes, órgãos regulatórios dos países e a OMS é fundamental. No entanto, apesar da existência de investimentos para agilizar os procedimentos para o registro, é preciso incentivar o maior entrosamento entre as agências reguladoras nacionais, visando a criação de redes de agências regulatórias regionais, construindo um processo colaborativo para registro de produtos pré-qualificados, e desenvolvimento de protocolos para alterações pós-aprovação (PLOTKIN et al., 2017; GADELHA et al., 2018; WHO, 2019).

Apesar da ampliação do número de fabricantes de vacinas nos últimos anos, evidenciado durante a pandemia de Covid-19, ainda são poucos os que conseguem atender aos padrões internacionais de qualidade estabelecidos pela OMS e observados pelas agências nacionais regulatórias, comprometendo o equilíbrio entre oferta e demanda em muitos mercados e afetando o suprimento equitativo desses imunizantes da população mundial (CORTES et al., 2012; PALOMARES, 2022).

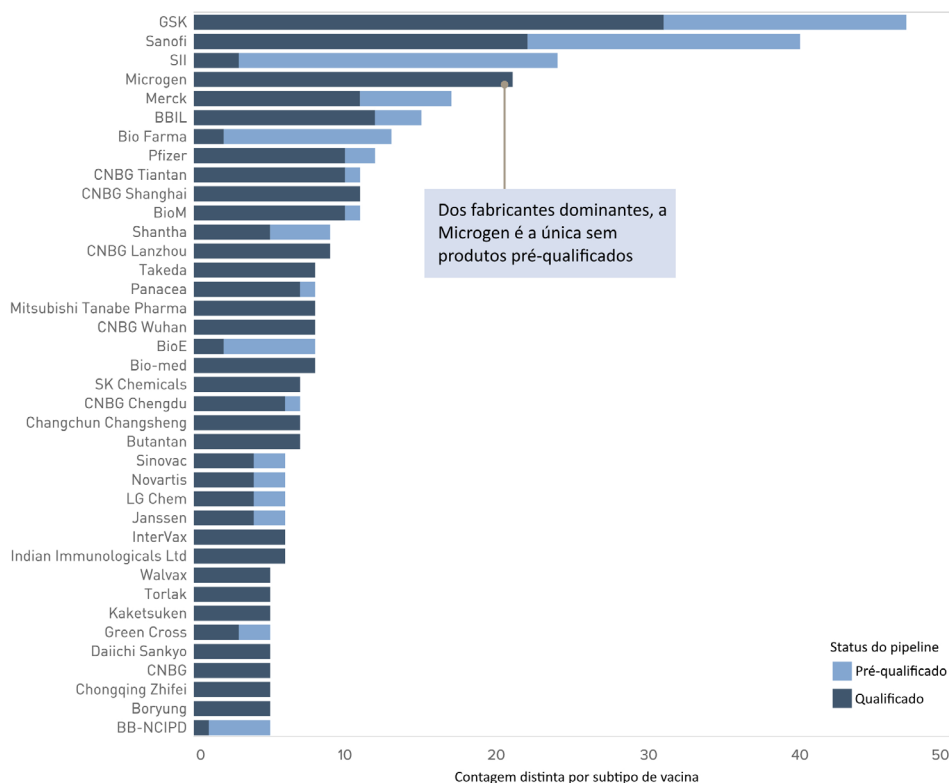


Figura 1- Principais fabricantes e número de subtipos de vacina produzidos

Fonte: Adaptado de WHO, 2019.

A OMS, preocupada com essas desigualdades entre os países, obstáculo para o acesso universal às vacinas, aprovou, em maio de 2012, durante a 65ª Assembleia Mundial da Saúde, o Plano de Ação Global para Vacinas (GVAP, sigla de *Global Vaccine Action Plan*), documento que estabeleceu metas globais de vacinação, para a década seguinte. Um dos principais objetivos delineados pelo GVAP é oferecer a todos os programas nacionais de imunização (PNI) acesso sustentável a tecnologias de vacinas universalmente recomendadas, em um prazo de cinco anos após o licenciamento (MACDONALD et al., 2020). No entanto, há uma enorme distância entre esse objetivo e o que ocorre na realidade, tornando a introdução de novas vacinas nos países de baixa renda, um dos pontos mais desafiadores para o cumprimento da agenda de imunizações para 2030, derivada do GVAP (WHO, 2020).

Nos LMIC, o processo de aquisição de vacinas (*vaccine procurement*; Quadro 1) é parcialmente operado por agências internacionais como a UNICEF e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), esta última, através do seu Fundo Rotatório para Acesso a Vacinas (FRV) que por adquirirem grandes quantidades, obtêm menores preços, se comparado àquelas efetuadas individualmente por esses países (GIANFREDI et al., 2021).

Quadro 1- Processo de aquisição de vacinas (*Vaccine procurement*)

A aquisição de vacinas é um processo complexo composto por uma fase de pré-compra (identificar necessidades, selecionar produtos e fornecedores pré-qualificados, estabelecer especificações e critérios legais, preparar para licitação e avaliação) e uma fase de pós-compra (garantir disponibilidade, pontualidade, monitorar a segurança e relatar o desempenho). Este ciclo envolve contínua interação entre profissionais de saúde pública, formuladores de políticas nacionais, reguladores internacionais (por exemplo, OMS, UE) e fabricantes. Os mecanismos de aquisição visam alcançar objetivos de equidade, acessibilidade e alta cobertura vacinal.

A OMS identifica dois tipos principais para a aquisição de vacinas:

- a) compras diretas (ou autônomas), quando os países são autônomos em suas decisões e não precisam cumprir os requisitos de pré-qualificação da OMS;
- b) aquisição agrupada (ou centralizada): refere-se a um mecanismo pelo qual vários países (compradores) se congregam em uma única entidade que compra vacinas em seu nome, como por exemplo a UNICEF e a OPAS.

Fonte: Gianfredi et al. 2021.

Os fabricantes de países de média renda desempenham um importante papel tanto na ampliação da oferta como do acesso às vacinas. Por tal motivo, a participação deles no mercado internacional de vacinas fortalece a concorrência propiciando preços mais favoráveis, induzindo a grande indústria farmacêutica a terceirizar a produção, participar de atividades conjuntas de desenvolvimento e a realizar transferências de tecnologia para laboratórios produtores de países de média renda (CORTES et al., 2012; GADELHA et al., 2018; GIANFREDI et al., 2021; PALOMARES, 2022).

Também com a finalidade de promover maior equidade entre os países, no acesso às vacinas, foi criada em 2000, a Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI, sigla de *Global Alliance for Vaccine and Immunizations*), resultando de uma parceria internacional de caráter público-privado com a finalidade de promover o acesso a diversos tipos de vacinas a todos os estratos sociais em países de baixa renda (GAVI, [2022?]). A GAVI

reúne recursos de doadores para financiar a expansão do acesso a vacinas eficazes e seguras, além de, acelerar a introdução de novas vacinas. Para financiar a aquisição de vacinas, a GAVI fornece fundos para a UNICEF ou OPAS, as quais promovem a aquisição conjunta de vacinas e suprimentos para quase todos os países de baixa renda (GIANFREDI et al., 2021; GAVI, [2022?]).

A pandemia de Covid-19 tornou visível a complexidade dos diferentes tipos de atores e as políticas ligadas aos processos de pesquisa, desenvolvimento, inovação, produção e acesso as vacinas.

Nas últimas décadas do século XX, as pesquisas para o desenvolvimento de novas vacinas contavam com forte colaboração público-privadas patrocinadas pelas Fundação Bill & Melinda Gates, Wellcome Trust, Comissão Europeia, Fundação Rockefeller, Instituto Pasteur e pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, entre outros (PLOTKIN, 2005a, 2005b; HOLMBERG et al., 2017).

Mais recentemente, novos atores aumentaram a participação neste campo seja com iniciativas para auxílio no desenvolvimento de novas vacinas e formação de recursos humanos e equipamento e para países de baixa e média renda, como também para fortalecer os mecanismos de aquisição de vacinas existentes. Eles incluem o Instituto de Vacinas GlaxoSmithKline (GSK) para Saúde Global, os Laboratórios Hilleman e a organização global de saúde PATH¹. Além disso, novas organizações foram criadas, como o Instituto de Pesquisa Médica Bill & Melinda Gates, e houve uma reorientação de institutos já existente e dedicados a doenças negligenciadas e emergentes, incluindo o Instituto Internacional de Vacinas (*International Vaccines Institute - IVI*), o Jenner Institute e o Human Vaccines Project (PLOTKIN 2005a; RAPPUOLI et al., 2019; PALOMARES, 2022).

Criada em 2017, a Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias (CEPI – do inglês: *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations*) é uma parceria global entre setor público, privado, instituições filantrópicas e organizações da sociedade civil. Tem por finalidade acelerar o desenvolvimento de vacinas e medicamentos contra doenças infecciosas emergentes e garantir o acesso desses produtos, durante surtos e emergências em saúde pública. A CEPI alcançou grande destaque em suas ações durante a pandemia de Covid-19 como financiador do desenvolvimento das vacinas contra SARS-CoV-2 (CRAGER, 2018; CEPI, 2022).

Há uma tendência cada vez mais forte entre especialistas, de apontar como fator relevante para alcançarmos preços acessíveis das vacinas, a participação de LMIC, no

¹ A PATH é uma organização global que trabalha para acelerar em relação à equidade em saúde, reunindo instituições públicas, empresas, empreendimentos sociais e investidores para resolver os desafios de saúde mais urgentes do mundo.

mercado de produtor. Para discutir esse tema, a OMS, realizou em 2000, a primeira reunião internacional de produtores de vacina de países de LMIC pertencentes ao setor público, que resultou na criação da Rede de Fabricantes de Vacinas de Países em Desenvolvimento (DCVMN – sigla de *Developing Countries Vaccine Manufacturers Network*).

A DCVMN é uma aliança voluntária de fabricantes de vacinas de LMIC, firmemente engajados em pesquisa, desenvolvimento, fabricação e fornecimento de vacinas de alta qualidade que são acessíveis para proteger as pessoas contra doenças infecciosas já conhecidas ou emergentes em todo o mundo. Atualmente a rede conta com a participação de 41 fabricantes, entre eles a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Butantan, e de 14 países, dentre os quais podemos destacar o Brasil, México, Índia, Indonésia (DCVMN, 2023).

Entretanto, apesar das novas iniciativas e estratégias traçadas por essa pluralidade de atores, as políticas com foco no desenvolvimento, produção e acesso de vacinas, ainda possuem desafios importantes a serem solucionados. Entre as estratégias propostas apresentadas para enfrentar tais desafios, vale citar: 1) a simplificação do processo regulatório para vacinas biossimilares (vacinas semelhantes em relação à segurança, pureza, eficácia e potência em relação a uma vacina de referência), (2) abordar e criar estratégias para superar as barreiras de propriedade intelectual e (3) reduzir as barreiras e prazos para a entrada de vários novos fornecedores por transferência de tecnologia e de know-how (CRAGER, 2018; GADELHA et al., 2018; RAPPUOLI et al., 2019; STÁVALE et al., 2020; PALOMARES, 2022).

DIPLOMACIA DE VACINAS, POLÍTICAS E LIÇÕES SOBRE PRODUÇÃO DE VACINAS EM PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA

Vacinas e medicamentos são instrumentos de cooperação entre países e projeção internacional, pelo menos desde a Guerra Fria, mas a crise sanitária decorrente da pandemia de Covid-19 destacou essa questão na agenda de prioridades de órgãos internacionais e de muitos países. Diante de pandemias de grande impacto na sociedade, para as quais são necessárias respostas rápidas para mitigar a morbimortalidade e o colapso dos serviços de saúde, ficam evidentes as fragilidades dos países e dos organismos internacionais em prover, com equidade entre pessoas e países, os insumos básicos de saúde necessários ao enfrentamento desses eventos. Tal fato ocorreu na pandemia de Co-

vid-19, resultando em inaceitável falta de equidade entre os países, no acesso a vacinas (BHATTACHARYA et al., 2021; HOTEZ, 2021).

Um dos instrumentos muito utilizado na pandemia de Covid-19, disponíveis para mitigar tais desigualdades no acesso às vacinas, entre os países, foi a denominada “diplomacia da vacina” (ver Quadro 2).

Quadro 2 - Diplomacia das vacinas

A “diplomacia da vacina” é um dos ramos da diplomacia da saúde global, que se refere tanto a um sistema de organização e meios de comunicação quanto a processos de negociação que ajudam a moldar a esfera da saúde, mas que provoca seus determinantes no setor do ambiente político global.

Sendo um híbrido de diplomacia de saúde global e diplomacia científica, a “diplomacia da vacina” oferece abordagens inovadoras e únicas para promover políticas externas e relações diplomáticas entre nações, particularmente entre nações antagônicas.

Pode ser entendido também como o uso de vacinas para melhorar as relações diplomáticas de um país e a influência de outros países, ou ainda, diversas entregas bilaterais de vacinas organizadas segundo considerações geopolíticas dos países que buscam estrategicamente vários tipos de vantagens globais e regionais nas relações internacionais.

Entretanto, “diplomacia da vacina” também significa “um conjunto de medidas diplomáticas tomadas para garantir o acesso às melhores práticas no desenvolvimento de potenciais vacinas, para aumentar a cooperação bilateral e/ou multilateral entre países na condução de P&D conjunto e, no caso do anúncio de produção, para garantir a assinatura de um contrato para a compra da vacina no menor prazo.”

Fontes: Hotez, 2014; Sparke e Levy, 2022.

Os ensaios de campo, efetuados para avaliar a vacina contra a poliomielite, são um exemplo de como a “diplomacia da vacina” impulsionou a colaboração entre países situados em campos opostos do espectro político (União Soviética e EUA), em um momento de crise sanitária decorrente de grandes epidemias de poliomielite em inúmeros países de alta renda (HOTEZ, 2014). Esforços diplomáticos também foram utilizados, por exemplo, para combater doenças como a cólera, sarampo, hepatite, Ebola, construindo caminhos para programas em colaboração internacional, com foco em pesquisa e desenvolvimento de novas vacinas (HOTEZ, 2010; BUSS e BURGER, 2021).

A diplomacia das vacinas e acordos de cooperação internacional foram importantes componentes, para que ao longo do tempo, países de LMIC desenvolvessem uma capacidade considerável de produção de medicamentos e vacinas. No entanto, a busca por

uma autossuficiência na produção de vacinas ainda é um desafio para muitos desses países (JENSEN et al., 2022). Alguns casos de sucesso e que passaremos a comentar, se encontram entre países que pertencem a Rede de Fabricantes de Vacinas de Países em Desenvolvimento como a Índia, a Indonésia, a China e o Brasil, todos de média renda e com grandes populações.

Atualmente, a Índia é um dos principais fabricantes e fornecedores de vacinas em todo o mundo, responde por, aproximadamente, 60% do total de vacinas fornecidas a UNICEF, uma vez que o custo de fabricação e dos ensaios clínicos na Índia é relativamente menor do que em países de alta renda (SHARUN e DHAMA, 2021). Vários institutos de pesquisa, produtores de vacinas, foram criados nesse país, nos últimos cinquenta anos (LAHARIYA, 2014). Inicialmente, as indústrias produtoras de vacina indianas eram públicas, no entanto, atualmente, praticamente, toda a produção situa-se no setor privado. Políticas de investimento, com participação de capital estrangeiro, tiveram papel importante no fortalecimento do setor de produção e exportação de vacinas e de outros insumos de saúde, atualmente, um dos mais importantes do mundo (GUPTA et al., 2013; LAHARIYA, 2014; CHATTERJEE et al., 2021).

A indústria farmacêutica indiana é considerada a terceira maior do mundo em termos de volume e a 14ª maior em termos de valor da produção. A produção indiana também domina seu mercado farmacêutico doméstico, com vários produtos biológicos fabricados em grande escala e a preços acessíveis. O país manteve a autossuficiência através da produção nacional de formulações (GUPTA et al., 2013; LAHARIYA, 2014; CHATTERJEE et al., 2021). Atualmente, a sua indústria farmacêutica vem ampliando sua capacidade de produção e investimentos para apoiar a proposta da OMS de aumentar a cobertura de vacinação para Covid-19 em países de baixa renda (GUPTA et al., 2013; LAHARIYA, 2014; CHATTERJEE et al., 2021). Entretanto, o país ainda enfrenta desafios para manter esse padrão de crescimento e autossuficiência como os altos custos ligados aos processos produtivos e de mão de obra especializada; dificuldades de introdução de novas vacinas em seu programa nacional de imunização (PNI) devido ao alto custo final por doses; e dificuldades relacionadas a proteção intelectual e patentes que acabam por limitar processos de inovação em LMIC (GUPTA et al., 2013; LAHARIYA, 2014; CHATTERJEE et al., 2021; KOLLER et al., 2021).

Outro país com experiência exitosa é a Indonésia, país de aproximadamente 270 milhões de habitantes, recentemente passou a financiar com recursos próprios a sua produção de vacinas, em virtude da mudança de sua classificação, pelo Banco Mundial, de país de renda baixa para média, o que acarretou a perda de financiamento por parte de doadores internacionais como a GAVI e resultou no crescimento da influência do governo do país no setor industrial da saúde (SUWANTIKA e POSTMA, 2014; FONJUN-

GO et al., 2020). O país é um dos mercados farmacêuticos de mais rápido crescimento na Ásia, mas a indústria biofarmacêutica está em estágio inicial. Além das vacinas tradicionais, a exposição da Indonésia à epidemia de gripe H5N1 (2005) e suas contribuições no monitoramento global de surtos de gripe impulsionaram o desenvolvimento de vacinas e fizeram da Indonésia um dos maiores exportadores desse imunobiológico, no Sudeste Asiático (FONJUNGO et al., 2020; WHO, 2022).

Atualmente, todas as vacinas usadas no PNI da Indonésia são fabricadas pela empresa pública Bio Farma, essas vacinas são pré-qualificadas pela OMS e conseguem acesso ao mercado global por meio de parcerias internacionais (SUWANTIKA e POSTMA, 2014; FONJUNGO et al., 2020; KARJOKO et al., 2020). Entre os desafios de longo prazo a serem enfrentados, destaca-se a insuficiência de quadros de profissionais especializados, o que implica em políticas intersetoriais com vistas a fortalecer a formação de técnicos e de pesquisadores. Além disso, os setores de exportação necessitam políticas de incentivos de investimentos estrangeiros (FONJUNGO et al., 2020; WICAKSONO et al., 2022).

Antes de apresentar a experiência chinesa, vale salientar que a história das instituições de pesquisa e fabricação de vacinas na China, tem início em 1919, logo após a Proclamação da República (1911). Atualmente, o país dispõe de 41 empresas que fabricam 55 tipos de vacinas, com produção anual de 700 milhões de doses, tornando o país um dos maiores produtores mundiais. Esse processo ocorreu em conjunto com a expansão do PNI chinês (HENDRIKS et al., 2010 ; XU et al., 2015; ZHENG et al., 2018).

A China também possui grande destaque pelos avanços no campo regulatório com foco em pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas. Em 2019, o país promulgou a Lei de Administração de Vacinas da República Popular da China para apoiar a pesquisa de vacinas, padronizou todo o gerenciamento do processo de pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição de vacinas. Com essa medida, estabeleceu a responsabilidade das empresas produtoras de vacinas a respeito da segurança desses imunobiológicos. Esse e outros avanços regulatórios do país permitiram que a China assumisse o papel de vanguarda durante as pesquisas e desenvolvimento de vacinas contra a Covid-19 (WANG e SHAO, 2021).

A indústria de vacinas chinesa estabeleceu ampla cooperação público-privada, nesse setor. Essas parcerias facilitaram o reconhecimento e a confiança internacional das empresas de vacinas chinesas em termos de gestão da qualidade de seus produtos e de seus técnicos. Atualmente, as vacinas produzidas no país estão entrando no mercado internacional, mediante solicitações de licença em órgãos regulatórios de vários países. No entanto, a exportação de vacinas sofre com a falta de ensaios clínicos multicêntricos e da pouca experiência com registro desses produtos em outros países (HENDRIKS et al., 2010; XU et al., 2015; ZHENG et al., 2018).

Por sua vez, o Brasil, a semelhança da Indonésia, possui sua trajetória como produtor de vacinas atrelada às necessidades do seu PNI, considerado um dos melhores do mundo (RISI JÚNIOR, 2003; HOMMA et al., 2020). O país possui conceituados Institutos de Pesquisa como o Instituto Butantan e o *Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos* (Unidade Técnico Científica da Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz), com reconhecida tradição no campo da pesquisa, desenvolvimento e produção em vacinas (RISI JÚNIOR, 2003; GADELHA et al., 2020; HOMMA et al., 2020; GUIMARÃES, 2021).

Apesar da atuação cada vez mais intensa das universidades, Institutos de Pesquisa e empresas brasileiras, nas áreas de desenvolvimento tecnológico e inovação, o número de patentes de vacinas no país ainda é baixo, indicando a necessidade de uma estratégia nacional de apoio ao fortalecimento dessa área (URTI et al., 2019; GADELHA et al., 2020; STÁVALE et al., 2020; CHAVES et al., 2021). Por sua vez, as empresas brasileiras ainda encontram dificuldades em relação a inovação, devido à falta de investimentos, legislações atualizadas e dependência externa de insumos estratégicos (HO et al., 2011; HOMMA et al., 2013; URTI et al., 2019; GADELHA et al., 2020; STÁVALE et al., 2020; CHAVES et al., 2021).

No Brasil a pesquisa, desenvolvimento e produção de imunobiológicos, especialmente as vacinas de uso humano, são apoiadas, predominantemente, por instituições governamentais vinculadas ao Ministério da Saúde (MS), como parte de uma estratégia que visa diminuir os custos e facilitar o acesso a vacinas e a outros imunobiológicos considerados essenciais para a população (HOMMA et al., 2020; GUIMARÃES, 2021). O *Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - Bio-Manguinhos / Fiocruz* e o Instituto Butantan detêm o grande mercado de vacinas do setor público brasileiro, os preços são fixados pelo MS e acompanham os preços cobrados por vacinas semelhantes pelo Fundo Rotatório da OPAS ou UNICEF (GADELHA et al., 2020; HOMMA et al., 2020; GUIMARÃES, 2021).

O setor farmacêutico no Brasil ainda não alcançou destaque em pesquisa e desenvolvimento, se comparadas com as congêneres estrangeiras, exceto no caso das vacinas. O desenvolvimento de vacinas por meio de transferência de tecnologia tem sido essencial para o PNI ampliar os tipos de vacina de rotina incluídas no calendário e atingir elevadas coberturas (HOMMA et al., 2020; GUIMARÃES, 2021).

A criação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) no início dos anos 2000, orientou e ampliou a pesquisa biotecnológica e a produção farmacêutica, de vacinas e kits de diagnóstico, e contribuiu para a geração de empregos e o crescimento econômico nacional incentivando as parcerias para desenvolvimento produtivo (GADELHA et al., 2020; ARAGÃO e FUNCIA, 2021).

A experiência adquirida com a pandemia de Covid-19 constitui importante subsídio para os futuros rumos da diplomacia de vacinas e na produção de novas políticas. O papel da Índia no exercício de sua diplomacia das vacinas, especialmente durante a pandemia, tem sido destaque dentre os LMIC. Recentemente, a Índia uniu-se a países vizinhos como Bangladesh e Mianmar em um projeto colaborativo de desenvolvimento de vacinas para o Covid-19. Além disso, o país investiu em tratados e acordos de cooperação visando desde o fornecimento de vacinas gratuitas aos países de baixa renda, a entrega de vacinas subsidiadas como parte do compromisso de distribuição equitativa e diminuição do preço das vacinas contra Covid-19 visando ampliar o acesso as mesmas. Com esses esforços, a Índia se destacará como a produtora de vacinas para o mundo e isso ajudará a fundir os laços diplomáticos com outras nações (BHATTACHARYA et al., 2021).

A participação em *hub* de transferência de *know-how*², como o caso da Bio-Manguinhos, no Brasil na iniciativa de desenvolvimento para vacinas com tecnologia de RNA mensageiro (mRNA), visando ampliar a produção e o acesso através de custos mais baixos. Também será fundamental para sedimentar novos caminhos em diplomacia de vacinas no futuro (FIOCRUZ, 2021).

PANDEMIA DE COVID-19 E SEGURANÇA SANITÁRIA: LIÇÕES APRENDIDAS E CAMINHOS PARA AUTOSSUFICIÊNCIA EM PAÍSES DE MÉDIA E BAIXA RENDA

Emergências de saúde pública como as epidemias de Zika e Ebola e a pandemia de Covid-19 trazem à luz a importância de reduzir as vulnerabilidades das sociedades às ameaças de doenças infecciosas que possam se espalhar pelas fronteiras nacionais. Nesse contexto, discursos relacionados à segurança sanitária tendem a ressignificar as doenças infecciosas como ameaça à segurança nacional, trazendo a linguagem e o pensamento do setor de segurança, preocupado em defender as fronteiras nacionais, não a saúde humana (HEYMANN et al., 2015).

² Nesse contexto entende-se pela proposta do *hub* elaborada pela OMS, o conhecimento para além de os mecanismos de transferência de tecnologia, como estratégias de financiamento, treinamento para recursos humanos, mudanças no âmbito regulatório, entre outros componentes visando a garantia da autossuficiência para uma produção nacional ou regional.

A pandemia do Covid-19 demonstrou como as desigualdades sociais pré-existentes influenciam o impacto social, econômico e de saúde das populações, mesmo após a pandemia. Ampliando as desigualdades, a Covid-19 teve um impacto profundo em mulheres e meninas, pessoas com deficiência, pessoas que vivem na pobreza e outros grupos de risco (HOTEZ, 2021; SINGH e CHATTU, 2021).

O combate à pandemia possui como uma das estratégias principais, o uso de vacinas de elevada eficácia e a sua aplicação com altas coberturas da população. No entanto, a aceitação e o acesso à vacina são afetados por múltiplos fatores, entre eles, o nível de desenvolvimento socioeconômico do país e a existência, em maior ou menor grau, de grupos populacionais socialmente vulneráveis. A falha em considerar as desigualdades sociais como fator relevante, afetará a aceitação da vacina e a cobertura da vacinação numa escala global, assim como, a segurança sanitária com foco na proteção dos indivíduos. Ou seja, o conceito de segurança sanitária precisa ter como sua base a segurança conferida pelo acesso a serviços de saúde, produtos e tecnologias de saúde seguras e eficazes (FUKUDA-PARR et al., 2021; HOTEZ, 2021; SINGH e CHATTU, 2021).

A corrida das vacinas durante a pandemia de Covid-19 evidenciou um retorno da discussão sobre a autossuficiência nacional na produção de vacinas (KATZ et al., 2021). Apesar dos incríveis resultados com trabalhos em colaborações, acordos diplomáticos e políticas que permitiram a aceleração no processo de pesquisa, desenvolvimento e produção de vacinas numa escala sem precedentes, esses esforços acabaram por beneficiar inicialmente um grupo seletivo de países de alta renda do norte global. Iniciativas como o *Operation Warp Speed*, que promoveram compras antecipadas de vacinas, ainda em processo de aprovação nos órgãos regulatórios dos países, alimentaram a premissa de que cada país é o único responsável por proteger sua própria população durante a pandemia (CHATTU et al., 2021; FUKUDA-PARR et al., 2021; KATZ et al., 2021; KIM et al., 2021). Esse comportamento dos países de alta renda em relação a compra da vacina perpetua a longa história de países poderosos garantindo para si vacinas e terapêuticas, sem considerar as necessidades de países de baixa renda, o que muitas vezes se mostrou ineficaz e até mesmo fatal, contribuindo para o surgimento de bolsões de suscetíveis por falta de acesso as vacinas, contribuindo para um potencial aumento de variantes de escape que podem alterar a eficácia das vacinas existentes (FUKUDA-PARR et al., 2021; KATZ et al., 2021; SINGH e CHATTU, 2021).

Essas desigualdades e comportamentos protecionistas de países revelam uma visão equivocada da saúde global e da segurança sanitária, na qual vacinas e medicamentos essenciais são tratados como um produto de mercado e não como um bem público. Sendo assim, as ações globais voltadas para promover a expansão da produção, distribuição e entrega de vacinas, em situações de emergência sanitária, considerando

os contextos locais, se torna um dos pilares para a garantia da segurança sanitária (MACDONALD et al., 2020; FUKUDA-PARR et al., 2021; KATZ et al., 2021; SINGH e CHATTU, 2021).

Como uma tentativa de mitigar as iniquidades existentes em relação ao acesso as vacinas contra a Covid-19, a OMS iniciou o programa COVAX. O foco principal desta iniciativa foi lançar vacinas para Covid-19 para todos os países em geral e, para 92 países de baixa renda, em particular, dentro dos primeiros 100 dias de 2021. Ao longo de 2021, a COVAX, governos de países de alta renda e a Federação Internacional de Fabricantes e Associações Farmacêuticas (IFPMA) promoveram a doação de vacinas como uma solução fundamental para o que o diretor-geral da OMS chamou de “*apartheid* de vacinas” (FUKUDA-PARR et al., 2021; SINGH e CHATTU, 2021; DE BENGNY PUYVALLÉE e STORENG, 2022). No entanto esse *apartheid* continua presente uma vez que grande parte do capital intelectual, insumos e infraestrutura para produção de vacinas em massa, concentrado entre países de alta renda do norte global.

Além de medidas de mitigação como parte de um processo de solução temporária a um cenário de crise, é preciso construir novas políticas que busquem aumentar a capacidade em termos de produção global de vacinas. Isto significa expandir o apoio ao desenvolvimento, fabricação, avaliação de desempenho e distribuição de vacinas e medicamentos para LMIC. É preciso garantir que as regras globais relacionadas a propriedade intelectual não impeçam avanços em pesquisa, produção, transferência de tecnologia ou o acesso equitativo a ferramentas essenciais de saúde para aumentar oportunidades de fabricação e acesso às vacinas, sem desencorajar a inovação (MACDONALD et al., 2020; HOTEZ et al., 2021; KATZ et al., 2021; SINGH e CHATTU, 2021).

No contexto da Covid-19, o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) foi identificado como uma das principais barreiras ao acesso às vacinas e medicamentos, particularmente para países LMIC. Sua exigência legal de proteção de patente para produtos farmacêuticos por até 20 anos, resultam em sanções comerciais, que contribuem para a centralização excessiva do processo de pesquisa, desenvolvimento, inovação e produção de vacinas (CHATTU et al., 2021).

Mesmo em uma situação em que houvesse isenções de patentes, muitos países simplesmente não possuem capacidade para desenvolver e produzir as vacinas de nova geração. As estratégias de investimento de longo prazo e cooperações em busca da autossuficiência na produção de vacinas, no sul global, são críticas para a garantia da segurança sanitária como estratégia de preparação para crises futuras. Essas cooperações não são entendidas apenas como uma questão de justiça social, mas também como uma resposta pragmática para resposta a contextos de emergência cada vez mais

globalizados (MACDONALD et al., 2020; FUKUDA-PARR et al., 2021; HOTEZ et al., 2021; SINGH e CHATTU, 2021).

Nesse sentido, países do sul global passaram a se organizar regionalmente traçando planos visando sua autossuficiência. Para a América Latina, as políticas e planos com foco em autossuficiência regional, em questões de saúde, exigirá investimentos substanciais em recursos a médio e longo prazos, especialmente para capacitar setores mais frágeis ou criar capacidade onde não há, como no caso das vacinas de mRNA (ECLAC, 2021). No entanto, a região também precisa financiar respostas de curto prazo a emergências, como a necessidade de obter vacinas Covid-19 no mercado internacional para proteger sua população. Seu plano possui linhas de ação que podem ser implementadas em nível regional ou sub-regional. Embora um plano dessa natureza exija capacitação em cada país, respeitando a existência de políticas nacionais, seu foco não está nas propostas domésticas, mas na cooperação e integração regional. Nesse sentido sete linhas principais de atuação foram priorizadas em conjunto com estratégias para identificar os principais interessados e avaliar capacidades em pesquisa, desenvolvimento e produção na indústria farmacêutica (ECLAC, 2021):

- Fortalecer os mecanismos para aquisição internacional conjunta de vacinas e medicamentos essenciais;
- Usar mecanismos de aquisição pública de medicamentos para desenvolver mercados regionais;
- Criar consórcios para o desenvolvimento e produção de vacinas;
- Implementar uma plataforma regional de ensaios clínicos;
- Aproveitar as flexibilidades regulatórias para obter acesso à propriedade intelectual;
- Fortalecer a convergência regulatória e os mecanismos de reconhecimento;
- Fortalecer as redes de assistência primária dos sistemas nacionais de saúde para distribuição equitativa de vacinas e acesso universal a elas.

De maneira similar os países do continente africano também buscam construir um plano de autossuficiência através de iniciativas de cooperação sustentáveis entre os governos do continente, o setor privado e outras partes interessadas, com atuações de base regional e continental, apoiadas por organismos e parceiros globais (ABIODUN et al., 2021; MASSINGA LOEMBÉ e NKENGASONG, 2021; OTU et al., 2021). Iniciativas e parcerias buscando identificar pontos prioritários para uma estratégia industrial de fabricação de vacinas, visando as capacidades existentes e pontos de expansão serão os passos iniciais. As principais instituições do continente, como o Departamento de Comércio e Indústria da Comissão da União Africana, o Banco Africano de Desen-

volvimento, o Banco Africano de Exportação-Importação e os Centros Africanos de Controle e Prevenção de Doenças precisarão estar articuladas e fortalecidas para reunir os seus conhecimentos e coordenar este esforço (ABIODUN et al., 2021; MASSINGA LOEMBÉ e NKENGASONG, 2021; OTU et al., 2021).

Além disso, a garantia de financiamento será fundamental, talvez seja possível viabilizá-la por meio de um fundo comum de investimento. Tal questão deve ser uma prioridade na agenda de autossuficiência do continente. No mais, estratégias com foco outras questões relacionadas a infraestrutura necessária ao apoio a produção de vacinas, precisarão ser constituídas, como avaliar modelos para fabricação, desenvolver planos para fortalecer a cadeias de produção e trabalhar com empresas de biotecnologia para alcançar o conhecimento técnico necessário (ABIODUN et al., 2021; MASSINGA LOEMBÉ e NKENGASONG, 2021; OTU et al., 2021).

Portanto, os mecanismos de governança da saúde global, comprometidos com a erradicação/eliminação de doenças e com o enfrentamento dos desafios frente a emergências sanitárias, devem priorizar ações com foco na superação das disparidades de saúde no sul global, bem como nas desigualdades existentes nos países. Isso porque, as desigualdades são fatores que influenciam negativamente o acesso às vacinas, e consequentemente, na busca pela segurança sanitária.

REFERÊNCIAS

ABIODUN, T.; ANDERSEN, H.; MAMO, L. T.; SISAY, O. **Vaccine Manufacturing in Africa: What It Takes and Why It Matters**. London: Tony Blair Institute, 2021. Disponível em: <https://www.institute.global/insights/public-services/vaccine-manufacturing-africa-what-it-takes-and-why-it-matters> Acesso em: 09 out. 2022.

ARAGÃO, E. S.; FUNCIA, F. R. Austeridade fiscal e seus efeitos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, p. 100521, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100521>.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, G. M.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R. A. A; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas intervenções e necessidades de pesquisa. **The Lancet**, v. 277, n. 9780, p. 1877-1889, 2011.

BHATTACHARYA, S.; SALEEM, S.; SHIKHA, D.; GOKDEMIR, O.; MEHTA, K. Role of vaccine science diplomacy in low-middle-income countries for eradicating the vaccine-preventable diseases: Targeting the “LAST MILE”. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 10, p. 2739-2744, 2021. https://doi.org/10.4103/jfmipc.jfmipc_2253_20

BUSS, P. M.; BURGER, P. **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. 455 p.

CHATTERJEE, N. et al. Politics of Vaccine Nationalism in India: Global and Domestic Implications. **Forum for Development Studies**, v. 48, n. 2, p. 357–369, 2021. <https://doi.org/10.1080/08039410.2021.1918238>

CHATTU, V. K.; SINGH, B.; KAUR, J.; JAKOVLJEVIC, M. COVID-19 Vaccine, TRIPS, and Global Health Diplomacy: India’s Role at the WTO Platform. **BioMed Research International**, v. 2021, 6658070, 2021.

CHAVES, G. C.; MORAES, E. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estratégias de produção e aquisição de produtos farmacêuticos em contexto de dependência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 12 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036821>

CRAGER, S. E. Improving Global Access to New Vaccines: Intellectual Property, Technology Transfer, and Regulatory Pathways. **American Journal of Public Health**, v. 108, Supl 6, S414–S420, 2018. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302236r>

CEPI - COALITION FOR EPIDEMIC PREPAREDNESS INNOVATIONS. CEPI | **New Vaccines For A Safer World**. Disponível em: <https://cepi.net/>. Acesso em: 19 set. 2022.

CORTES, M. A.; CARDOSO, D.; FITZGERALD, J.; DIFABIO, J. L. Public vaccine manufacturing capacity in the Latin American and Caribbean region: current status and perspectives. **Biologicals: Journal of the International Association of Biological Standardization**, v. 40, n. 1, p. 3-14, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.biologicals.2011.09.013> Acesso em: 3 abr. 2023.

DE BENGUY PUYVALLÉE, A.; STORENG, K. T. COVAX, vaccine donations and the politics of global vaccine inequity. **Globalization and Health**, v. 18, n. 1, p. 1-14, 1 dez. 2022. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00801-z>

DOBERTY, M.; BUCHY, P.; STANDAERT, B.; GIAQUINTO, C.; PRADO-COHRN, D. Vaccine impact: Benefits for human health. **Vaccine**, v. 34, n. 52, p. 6707-6714, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.10.025>

DUCLOS, P.; OKWO-BELE, J. M.; GACIC-DOBO, M.; CHERIAN, T. Global immunization: status, progress, challenges and future. **BMC International Health and Human Rights**, v. 9, s. 1, s2, 2009. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-S1-S2>

DCVMN - DEVELOPING COUNTRIES VACCINE MANUFACTURING NETWORK. Disponível em: <https://www.dcvmn.org/>. Acesso em: 23 maio 2023.

ECLAC - ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN. **Plan for self-sufficiency in health matters in Latin America and the Caribbean**: Lines of action and proposals. NU; CEPAL. Santiago: ECLAC, 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/en/publications/47253-plan-self-sufficiency-health-matters-latin-america-and-caribbean-lines-action-and>. Acesso em: 9 out. 2022.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Bio-Manguinhos/Fiocruz é selecionado como hub da OMS para vacina de mRNA** - Bio-Manguinhos/Fiocruz | | Inovação em saúde | | Vacinas, kits para diagnóstico e biofármacos. 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2603-bio-manguinhos-fiocruz-e-selecionado-como-hub-da-oms-para-vacina-de-mrna>. Acesso em: 8 out. 2022.

FONJUNGO, F.; BANERJEE, D.; ABDULAH, R.; DIANTINI, A.; KUSUMA, A. S. W.; PERMANA, M. Y.; SUWANTIKA, A. A. Sustainable Financing for New Vaccines in Indonesia: Challenges and Strategies. **Sustainability**, v. 12, n. 21, 9265, 2020. <https://doi.org/10.3390/su12219265>.

FUKUDA-PARR, S.; BUSS, P.; ELY YAMIN, A. Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, p. e006392, 1 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006392>

GADELHA, C. A. G.; NASCIMENTO, M. A. C.; BRAGA, P. S. C.; CESÁRIO, B. B. Transformações e assimetrias tecnológicas globais: estratégia de desenvolvimento e desafios estruturais para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2119–2132, 2018.

GADELHA, C. A. G.; DA COSTA BRAGA, P. S.; MONTENEGRO, K. B. M.; CESÁRIO, B. B. Acesso a vacinas no Brasil no contexto da dinâmica global do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, Sup 2, e00154519, 2020.

GAVI - GLOBAL ALLIANCE FOR VACCINES AND IMMUNISATION. [2022?]. Disponível em: <https://www.gavi.org> Acesso em: 03 abr. 2023.

GIANFREDI, V.; FILIA, A.; ROTA, M. C.; CROCI, R.; BELLINI, L.; ODOE, A.; SIGNORELLI, C. Vaccine Procurement: A Conceptual Framework Based on Literature Review. **Vaccines**, v. 9, n. 12, 1434, 2021. <https://doi.org/10.3390/vaccines9121434>.

GUIMARÃES, R. Vacinas: Da Saúde Pública ao Big Business. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1847–1852, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.03062021>

GUPTA, S. S.; NAIR, G. B.; ARORA, N. K.; GANGULY, N. K. Vaccine development and deployment: Opportunities and challenges in India. **Vaccine**, v. 31, n. SUPPL2, p. B43–B53, 18 abr. 2013.

HENDRIKS, J.; LIANG, Y.; ZENG, B. China’s emerging vaccine industry. **Human Vaccines**, v. 6, n. 7, p. 602–607, 2010. <https://doi.org/10.4161/hv.6.7.11933>

HEYMANN, D. L. et al. Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. **The Lancet**, v. 385, n. 9980, p. 1884–1901, 9 maio 2015.

HILLEMANN, M. R. Vaccines in historic evolution and perspective: A narrative of vaccine discoveries. **Vaccine**, v. 18, n. 15, p. 1436–1447, 2000. [https://doi.org/10.1016/S0264-410X\(99\)00434-X](https://doi.org/10.1016/S0264-410X(99)00434-X)

HO, P. L.; MIYAJI, E. N.; OLIVEIRA, M. L. S.; DE OLIVEIRA DIAS, W.; KUBRUSLY, F. S.; TANIZAKI, M. M.; MARTINS, E. A. L.; RAW, I. Economical Value of Vaccines for the Developing Countries — The Case of Instituto Butantan, a Public Institution in Brazil. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 5, n. 11, p. e1300, nov. 2011. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001300>

HOLMBERG, C.; BLUME, S.; GREENOUGH, P. (Eds.) **The Politics of Vaccination**. A global history. Manchester: Manchester University Press, 2017.

HOMMA, A.; TANURI, A.; DUARTE, A. J. S.; MARQUES, E.; DE ALMEIDA, A.; MARTINS, R.; SILVA-JUNIOR, J. B.; POSSAS, C. Vaccine research, development, and innovation in Brazil: A translational science perspective. **Vaccine**, v. 31, n. SUPPL2, p. B54–B60, 18 abr. 2013.

HOMMA, A.; POSSAS, C.; DE NORONHA, J. C.; GADELHA, P. (Orgs.). **Vacinas e vacinação no Brasil: horizontes para os próximos 20 anos**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020. 244 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45003>. Acesso em: 09 abr. 2023.

HOTEZ, P. J. Peace through vaccine diplomacy. **Science**, v. 327, n. 5971, p. 1301, 2010. <https://doi.org/10.1126/science.1189028>

HOTEZ, P. J. “Vaccine Diplomacy”: Historical Perspectives and Future Directions. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 8, n. 6, e2808, 2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002808>

- HOTEZ, P. J. **Prevenindo a próxima pandemia**: Diplomacia das vacinas em tempos de anticiência. 1. ed. Porto Alegre: Grupo a Educação S/A Rio, 2021. 180 p.
- JENSEN, N.; BARRY, A.; KELLY, A. H. More-than-national and less-than global: The biochemical infrastructure of vaccine manufacturing. **Economy and Society**, v. 52, n. 1, p. 9-36, 2022. <https://doi.org/10.1080/03085147.2022.2087899>
- KARJOKO, L. et al. Patent policy on the pharmaceutical sector in Indonesia. **Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues**, v. 23, n.5, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.abacademies.org/articles/patent-policy-on-the-pharmaceutical-sector-in-Indonesia-1544-0044-23-5-548.pdf> Acesso em: 09 abr. 2023.
- KATZ, I. T.; WEINTRAUB, R.; BEKKER, L. G.; BRANDT, A. M. From Vaccine Nationalism to Vaccine Equity — Finding a Path Forward. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 14, p. 1281-1283, 8 abr. 2021. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2103614>. Acesso em: 9 out. 2022.
- KIM, J. H. et al. Operation Warp Speed: implications for global vaccine security. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 7, p. e1017–e1021, 1 jul. 2021.
- KOLLER, C. N.; SCHWERZMANN, C. J.; LANG, A. S. A.; ALEXIOU, E.; KRISHNAKUMAR, J. Addressing Different Needs: The Challenges Faced by India as the Largest Vaccine Manufacturer While Conducting the World’s Biggest COVID-19. **Epidemiologia**, v. 2, n. 3, p. 454-470, 2021. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia2030032>
- LAHARIYA, C. A brief history of vaccines & vaccination in India. **Indian Journal of Medical Research**, v. 139, n. 4, p. 491-511, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24927336/> Acesso em: 07 abr. 2023.
- LEVINE, O. S.; BLOOM, D. E.; CHERIAN, T.; DE QUADROS, C.; SOW, S.; WICKER, J.; DUCLOS, P.; GREENWOOD, B. The future of immunisation policy, implementation, and financing. **The Lancet**, v. 378, n. 9789, p. 439–448, 30 jul. 2011.
- MACDONALD, N. et al. Global vaccine action plan lessons learned I: Recommendations for the next decade. **Vaccine**, v. 38, n. 33, p. 5364–5371, 14 jul. 2020.
- MASSINGA LOEMBÉ, M.; NKENGASONG, J. N. COVID-19 vaccine access in Africa: Global distribution, vaccine platforms, and challenges ahead. **Immunity**, v. 54, n. 7, p. 1353–1362, 13 jul. 2021.
- OTU, A.; OSIFO-DAWODU, E.; ATUHEBWE, P.; AGOGO, E.; EBENSO, B. Beyond vaccine hesitancy: time for Africa to expand vaccine manufacturing capacity amidst growing COVID-19 vaccine nationalism. **The Lancet Microbe**, v. 2, n. 8, p. e347–e348, 1 ago. 2021. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00126-9](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00126-9).

PALOMARES, L. A. Vaccine manufacturing is essential to ensure access. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 18, n. 4, e2060616, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2060616>.

PECETTA, S.; NANDI A.; WELLER, C.; HARRIS, V.; FLETCHER, H.; SCORZA, F. B.; PIZZA, M.; SALISBURY, D.; MOXON, R.; BLACK, S.; BLOOM, D. E.; RAPPUOLI, R. Vaccines for a sustainable planet. **Science Translational Medicine**, v. 15, n. 685, eadf1093, 2023.

PLOTKIN, S. A. Six revolutions in vaccinology. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 24, n. 1, p. 1-9, jan. 2005a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15665703/>. Acesso em: 17 set. 2022.

PLOTKIN, S. A. Vaccines: past, present and future. **Nature Medicine**, v. 11, n. 4, p. S5–S11, 2005b. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nm1209>. Acesso em: 17 set. 2022.

PLOTKIN, S.; ROBINSON, J. M.; CUNNINGHAM, G.; IQBAL, R.; LARSEN, S. The complexity and cost of vaccine manufacturing – An overview. **Vaccine**, v. 35, n. 33, p. 4064-4071, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.06.003>.

RAPPUOLI, R.; BLACK, S.; BLOOM, D. E. Vaccines and global health: In search of a sustainable model for vaccine development and delivery. **Science Translational Medicine**, v. 11, n. 497, eaaw2888, 2019. <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.aaw2888>

RISI JÚNIOR, J. B. A produção de vacinas é estratégica para o Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. suppl 2, p. 771-783, 2003. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000500015>

SHARUN, K.; DHAMA, K. India's role in COVID-19 vaccine diplomacy. **Journal of Travel Medicine**, v. 28, n. 7, p. 1-4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taab064>

SINGH, B.; CHATTU, V. K. Prioritizing 'equity' in COVID-19 vaccine distribution through Global Health Diplomacy. **Health Promotion Perspectives**, v. 11, n. 3, p. 281, 1 ago. 2021. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.36>

SPARKE, M.; LEVY, O. Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccines: Vaccine Diplomacy and Vaccine Charity Versus Vaccine Liberty. **Clinical Infectious Diseases**, v. 75, Issue Supplement_1, p. S86–S92, 2022. <https://doi.org/10.1093/cid/ciac361>

STÁVALE, C. M.; LEAL, M. L.; FREIRE, M. S. Regulatory evolution and challenges from the perspective of public laboratories vaccine producers in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, Suppl 2, p. e00202219, 2020.

STERN, A. M.; MARKEL, H. The History Of Vaccines And Immunization: Familiar Patterns, New Challenges. **Health Affairs**, v. 24, n. 3, p. 611-621, 2005. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.3.611>.

SUWANTIKA, A. A.; POSTMA, M. J. Expanding access to non-traditional vaccines: a perspective from Indonesia. **Expert Review of Vaccines**, v. 13, n. 12, p. 1419-1421, 2014. <https://doi.org/10.1586/14760584.2014.944165>

URTI, C. T.; CLARA, M.; SOARES, C.; VARGAS, M. Priorização das necessidades do sistema público de saúde e produção de ciência, tecnologia e inovação no Brasil. CTS: **Revista iberoamericana de ciencia, tecnología y sociedad**, v. 14, n. 40, p. 135, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6873897&info=resumen&idioma=ENG>. Acesso em: 27 mar. 2023.

WALDMAN, E. A. Poliomielite e seu Controle pela Imunização. Capítulo 1. In: RISI JUNIOR, J. B. (Org.). **Poliomielite no Brasil: do reconhecimento da doença ao fim da transmissão**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2019. p. 19-46.

WANG, G.; SHAO, M. The development of China's vaccine industry in the past decade: the perspective from drug regulatory science. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 17, n. 12, p. 5666-5672, 2021. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.2002640>

WICAKSONO, R. M. T. A. D.; HIRAWAN, F. B.; RAGAMUSTARI, S. K. An Analysis of Indonesia's Free and Active COVID-19 Vaccine Diplomacy. **Jurnal Hubungan Internasional**, v. 11, n. 1, p. 32-45, 2022. <https://doi.org/10.18196/jhi.v11i1.13087>

WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Twenty-seventh World Health Assembly**. May 1974: part I: resolutions and decisions: annexes. Geneva: WHO, 1974. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85874>. Acesso em: 28 mar. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global vaccine market report**. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311278>. Acesso em: 28 mar. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Immunization Agenda 2030: A Global Strategy To Leave No One Behind**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>. Acesso em: 28 mar. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Vaccine manufacturing workshop for South-East Asia and the Western Pacific Regions Meeting report**. 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/359113/9789240052017-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 mar. 2023.

XU, M.; LIANG, Z.; XU, Y.; WANG, J. Chinese vaccine products go global: vaccine development and quality control. **Expert Review of Vaccines**, v. 14, n. 5, p. 763-773, 2015. <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.1012503>

ZHENG, Y.; RODEWALD, L.; YANG, J.; QIN, Y.; PANG, M.; FENG, L.; YU, H. The landscape of vaccines in China: history, classification, supply, and price. **BMC Infectious Diseases**, v. 18, 502, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3422-0>

3

BRICS na produção e distribuição de vacinas Covid-19: cooperação em saúde ou oportunidades econômicas?¹

Anízia Aguiar Neta
Helena Ribeiro

¹Este capítulo tem como base a tese da primeira autora. AGUIAR NETA, A. Covid-19 e a Diplomacia da Saúde no BRICS: um estudo à luz da Saúde Global. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

INTRODUÇÃO

Os países do grupo econômico BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) estão entre aqueles gravemente afetados pela Covid-19, tendo chegado a registrar 1 milhão de mortes entre o início da pandemia (março de 2020) e julho de 2021 (OPAS, [2020]). Em meio às perdas humanas e econômicas, China, Rússia e Índia investiam fortemente em tecnologias para a produção de vacinas, vindo a destacar-se entre os maiores produtores mundiais. Parte dessa produção foi destinada aos países pobres, cuja taxa de vacinação alcançou, entre maio e setembro de 2021, apenas 3% da população, devido à acumulação de doses pelos países ricos, o que resultou na manutenção do descontrole da doença nos países do sul global (UNDP, [2021]).

O BRICS vem defendendo, ao longo dos anos, uma diplomacia que leve em conta “temas de interesse para os países em desenvolvimento” e reflita os “desafios modernos para a população do planeta” (BUSS e TOBAR, 2017). A expectativa do mundo em relação ao Grupo, no que diz respeito à pandemia da Covid-19, baseou-se no seu peso político e econômico, em nível global, já que em 2020, o PIB do BRICS, impulsionado pela China e pela Índia, totalizou aproximadamente 25% do PIB mundial (US\$ 21 trilhões), e sua participação no comércio internacional girou em 20% (US\$ 6,7 trilhões).

O poder econômico e as expertises particulares do BRICS foram ainda mais evidenciadas no contexto pandêmico porque, além da oferta de vacinas contra a Covid-19 para o mundo (doze das vinte vacinas produzidas e aprovadas até setembro de 2020 foram concebidas e desenvolvidas no BRICS), os países também produzem Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA), tecnologias para diagnosticar, prevenir e tratar a doença, e vacinas para diversas outras doenças do mundo contemporâneo.

As demandas políticas, econômicas, sociais e sanitárias geradas ou exacerbadas pela Covid-19 exigem das nações uma cooperação internacional forte, com ações intersetoriais e multinível (RITSAR, 2020). O BRICS obteve destaque por seu reiterado compromisso em colaborar com o fortalecimento dos sistemas de saúde, através da oferta de tecnologias estratégicas para capacitar os países em desenvolvimento.

As declarações de compromisso do BRICS com a vacinação do mundo contra a Covid-19, feitas durante as reuniões de cúpula em 2020 e 2021, também contribuíram para que aumentassem as expectativas por um salto de qualidade na execução de ações diplomáticas assertivas, cujo principal ingrediente seria a solidariedade nas relações intra e extrabloco. Essa solidariedade deveria ser demonstrada pela valorização e adoção de

mecanismos decisivos para a imunização segura e definitiva de todos, especialmente dos países do sul global. Buss (2021, p. 250) afirma que:

(...) uma das principais lacunas expostas durante essa pandemia foi a falta de solidariedade e compartilhamento internacional: o compartilhamento de dados de patógenos, informações epidemiológicas, recursos e tecnologias (particularmente as vacinas tão imprescindíveis).

A Reunião dos Chanceleres do BRICS, ocorrida em 2021, reiterou a intenção solidária dos países em relação à necessidade de isenção temporária da propriedade intelectual da vacina contra a Covid-19 (além de desencorajar a implementação de medidas que pudessem dificultar o fluxo de vacinas, produtos de saúde e insumos essenciais). A expectativa era de que este fato viesse a contribuir para desembaraçar a vacinação extensiva a partir do compartilhamento de doses, transferência de tecnologia, desenvolvimento de capacidades locais de produção e cadeias de abastecimento de produtos médicos, e a promoção da transparência de preços (MRE, 2021).

A Covid-19 ampliou a necessidade de entendimento do conceito de “Problemas Intergovernamentais Complexos” – *Complex Intergovernmental Problems* (CIP) (PAQUET e SCHERTZER, 2020) e reiterou o potencial do BRICS para apresentar respostas eficazes em situações de emergência em saúde global. Contudo, também explicitou as fragilidades dos sistemas de saúde em todo o mundo, e a necessidade de uma urgente reformulação da governança da saúde global, que se mostre comprometida com a saúde pública e capaz de atuar para além de arranjos precipitados que mais favorecem a privatização da saúde e promovem uma falsa ideia de segurança sanitária (GOSTIN et al., 2020).

O BRICS contribuiu com a produção de conhecimentos científicos sobre o SARS-CoV-2 e o seu controle, defendendo a vacina como um bem público global, e a vacinação segura e eficaz de todas as pessoas, em todos os lugares.

O capítulo faz uma análise sobre a atuação do BRICS nos dois primeiros anos da pandemia Covid-19 (2020 e 2021), tendo como principal contribuição a apresentação de dados e informações sobre: a) as principais estratégias de gestão do sistema de saúde dos países para lidar com a pandemia; e b) as vacinas produzidas, autorizadas e comercializadas no/pelo BRICS e o progresso da vacinação, por país, durante o ano de 2021. A análise se dá a partir da interpretação de documentos e artigos científicos e jornalísticos (sendo estes últimos de grande utilidade, considerando que a pandemia é um problema em curso), em diálogo com importantes autores da Diplomacia da Saúde e da Saúde Global.

ASPECTOS DA GESTÃO DA COVID-19 NOS PAÍSES DO BRICS: DIFERENTES REALIDADES, ENORMES DESAFIOS

As estratégias que os países adotam quando acontece uma emergência de saúde pública de importância internacional são decisivas para o controle da doença. Cueto (2015) contribui para esta compreensão ao mostrar a importância de a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumir a responsabilidade de determinar tais situações. O autor esclarece que a propagação dos microrganismos transmissores de doenças pode demandar ações de educação da população para o seu controle – como aconteceu no México durante a epidemia de H1N1, em 2009 – e alerta para a possibilidade de alguns governos, ao buscarem proteger interesses particulares, não darem a devida atenção ou adotarem as medidas necessárias em uma emergência de saúde:

Atualmente uma das principais normas para o controle de doenças emergentes e reemergentes é o Regulamento Sanitário Internacional da OMS (RSI), aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2005. O Regulamento incorporou metas novas e ambiciosas, como a de transferir à OMS poder de determinação sobre quando um evento era uma emergência internacional de saúde, afastando essa função dos governos, que muitas vezes preferiam esconder epidemias por temor das consequências econômicas e a queda do fluxo turístico (CUETO, 2015, p. 74).

A estrutura política e administrativa de cada um dos países do BRICS influenciou diretamente suas respostas aos desafios da pandemia Covid-19, e os desdobramentos, tanto positivos quanto negativos dessas respostas, continuarão a exercer influência sobre o futuro sanitário das nações. Portanto, os danos sociais, econômicos e sanitários, devem ser tratados a partir da visão de “um multilateralismo ativo e generoso, (...) por meio de uma ativa diplomacia da saúde” (BUSS e FONSECA, 2020, p. 15).

Os países do BRICS se destacaram na corrida para conhecer, tratar e prevenir contra o SARS-CoV-2, embora, em todo o mundo, os especialistas tenham trabalhado arduamente, durante o primeiro semestre de 2020, para estabelecer o padrão de transmissão do vírus, com o fim de orientar a população sobre as maneiras de proteção mútua. Esta realidade gerou a formulação de frequentes novas orientações a respeito do uso de equipamentos e práticas de proteção individual. A criação de novos protocolos e novas maneiras de treinar as equipes, bem como a aquisição ou produção de equipamentos inovadores para tratar os infectados não se mostraram suficientes, o que levou o mundo a repensar políticas, gestão e procedimentos para lidar com uma emergência de saúde global. O próprio Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 2005, deverá

passar por uma reformulação, de maneira a agregar conhecimentos para subsidiar as nações quando tiverem que lidar com possíveis novas situações dessa natureza.

A constatação da necessidade de reformulação do RSI rendeu um debate rico em ideias durante a 74ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada entre 24 de maio e 1º de junho de 2021. Os encaminhamentos da Assembleia resultaram na criação do Grupo de Trabalho dos Estados-membros da OMS sobre o “Fortalecimento da Preparação e Resposta a Emergências de Saúde da OMS”, cujo objetivo é analisar a elaboração de um possível novo instrumento internacional e pensar as reformulações do RSI.

Para Fukuda-Parr et. al. (2021) qualquer que seja o instrumento que se proponha a tratar sobre a necessidade de reformulação do RSI (convenção, acordo ou mesmo um instrumento internacional da OMS) deve considerar que “este não deveria ser o momento apenas para pequenas mudanças e soluções temporárias, mas uma oportunidade de propostas ousadas e posterior cumprimento efetivo dos compromissos assumidos”.

Buss (2021, p. 253) enfatiza que:

(...) o enfoque central dos regimes globais de segurança sanitária, notadamente o RSI, é criar um sistema de alto desempenho para vigilância de surtos de novos patógenos, que possam proteger a saúde pública e os interesses econômicos (especialmente o comércio internacional) do Norte Global das doenças que, se presume, acometeriam sem controle o Sul.

A ênfase na necessidade de priorizar a criação de sistemas e instrumentos de segurança sanitária sensíveis à proteção da saúde pública e à proteção das economias das nações do norte global, cujos danos podem comprometer gravemente os países do sul global, tem perfeita aplicação à compreensão dos graves danos causados pela pandemia de Covid-19.

Brasil

No Brasil a gestão da pandemia seguiu as orientações da política de saúde vigente, que atribui às equipes médicas dos estados e municípios a administração das situações sanitárias ocorridas neste âmbito. E, ao governo Federal coube definir a política e os protocolos de saúde a serem adotados nas situações cotidianas da saúde, ou mesmo em situações emergenciais.

A pandemia de Covid-19 aconteceu num contexto em que o Brasil passava por um momento de importantes fragilidades políticas, as quais se refletiram no controle da

doença pelo seu Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é um sistema público de saúde, gratuito, cujos princípios são a universalidade, a equidade e a integralidade. Ou seja, deve atender a todos os habitantes do país, independentemente de sua contribuição, em todos os níveis de atenção e de complexidade, incluindo a reabilitação. Cerca de 80% da população do país depende do sistema para prevenção e tratamento de saúde. Durante a pandemia de Covid-19, o SUS teve sua capacidade demandada ao máximo e suas debilidades expostas.

O Ministério da Saúde (MS) acreditava, inicialmente, que existia, em cada estado brasileiro, pelo menos uma unidade de referência do SUS preparada para lidar com as pessoas infectadas pelo vírus SARS-CoV-2. Entretanto, os procedimentos de praxe adotados numa epidemia, como foi a de ebola em 2014 (CUETO, 2015; BRASIL, 2018), mostraram-se ineficazes no caso da Covid-19, exigindo das equipes de saúde e das autoridades sanitárias inovação, inventividade, disposição para lidar e fazer frente à ameaça e, principalmente, a capacidade de manterem-se saudáveis enquanto conviviam diariamente nos ambientes infectados pelo vírus mortal. Não apenas o Brasil, mas todas as nações do mundo estavam diante de uma realidade que pode ser entendida – quando se observam as implicações sociais e epidemiológicas produzidas pelo vírus SARS-CoV-2 – como uma “sindemia, em que crises – sanitária, econômica, social e política – sobrepostas exacerbaram o sofrimento das pessoas, seja por sinergias biológicas entre estados de doença, seja por interações entre processos biológicos e sociais” (SOUZA e GIOVANELLA, 2021, p. 139).

Nesse contexto, as pressões sobre o SUS fizeram o sistema quase entrar em colapso em muitos estados brasileiros. Houve o desabastecimento geral de várias unidades de saúde, hospitais, farmácias etc. Os profissionais ficaram sobrecarregados e os hospitais adotaram o esquema de atendimentos eletivos diante das demandas dos casos de Covid-19.

As demandas pelos serviços do SUS durante a pandemia foram objeto dos estudos de Souza e Giovanella (2021), que analisaram as respostas do Sistema e as publicaram como um capítulo de livro intitulado “Os Serviços de Saúde sob o Impacto da Covid-19”. Para estes autores, a iniciativa de enfrentamento à pandemia no Brasil foi, na prática, desenvolvida nos níveis estadual e municipal; no nível federal a contribuição se restringiu ao lançamento, em maio de 2020, de um “Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde”, cujo objetivo era oferecer suporte aos estados e municípios quanto aos procedimentos a serem adotados.

Giovanella et. al. (2021) explicam que a Atenção Primária à Saúde (APS) experimentou uma “reinvenção” para lidar com a pandemia. No contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) teve participação determinante, pautada no conhecimento da realidade dos

territórios, sua população e suas vulnerabilidades, sendo possível intervir, de maneira assertiva, com o envolvimento das organizações comunitárias, que atuaram solidariamente junto à intersetorialidade, criando processos de trabalho e tornando possível garantir as ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. A longa experiência em campanhas de vacinação do SUS contribuiu para que, rapidamente, fossem montadas equipes de vacinação em todo território nacional. A distribuição gratuita de vacinas a todos, iniciando por faixas etárias de maior risco e sem privilegiar níveis econômicos, deu credibilidade ao processo de vacinação, a despeito de atitudes contrárias do governo federal no início da pandemia.

O enfrentamento à pandemia atribuiu maior valor ao SUS, que atuou a partir da gestão tripartite e possibilitou o protagonismo das secretarias estaduais de saúde, embora persista a tendência de “manutenção da fragmentação e segmentação dos sistemas e do distanciamento de uma atenção integral, com ações articuladas de promoção da saúde e de prevenção e tratamento de doenças e agravos” (SOUZA e GIOVANELLA, 2021, p. 145).

A performance obtida pelo SUS no enfrentamento à pandemia mostra a necessidade de ampliar os investimentos para que seja possível alcançar sua sustentabilidade. Há que se conquistar aquilo que os autores denominam de ‘soberania sanitária’, a qual demanda amplos investimentos em pesquisa nas áreas médica, social, humana e tecnológica.

Rússia

A Rússia, que vem experimentando uma reestruturação de seu sistema de governança pública desde o colapso da União Soviética em 1990 (BARABASHEV e KLIMENKO, 2017), reagiu à pandemia de Covid-19 a partir da identificação dos pontos frágeis que poderiam influenciar o avanço da doença.

Sorôkina (2020) destacou, entre as medidas imediatas do governo da Rússia ao ser declarada a pandemia pela OMS, o fechamento das fronteiras, o cancelamento de voos internacionais, a interrupção da emissão de vistos para cidadãos chineses e até a expulsão destes, e a proibição de eventos públicos com grande quantidade de pessoas. O governo russo cancelou, inclusive, o maior evento econômico anual do país, o Fórum Econômico de São Petersburgo, programado para acontecer em junho de 2020. Todas essas medidas tinham a intenção de evitar que a situação sanitária da Itália e da China se repetisse na Rússia.

Desde o início da pandemia, diferentes sites russos passaram a divulgar matérias que informavam sobre o pensamento do mandatário da Rússia, Vladimir Putin. Em outubro de 2020, durante a 17ª Reunião Anual do Clube Valdai de Discussões Internacionais, dedicada, nesse ano, a debater os assuntos relacionados à pandemia, o presidente da Rússia fez um discurso em que destacou a importância de um sistema de saúde robusto para enfrentar uma emergência de saúde como a Covid-19.

De acordo com declarações do governo em diferentes canais de internet, o país encontrou o equilíbrio para lidar com a pandemia a partir da priorização da vida e da saúde dos cidadãos, combinando este ponto com a proteção da economia do país. Ainda assim, o governo reconheceu a necessidade de maiores investimentos do orçamento federal para fortalecer o sistema de saúde, de maneira que o país pudesse alcançar o equilíbrio entre as diferentes áreas, embora haja registros de ações como a ampliação dos leitos de UTI para atender aos infectados pelo SARS-Cov-2. Além disso, o governo decidiu pela desconcentração dos equipamentos em áreas urbanas para dar lugar a uma distribuição mais equitativa no país, ponto importante na reorganização das ações de assistência à saúde.

Outro ponto destacado pelo governo da Rússia, em 2020, foi referente às sanções econômicas impostas pelo Ocidente aos países em situação sanitária crítica devido à Covid-19. A Rússia atuou junto aos países e, também, junto às Nações Unidas para obter a suspensão de todas as sanções econômicas, mesmo que temporariamente, como uma decisão baseada em valores humanitários. De acordo com esse pensamento, os países mais afetados pela Covid-19 teriam maior acesso a empréstimos, por exemplo, para garantir a aquisição de suprimentos médicos, equipamentos e transferência tecnológica.

O discurso do presidente da Rússia revela que existem fragilidades no sistema de saúde do país, o que não difere do que acontece nos outros países do BRICS. Existe, portanto, a necessidade de repensar as políticas de saúde, de maneira que estas contemplem a realidade sanitária do país e garantam a atenção e promoção à saúde, e a prevenção e o tratamento das doenças, com a garantia do acesso igualitário aos serviços. A Rússia também precisa rever sua atuação e seu desempenho no enfrentamento à Covid-19, tendo como ponto focal o risco de futuras novas pandemias, uma possibilidade real já apontada por diferentes estudiosos.

Dentre todas as ações do governo russo para lidar com a pandemia, o maior destaque foi a criação da vacina *Sputnik V*, cujas motivações e desdobramentos são discutidos nos tópicos específicos sobre a produção de vacinas no BRICS.

Índia

No que diz respeito ao enfrentamento à Covid-19 por parte do governo da Índia, um estudo realizado pelo Núcleo de Estudos do BRICS (NEBRICS) mostrou que o país, ainda no início do segundo semestre da pandemia, apresentou uma alta taxa de mortalidade pela doença (8,18 hab./100 mil), levando a um recuo da economia em relação ao primeiro semestre de 2020.

Os dados do NEBRICS (2020) mostram que o governo da Índia investiu, no primeiro semestre de 2020, US\$ 277 bilhões para gerar garantia de crédito e incentivos fiscais para empresas, e atuou para controlar a pandemia a partir do monitoramento de possíveis novos casos, associando esta estratégia à produção de medicamentos, testes, equipamentos de proteção individual e respiradores, além de determinar à população um severo *lockdown*, ações que se mostraram insuficientes para evitar a infecção de quase oitenta mil novas pessoas até setembro daquele ano.

Estudos realizados por Statista [2021] mostram que a Índia é, entre os países do BRICS, a economia que mais cresce, tendo ultrapassado a China, que ocupou esta posição durante boa parte das duas últimas décadas. Os dados mostram que dois momentos, o da crise financeira global, em 2008, e o da pandemia da Covid-19, em 2020, foram os que mais comprometeram o PIB dos países do BRICS, sendo que a China e a Índia se mantiveram em crescimento.

O programa de saúde do governo da Índia *Ayushman Bharat* também foi fortemente demandado durante a pandemia de Covid-19. O projeto de sua criação contemplava o beneficiamento de 2,33 milhões de famílias que vivem nas áreas urbanas e 8,03 milhões de famílias rurais da Índia, com impactos de longo alcance, sendo considerado pelo próprio governo uma iniciativa revolucionária. Apesar disto, durante a pandemia, sua atuação mostrou-se insuficiente para salvar milhares de vidas (INVEST INDIA, [2021]).

A Índia ainda estava em fase de estruturação do programa de saúde do governo, projetado para construir mais de 8 mil hospitais para atender às redes pública e privada, visando o acesso a tratamentos específicos das pessoas e famílias cadastradas no *Ayushman Bharat*, incluindo internação, quando surgiu o coronavírus. A perspectiva de criação de novos centros de saúde, com estrutura para tratar diferentes doenças como diabetes, câncer, e outras doenças preexistentes relacionadas ao envelhecimento humano, sofreram um forte abalo em seus investimentos.

De acordo com Shukla e Kapur (2019), a capacidade de alcance dos benefícios do *Ayushman Bharat* está limitada a apenas 1/3 da população do país, embora seja intenção

do governo alcançar até mesmo aquelas pessoas que não atendem aos pré-requisitos de adesão ao programa. Durante a pandemia, o sistema de *Call Center* do governo atendia aproximadamente 40 mil chamadas por dia, originadas de pessoas em busca de ajuda e orientação sobre internação e assistência.

O banco de dados do governo permitiu fazer a triagem das pessoas com sintomas da Covid-19 através de telemedicina. A prioridade foi dada aos casos de idosos e pessoas com comorbidades, as quais eram recebidas e submetidas ao teste da doença; quando confirmada a infecção por SARS-CoV-2, as pessoas recebiam tratamento isolado e acompanhamento pelas equipes médicas do governo.

O advento da Covid-19 comprometeu, em parte, a continuidade dos projetos que compõem o programa de saúde do governo da Índia. Entretanto, a pandemia forçou o governo a olhar para a importância de investir em conhecimentos e uma estrutura que torne possível aumentar a capacidade para prevenir e controlar doenças infecciosas.

De modo geral, a Índia enfrentou, assim como os outros países do BRICS, dificuldades na gestão da Covid-19. O ponto alto do governo na pandemia foram os investimentos na produção de vacinas, a qual, embora bastante ágil, não se concretizou a tempo de impedir muitas mortes e danos à economia, cuja superação ainda não é possível precisar.

China

A China, assim como a Rússia, conduz a gestão da saúde a partir do governo central, um modelo exaustivamente posto à prova após o surgimento do vírus SARS-CoV-2 em Wuhan, no fim de 2019. De acordo com Ribeiro (2020), entre novembro e dezembro de 2019 a China registrou 30 casos de infecção pelo vírus, sendo que este número chegou a 81.470 em 30 de março de 2020, e o número de mortes foi de 3.304, no mesmo período.

O governo chinês atuou em diferentes frentes, no início da pandemia, para evitar que o vírus se espalhasse para fora do país: fechou feiras e mercados públicos, e trabalhou para identificar o local de origem do vírus; e priorizou o acesso dos infectados aos serviços de saúde. Ainda em janeiro de 2020, o governo compartilhou com a OMS as sequências genômicas do coronavírus, tornando possível a formulação de protocolos de diagnóstico e tratamento da doença.

Ribeiro (2020), destaca o uso de *big data* e inteligência artificial, por exemplo, para destacar novas tecnologias usadas para fortalecer o rastreamento de contatos e o

gerenciamento de populações prioritárias infectadas pela Covid-19. Além destas, o governo da China adotou políticas de expansão dos seguros de saúde, promulgando, inclusive, os prazos de pagamento dos seguros e a liquidação e compensação financeira (RIBEIRO, 2020).

Com relação à estrutura do sistema de saúde da China no contexto da pandemia, sabe-se que o país precisou lidar com desafios que vêm sendo produzidos desde a época do governo de Mao Tsé Tung. De acordo com Ribeiro (2020), a China trabalha para ampliar o sistema de saúde, que não apresenta características de universalidade, e se pauta na aquisição de seguros de saúde pela população. Os seguros sociais de saúde que estão vigorando atualmente no país são o *Urban Employee Basic Medical Insurance* (UEBMI), para trabalhadores formais das áreas urbanas, o *New Rural Cooperative Medical Scheme* (NRCMS), para os residentes rurais, e o *Urban Basic Medical Insurance* (URBMI), para os trabalhadores não formais (RIBEIRO, 2020).

A China é um país economicamente forte e detentor de diversas tecnologias voltadas para a produção de insumos para a área da saúde. Mas a Covid-19 exigiu mais do que isto. A pandemia exigiu um sistema de saúde estruturado a partir de políticas que contemplassem a atenção, a promoção e a prevenção da saúde da população, e que possuísse a expertise necessária para lidar com doenças altamente infecciosas, como a Covid-19. O sistema de saúde da China, de fato, não estava preparado para lidar com a capacidade de disseminação e o grau de letalidade do vírus SARS-CoV-2.

O governo foi ágil em trabalhar na produção de vacinas contra a Covid-19, tendo sido esta sua mais importante contribuição no enfrentamento à pandemia, cujos resultados são constatados em nível global. E no âmbito das relações com os outros países, a China desenvolveu aquilo que ficou conhecido como a “diplomacia das máscaras”, por sua iniciativa de fornecer equipamentos médicos para outras nações, fruto de sua grande capacidade produtiva (UNGARETTI, 2020). Além disso, a produção de equipamentos de testagem em larga escala possibilitou testar toda a população de Wuhan, aproximadamente dez milhões de pessoas, durante o processo de reabertura da cidade, fato que, como a própria pandemia, impressionou o mundo.

De maneira geral, o poder econômico da China deverá contribuir, com base na experiência Covid-19, para uma melhor estruturação do seu sistema de saúde. A potência econômica atribuída ao país o habilitou para a produção de vacinas, e o habilita, também, para o fortalecimento das potencialidades do sistema de saúde e o enfrentamento dos gargalos encontrados. Embora tenha havido limitações da indústria privada para responder aos desafios da saúde pública durante a emergência sanitária Covid-19, uma avaliação dos impactos da pandemia, em nível global, deverá oferecer subsídios para

esta reestruturação, e para o preenchimento de lacunas que poderiam ter evitado tantas mortes e danos sociais.

África do Sul

Na África do Sul a gestão da saúde se dá a partir do compartilhamento de políticas e ações entre os níveis nacional e provincial, um modelo que, ao ser submetido à extraordinária capacidade de disseminação do vírus SARS-CoV-2, levou o país a ocupar, ainda em junho de 2020, o quinto lugar no ranking dos países mais afetados pela doença, a despeito do *lockdown* quase que imediato à situação pandêmica.

As ações realizadas pelo governo no enfrentamento à pandemia, como o fechamento das fronteiras, do comércio e a decretação do sistema de *lockdown*, foram vistas pela população, pela mídia e pela OMS como positivas, e os registros são de que o país se posicionou “ao lado da ciência” (ESSOP e HOLDT, 2020).

No período de seis semanas em que o país decretou *lockdown*, o governo da África do Sul, ao mesmo tempo em que administrava os aspectos gerais da complexa situação sanitária, investia na produção de testes diagnósticos e na organização do sistema de saúde, uma estratégia que possibilitou preparar equipes médicas, treinar profissionais e equipar os hospitais para tratar os infectados.

Apesar dos esforços e investimentos realizados durante o fechamento do país, o retorno do período de *lockdown*, com a reabertura do comércio e afins, foi considerado desastroso, pois o governo cedeu à pressão de vários setores e a desorganização deste processo fez multiplicarem-se os casos da doença e o número de mortes.

Ainda lidando com o caos provocado pelo surgimento da doença, a África do Sul foi atingida por uma segunda onda de Covid-19, bem pior do que a primeira, em termos de letalidade. O governo mostrou-se mais austero em relação ao cumprimento das medidas e procedimentos de autoproteção, como o uso de máscaras e a higienização frequente das mãos, enquanto enfrentava o avanço da pandemia e o descrédito da população em relação à capacidade de imunização da vacina.

De acordo com Essop e Holdt (2020), os investimentos do governo da África do Sul no sistema de saúde do país, realizados no calor da pandemia, não criaram as condições necessárias para lidar eficazmente com a Covid-19. Além disto, não produziram o aprimoramento real do sistema, nem a ampliação das interfaces entre a estrutura de saúde

e a comunidade, um desafio que se mantém para os gestores e responsáveis por pensar a saúde no país e os desafios que a pandemia apresenta.

A PARTICIPAÇÃO DO BRICS NO FAST TRACK DA PRODUÇÃO DE VACINAS COVID-19

A rápida contaminação das pessoas, em todo o mundo, a despeito dos *lockdowns*, fechamento de fronteiras e medidas afins, levaram à transposição de barreiras diplomáticas e à superação de limites econômicos, revelando a capacidade das nações para realizar, em um espaço de tempo jamais imaginado, a única solução capaz de conter a doença: a produção de vacinas e sua rápida distribuição.

O processo produtivo de vacinas exigiu a “adoção de estratégias de paralelismo de fases de P&D” que, por meio de um *fast track* tornou possível a realização desse audacioso projeto, em tempo recorde (HOMMA et al., 2021). De acordo com estes autores, o desenvolvimento da vacina contra Covid-19 contou com enormes investimentos “de alto risco (...) realizados pelos países desenvolvidos, como os projetos apoiados pela *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI), criado em 2017, e a *Biomedical Advanced Research and Development Authority* (BARDA), criada em 2006” (HOMMA et al., 2021, p. 67).

Os complexos e custosos estudos clínicos que envolveram a concepção e produção da vacina possibilitaram reduzir para dez meses um processo que normalmente aconteceria em dez anos, no mínimo, considerando o momento em que a China informou à OMS sobre a circulação do novo coronavírus e a sequência do genoma viral, até a data de disponibilização da primeira vacina (HOMMA et al., 2021).

A celeridade no processo produtivo contou com a participação fundamental dos países do BRICS e, no fim do primeiro semestre de 2020, o governo russo anunciou a produção, em grande escala, da primeira vacina Covid-19, a *Sputnik V*. Naquele momento a Rússia registrava meio milhão de pessoas infectadas, ocupando o quarto lugar no ranking mundial do número de casos, sendo superado apenas por Estados Unidos, Brasil e Índia.

Em agosto de 2020, o país que já atingia a marca de quase um milhão de infectados, apresentou ao mundo o primeiro lote da vacina russa, de vetor recombinante, do laboratório *Gamaleya Scientific Research Institute of Epidemiology and Microbiology*. Esse anúncio se deu sob acusações de que sua produção havia cometido a violação de vários

protocolos científicos, fato que não comprometeu as encomendas de vinte outros países interessados em adquirir a vacina, avaliada pelo próprio governo russo, na ocasião, como bastante eficaz.

Logo depois da disponibilização do primeiro lote, pelo menos trinta países fizeram encomendas à Rússia, que obteve avaliação de bons resultados, ganhando destaque na Revista *The Lancet* em setembro de 2020, cujo artigo mostrou que os participantes dos testes com a *Sputnik V* produziram anticorpos e não apresentaram efeitos colaterais.

O presidente Vladimir Putin chegou a propor o compartilhamento da *Sputnik V* no BRICS, e fechou um acordo com empresas chinesas para a fabricação de vacinas (STATISTA, [2021]). Este acordo despertou o interesse da Índia, que tratou de encomendar 250 milhões de doses à Rússia, o que pode ser interpretado, do ponto de vista da diplomacia da saúde, como uma demonstração de abertura intra BRICS.

A empreitada russa parecia bastante avançada em relação ao cumprimento da meta de fornecer, junto com países parceiros, vacinas para 800 milhões de pessoas até o fim de 2021. Motivações políticas e recursos do *Russian Direct Investment Fund* (RDIF) foram insuficientes para que o país alcançasse a meta estabelecida. Os principais entraves identificados relacionaram-se, principalmente, ao estabelecimento de metas de entrega que, por serem muito ambiciosas, não puderam ser alcançadas; ou mesmo ao fato de a Rússia haver superestimado a capacidade tecnológica dos países com quem firmou parceria para a fabricação da vacina, o que levou os possíveis compradores a buscarem outros produtores para suprir suas demandas (HOIRISCH, 2021).

Além dos entraves citados, a Rússia suscitou dúvidas sobre a real eficácia da *Sputnik V*, já que o país não obteve a aprovação da OMS e da Agência Europeia de Medicamentos (EMA), além de ter recebido críticas com relação ao seu custo, três vezes maior que o da vacina AstraZeneca, por exemplo.

Os fatores limitantes apresentados pela Rússia durante a produção das primeiras vacinas contra a Covid-19 presumem um certo descrédito do país no cenário global da diplomacia da vacina, embora tenha lançado a *Sputnik Light* como uma estratégia para recuperar vantagem no jogo diplomático que rege o mercado, mas as chances de sucesso seguiram os passos da *Sputnik V*.

As colaborações entre Brasil e China se deram em torno dos ensaios clínicos para a produção da bem-sucedida CoronaVac (Sinovac), os quais foram coordenados pelo respeitado Instituto Butantã, do governo do estado de São Paulo, e executados a partir do IFA importado da China. Indisposições diplomáticas provocadas pelo governo brasileiro interferiram no processo produtivo, tendo prejudicado

o fornecimento do IFA por parte da China, que reclamou do Brasil uma postura diplomática à altura da necessidade de imunização do mundo contra a Covid-19. Tratativas do governo do estado de São Paulo com a China permitiram a retomada do fornecimento do IFA e a produção em larga escala da CoronaVac em território brasileiro, e sua distribuição a todo país pelo MS, após sua aprovação pela Agência de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA).

A produção da AstraZeneca pelo governo brasileiro também teve início com a utilização do IFA importado da China, mas, em 2021, já estava em curso uma promissora empreitada para a produção independente em Biomanguinhos - Fiocruz, a qual viria a se concretizar nos primeiros dias de 2022. O objetivo dos produtores brasileiros era ganhar autonomia, sabendo que uma vacina 100% nacional seria um passo importante para que o país alcançasse a independência tecnológica para prevenir contra a Covid-19, o capital mais ambicionado pelas nações em todo o mundo. A autonomia para a produção do IFA exigiu comprovação de qualidade e eficácia junto à ANVISA. A Fiocruz atendeu a todas as exigências dos órgãos reguladores e obteve a autorização para produzir o IFA em fevereiro de 2022 (AFN, 2022). Assim, se consolidava o projeto da Fiocruz para a produção independente de vacinas Covid-19, possibilitando entregar aos brasileiros as doses necessárias para suprir a demanda de 2022, visando, principalmente, o reforço vacinal, imprescindível, com o surgimento de novas variantes do vírus SARS- CoV-2.

A contribuição da China na produção de vacinas foi bastante potente, ágil e eficaz (superada apenas pela União Europeia). A produção inicial se deu a partir do vírus inativado, já bastante testado enquanto método e, posteriormente, a China diversificou a produção por meio de outros métodos, após acordos firmados com países parceiros, como o *Fosun-Pharma* e *BioNTech* (CHAMAS, 2021).

Além das sete vacinas aprovadas e autorizadas no BRICS até setembro de 2021, a China apresentou outras propostas de vacinas inativadas, como as produzidas pela *Minhai Biotechnology Co.* e *Kangtai Biological Products Co. Ltd.*, e pela Academia Chinesa de Ciências Médicas, do Instituto de Biologia Médica. Em agosto de 2021, o país já tinha 22 propostas de vacina em fase de estágio clínico, sendo que nove estavam na fase 3 (HOIRISCH, 2021). Críticos e estudiosos questionaram se a China não estaria se utilizando da diplomacia da vacina para projetar-se, ainda mais, no cenário internacional.

O Quadro 1 apresenta as principais vacinas autorizadas e produzidas nos países que constituem o BRIC até setembro de 2020 e a cobertura vacinal daqueles países em 2021.

Quadro 1 - Vacinas contra Covid-19 autorizadas, aprovadas e produzidas em BRIC até setembro de 2020 e a cobertura vacinal por país até dez/2021

Nome da Vacina	Tipo	Desenvolvedores Primários	País	Cobertura vacinal em 2021
AstraZeneca (AZD1222) *concebida no Reino Unido	Vacina contra Adenovírus	BARDA	Brasil	Fev. – 1,6% Jun. – 27% Dez. – 77%
CoronaVac	Vacina Inativada	Sinovac		
Sputnik V	Vacina contra adenovírus recombinante (rAd26 e rAd5)	Instituto de Pesquisa Gamaleya, Acellena Contract Drug Research and Development	Rússia	Mar. – 2,9% Jun. – 13% Dez. – 48%
EpiVacCorona	Vacina contra peptídeos	Centro Estadual de Pesquisa em Virologia e Biotecnologia		
CoviVac	Vacina Inativada	Centro Científico Federal Chumakov para Pesquisa e Desenvolvimento de Produtos Imunológicos e Biológicos		
Covaxina (BBV152)	Vacina Inativada	Bharat Biotech, ICMR; Ocugen; ViroVax	Índia	Jan. – 0,1% Jun. – 3,4% Dez. – 38%
BBIBP-CorV	Vacina Inativada	Instituto de Produtos Biológicos de Pequim; Grupo Farmacêutico Nacional da China (Sinopharm)	China	Ago. – 74% Dez. – 87%
Convidicea (PakVac, Ad5-nCoV)	Vacina recombinante (vetor tipo adenovírus tipo 5)	CanSino Biologics		
WIBP-CorV	Vacina Inativada	Instituto Wuhan de produtos biológicos; Grupo Farmacêutico Nacional da China (Sinopharm)		
ZF2001 (ZIFIVAX)	Vacina recombinante	Anhui Zhifei Longcom Biofarmacêutica,		
Candidato à vacina (sem nome)	Vacina Inativada	Instituto de Microbiologia da Academia Chinesa de Ciências		
Candidato à vacina (sem nome)	Vacina Inativada	Minhai Biotechnology Co; Kangtai Biological Products Co. Ltd		

Fonte: Organizado pelas autoras com base nos dados de WHO, 2022.

A participação da África do Sul na concepção das vacinas *Comirnaty* (BNT162b2), *Vaccine Janssen* (JNJ-78436735; Ad26.COV2.S) e *CoronaVac* (Sinovac) foi considerada louvável no âmbito do BRICS, e há a expectativa de que uma cooperação entre Brasil, Índia, China e África do Sul possibilite avanços importantes nesse processo. Apesar disso, os números da vacinação na África do Sul no ano de 2021 foram baixos. No mês de fevereiro o país registrou apenas 0,05% de pessoas vacinadas, chegando a 6,1% no mês de julho e fechando o ano com um pouco mais de 18,5%. O país cogitou, em certo momento, tornar a vacinação obrigatória, pois a população demonstrou, em todo o período pandêmico, ceticismo em relação ao poder imunizante da vacina (WHO, 2022).

A pandemia provocou forte impacto sobre a economia do país e a população sentiu seus reflexos imediatos, como o aumento da pobreza e do desemprego. Esta realidade deve exigir do governo nacional medidas econômicas que façam frente às demandas expressas nas manifestações dos movimentos sociais que, segundo Essop e Holdt (2020) tiveram, no contexto da Covid-19, uma coalizão tão expressiva que fez recordar os tempos de Mandela.

A DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS COVID-19 NOS/PELOS BRICS EM 2021 E O DESAFIO DA SOLIDARIEDADE PARA IMUNIZAR O SUL GLOBAL

O grande destaque entre os países do BRICS na produção e distribuição de vacinas é a China, que assumiu, desde o início da pandemia, o compromisso de tornar a vacina um bem público global.

A performance chinesa pode ser analisada com base nos dados obtidos a partir do rastreamento da distribuição de doses realizado pelo Bridge Consulting². Os dados são obtidos por meio de consultas às fontes oficiais do governo chinês, possibilitando compreender o impacto da diplomacia chinesa sobre a saúde global no contexto da Covid-19, e conhecer a quantidade de vendas³ bilaterais e multilaterais (1,75 bilhão), doações⁴

²O Bridge Consulting é uma consultoria independente e orientada a missões que acompanham o impacto da China na saúde global, com foco em doenças infecciosas, saúde mental, mudanças climáticas e outras. Após a realização da pesquisa que deu origem a este capítulo, mudanças na estrutura desta Consultoria levaram a alterações nas citações dos estudos que o subsidiaram.

³Vendas: refere-se às doses de vacinas contratualmente comprometidas que os países beneficiários compraram comercialmente de desenvolvedores de vacinas chinesas.

⁴Doações: referem-se às doses que uma entidade chinesa (governo, desenvolvedor de vacinas, Cruz Vermelha etc.) se comprometeu a doar a um país beneficiário.

(197 milhões) e entregas⁵ (1,40 bilhão) às regiões da Europa, África, América Latina e Ásia-Pacífico, além da distribuição global realizada pela China.

Os estudos citados mostram que o fornecimento de vacinas chinesas para estas regiões se deu a partir de contribuições bilaterais, e alcançaram, até janeiro de 2022, 115 países, tendo sido a Ásia-Pacífico a região mais beneficiada em número de doses recebidas, o que favoreceu 39 de seus países, seguida pela América Latina, com 20 países receptores. Já a África teve 46 países beneficiados, mas por um número não significativo quando consideradas as demandas nacionais, como mostra a Tabela 1 (M = Milhões de doses):

Tabela 1 – Número de doses de vacinas Covid-19 fornecidas pela China e número de países beneficiados, por região geográfica, até janeiro de 2022

Região Geográfica	Vendas Totais	Doações Prometidas	Doses Entregues	Nº de Países Beneficiados
Europa	123 M	3,63 M	57,5 M	10
África	196 M	69,8 M	122,2 M	46
América Latina	396 M	10,2 M	285,5 M	20
Ásia-Pacífico	925 M	103 M	854,4 M	39

Fonte: elaborado pelas autoras com base nos dados de Bridge Consulting, 2022.

Estudos realizados pelo Bridge Consulting (2022) mostram que a Europa foi a região que menos doses recebeu da China até o fim do ano de 2021, situação que encontra uma possível explicação no fato de a EMA, responsável por avaliar e supervisionar os medicamentos na União Europeia, não haver aprovado as vacinas de origem chinesa a tempo de responder às demandas urgentes da pandemia. Entretanto, a autonomia dos reguladores médicos nacionais para autorizar a aquisição de vacinas em situações emergenciais foi usada por alguns países da Europa Central e Oriental durante a pandemia Covid-19, o que possibilitou à Europa destinar as 57 milhões de doses recebidas da China a 10 de seus países, sendo que 3 milhões foram obtidas por doação.

O número de doses das vacinas chinesas comercializadas para a Europa até o fim de 2021 está calculado em 123 milhões, sendo a grande maioria obtida através de um

⁵Entregas: referem-se às doses que foram fisicamente enviadas da China para o país receptor. (www.bridgeconsulting.com.br)

acordo assinado pela Turquia, em novembro de 2020, que negociava a compra de 100 milhões de doses da Sinovac, as quais foram redistribuídas (por doação e venda) para países como a Bósnia-Herzegovina, Azerbaijão, Albânia e outros (BRIDGE CONSULTING, 2022).

O fornecimento de vacinas contra a Covid-19 da China para a África foi regido pela Cooperação Sul-Sul, que respaldou a China a enviar doses para 19 países africanos. Em 30 de novembro de 2021, durante 8ª Reunião Ministerial do *Forum on China-Africa Cooperation* (FOCAC), a África recebeu da China a promessa de 1 bilhão de doses, sendo que 600 milhões seriam por doação e o restante fornecido por meio de “produção conjunta por empresas chinesas e países africanos relevantes”. Os dados atualizados no fim de 2021 mostraram que “dos 196 milhões de doses vendidas e 69 milhões de doações prometidas à África, a China entregou 122 milhões, dos quais 28 milhões foram doações” (BRIDGE CONSULTING, 2022).

Os estudos evidenciam os limitados recursos dos países africanos, que tornaram críticas as condições de acesso à vacina Covid-19 até o fim de 2021. Apesar disso, a África pôde contar com o acesso através da Iniciativa Covax, ainda insuficiente, que forneceu ao Continente 114 milhões de doses da vacina nesse período.

A América Latina (AL) foi a segunda região mais contemplada com as vacinas chinesas, sob a égide da Cooperação Sul-Sul e da Iniciativa *Belt and Road*, uma estratégia de desenvolvimento do governo da China que “visa reviver antigas rotas do comércio por meio de uma rede de projetos de infraestrutura para a Ásia Central, o Sudeste Asiático, o Oriente Médio e a África” (CLIMAINFO, 2022). Além de receber o IFA para a produção de algumas vacinas, a AL se destacou por sua participação no desenvolvimento da Coronavac, que teve 230 milhões de doses vendidas para 8 países de sua região, além de prover 834 milhões de doses em nível global (BRIDGE CONSULTING, 2022).

No quesito exportação, a China foi o país que menos exportou até dezembro de 2021 (31,5% do total produzido), enquanto a União Europeia exportou 62,6% e os Estados Unidos exportaram 51,2% de suas vacinas, neste mesmo período. Entretanto, a China ainda é o país que mais forneceu, através de vendas e doações, para a América do Sul; até o final de dezembro, 36,4% das doses enviadas eram provenientes da China, enquanto a UE havia fornecido 29,8%, os EUA 5,6% e a Rússia 4,4% das doses (NOLTE, 2022).

Estudos da *Economist Intelligence Unit* (2021), ao analisarem a diplomacia da vacina da China em relação à América Latina, mostraram que a habilidade do governo chinês na comercialização de suas vacinas, bem como a publicidade em torno de suas entregas criaram, na opinião pública, uma impressão de grande solidariedade por parte da China.

Entretanto, os dados são de que apenas 165 milhões, das quase 600 milhões de doses produzidas até maio de 2021, foram destinadas aos países latino-americanos e, desse número, apenas um pequeno percentual foi obtido através de doação. Este fato levou críticos e estudiosos a questionarem se a pandemia Covid-19 não teria se convertido em uma “nova arena política” para China e Estados Unidos na disputa pelo poder e pela hegemonia global.

Os estudos demonstram que a China largou na frente dos Estados Unidos na distribuição e doação de vacinas. Os EUA vieram atuar ativamente no jogo diplomático da vacina, com a exportação e doação de doses, apenas depois de junho de 2021, quando a campanha de vacinação no mundo já estava a pleno vapor. Este fato deu à China a liderança sobre os EUA, que deixaram um vácuo na diplomacia das vacinas no primeiro semestre de 2021.

No segundo semestre de 2021, entretanto, a diplomacia das vacinas foi completamente alterada pela disponibilização de doses para a América Latina por parte dos EUA e Europa, superando a China, que teve sua viabilidade abalada devido à baixa exportação, influenciada pelas altas demandas internas.

A Ásia foi a região mais contemplada pelas vacinas chinesas, tanto em vendas quanto em doações; a China computou, até o fim de 2021, a entrega de 854 milhões de doses à Ásia, sendo 74 milhões obtidas através de doação. É importante destacar que a China vendeu, no período em pauta, 925 milhões de doses e doou outros 103 milhões, o que mostra que a Ásia foi amplamente beneficiada pela produção chinesa, embora nos últimos meses de 2021 o rastreamento do Bridge Consulting tenha revelado uma diminuição nas entregas, possivelmente em função da detecção do aumento do número de casos de Covid-19 na China. Isto se deu porque, mesmo o país tendo investido fortemente na vacinação extensiva de sua população, o surgimento das variantes Delta e Ômicron provocou novos surtos, o que levou a China a manter suas próprias reservas e ritmo de imunização, deixando em segundo plano as demandas dos países que buscam o reforço das vacinas chinesas ou a combinação destas com as de outros fabricantes.

Independentemente do fato de a China ter diminuído as entregas, as demandas por suas vacinas não param de crescer, assim como as promessas e acordos feitos pelo governo chinês para a oferta de doses. Como exemplo disso, destacamos as 50 milhões de doses prometidas pelo presidente Xi Jinping aos países da Ásia Central Cazaquistão, Quirguistão, Tadjiquistão, Turquemenistão e Uzbequistão, por ocasião do 30º aniversário das relações diplomáticas entre a China e esses países, em 2021.

A Tabela 2 ratifica a importante contribuição da China para a imunização dos países da Ásia, o que, embora tenha motivações políticas, como apontado em nossa pesquisa,

pode ser considerado um fator importante para a retomada das atividades econômicas desses países e um passo inicial para o controle da pandemia.

Tabela 2 - Doses de vacina Covid-19 vendidas, doadas e entregues pela China a países ao redor do mundo entre o início da produção e o fim de 2021

Vendas	Doações	Entregas
Indonésia (259M)	Camboja (16M)	Indonésia (255M)
Paquistão (132M)	Egito (12M)	Irã (114M)
Irã (110M)	Quênia(12M)	Paquistão (111M)
Turquia (100m)	Zimbábue(12M)	Brasil (95M)
Brasil (100m)	Myanmar (11M)	Filipinas (60M)
Egito (96m)	Laos (9,1M)	Marrocos (45M)
Bangladesh (95M)	Nepal (8,4M)	Myanmar (44M)
México (75M)	Vietnã (7,3M)	México (42M)
Chile (61M)	Bangladesh(5,6M)	Bangladesh (41M)
Filipinas (55m)	Sri Lanka (5M)	Vietnã (37M)

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados de Bridge Consulting, 2022.

(M = milhões de doses, m = milhares de doses)

A venda de vacinas para a Indonésia é um desses casos, considerando que o país recebeu, até o fim de 2021, 98,4 % das doses compradas da China, uma contribuição importante para este que é o quarto país do mundo em população. A Indonésia, cuja economia está marcada pela forte presença de pequenos agricultores, não recebeu doses em regime de doação por parte da China. As vacinas entregues, entretanto, representaram uma ação importante para garantir a continuidade das atividades de exploração das riquezas minerais, de madeira, petróleo bruto e gás natural, abundantes no país.

O Paquistão recebeu, até o fim de 2021, 84% das vacinas que comprou da China, o que foi importante para que o país, cuja economia é subdesenvolvida e baseada no setor de comércio e serviços, com boa parte da mão de obra na atividade agrícola, (GUITARRA, 2022), retomasse suas atividades mais rapidamente.

O Irã recebeu da China todas as doses compradas e ainda um bom excedente. As vacinas foram importantes para garantir a continuidade das atividades econômicas ira-

nianas, que se baseiam na grande quantidade de reservas de combustíveis fósseis. O país é responsável pela maior oferta de gás natural e detém a quarta maior reserva de petróleo do mundo. A oferta destes recursos energéticos no mercado dá grande relevância geopolítica ao país, que contribuiu para que fosse beneficiado pela diplomacia da vacina chinesa.

Não existem registros de entregas das doses adquiridas por Turquia e Chile até o fim de 2021. Entretanto, as promessas de doações da China foram expressivas para alguns países da Ásia, como Camboja, Laos, Nepal e Sri Lanka (que também não receberam as doses prometidas por doação até o fim de 2021). Filipinas, um país de economia agrícola, mas considerado um dos tigres asiáticos por sua indústria e turismo bastante expressivos, recebeu doses a mais, um estímulo para impulsionar a retomada da economia. Vietnã, cuja base econômica é, como a maioria dos países asiáticos, a agricultura, e que tem baixa industrialização e baixa renda per capita, e Myanmar, que embora seja tido como um país de economia emergente, ainda mantém grande parte de sua economia através da agricultura, também receberam, em regime de doação, mais doses do que as prometidas. Bangladesh, também considerado de economia emergente, recebeu apenas 41 milhões de doses, um número inferior ao total de doses compradas e prometidas em doação pelo governo da China.

Dentre os países da África, o Marrocos foi o único que recebeu vacinas da China até o fim de 2021; a compra realizada pelo Egito não foi entregue, e o Zimbábue também não recebeu a entrega das 12 milhões de doses prometidas para aquele período.

Em se tratando de ações diplomáticas de forte impacto no contexto da Covid-19 e seus efeitos sobre a saúde global, merece destaque o fato de que a China endossou a proposta de suspensão dos direitos materiais para vacinas (DW MADE FOR MINDS, 2021). Essa atitude não foi apoiada pelos outros países do BRICS, o que mostrou uma contradição ao discurso original do Grupo e a falta de solidariedade com os países da periferia global. De todo modo, o posicionamento e a atitude da China foram importantes para amenizar a crise provocada pela vacinação deficitária dos países do Sul global, embora não faça jus à solidariedade necessária no que diz respeito ao compartilhamento de tecnologias e à oferta de vacinas para o conjunto da população mundial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No mundo arrasado pela Covid-19, prevalecem comportamentos que apontam para um real *'apartheid'* das vacinas'. As iniciativas internacionais mostraram-se insuficientes

para fazer frente às demandas globais, e alguns países da África permaneceram sem conseguir vacinar nem mesmo os profissionais da saúde até o fim de 2021, enquanto países como Estados Unidos e Canadá contribuíram timidamente com a doação de doses excedentes.

A Covid-19 exacerbou a crise sanitária mundial e serviu, paradoxalmente, para aumentar os lucros da indústria da saúde, especialmente das nações mais poderosas, que tiveram o seu poder político e econômico ampliado pela obtenção de lucros incalculáveis com a venda de vacinas para os países pobres. Os fabricantes de vacinas obtiveram vultosos recursos públicos, com benefício de incentivos fiscais que aumentaram em muito o capital de empresas como a Moderna, a Pfizer e a BioNtech, cujas somas, em 2021, chegaram a 41 bilhões de dólares acima do custo de produção de suas vacinas (EGAN, 2020).

O monopólio das indústrias farmacêuticas é, na verdade, a razão do não compartilhamento dos conhecimentos e tecnologias dos medicamentos, vacinas, ingredientes farmacêuticos ativos etc., levando os países pobres a dependerem de seus produtos e limitando o acesso às vacinas Covid-19.

Os interesses dos poderosos agentes financeiros também foram bastante beneficiados no contexto pandêmico, o que deverá influenciar para que as características de fragmentação dos sistemas públicos e universais de saúde sejam mantidas. É igualmente preocupante o desabastecimento geral dos serviços de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, cuja história revela a constante imposição de sobrecarga de trabalho, a descontinuidade na gestão, gerando serviços precários e entregas insatisfatórias. Estes fatores concorrem para que os países não alcancem uma atenção mais alinhada com as necessidades das populações que deles dependem, não apenas em contextos pandêmicos, mas no cotidiano da vida.

As expectativas em relação ao bloco econômico BRICS permaneceriam inalteradas não fosse a recente criação do Centro de Pesquisas e Desenvolvimento de Vacinas, inaugurado em março de 2022, que se propõe a fortalecer, significativamente, “a capacidade global de preparação e resposta a pandemias de várias doenças” (GOLUB, 2022), sendo “um bom exemplo de cooperação internacional no campo da ciência” (Blade Nzimande, ministro do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia da África do Sul).

O Centro de Pesquisas e Desenvolvimento de Vacinas do BRICS se propõe a reunir as melhores práticas dos cinco países do bloco para atuar no desenvolvimento de medicamentos, a partir da combinação de suas expertises na pesquisa para a concepção de vacinas. O objetivo é aumentar a prevenção e o controle de doenças infecciosas, e disponibilizar suas tecnologias para contribuir com a recuperação dos danos da pandemia sobre os países do BRICS e sobre todos os países em desenvolvimento (GOLUB, 2022).

Mesmo com as esperanças renovadas por esta iniciativa do BRICS, a realidade de 2022 ainda permaneceu inalterada em relação a 2020, quando a pandemia de Covid-19 chegou de maneira arrasadora a todos os continentes. E, mesmo que os países do BRICS tenham se destacado no *fast track* da produção de vacinas, e que o ano de 2021 tenha se encerrado com mais de 40% da população mundial vacinada com a segunda dose; e que, além disto, a China tenha feito doações que significaram o passo inicial para a imunização de alguns países, como aconteceu com aqueles da Ásia mencionados anteriormente, o balanço da pandemia é bastante negativo.

As perdas humanas não são recuperáveis e as econômicas dependem de uma disposição que parece estar longe do interesse dos países de economia dominante. Não se observaram, até o fim de 2021, mudanças concretas no modelo de governança da saúde global que se mostrassem sensíveis para realizar o mínimo: a imunização de todos os países. Tampouco não se realizaram ações de cooperação internacional que tenham se mostrado eficazes no compartilhamento de vacinas pelos países do norte global, algo perfeitamente possível, já que uma grande quantidade de vacinas se perde nesses países.

O desafio está, de fato, na extrapolação da capacidade solidária dos países ricos em relação aos países pobres, o que não se concretizou até o momento. Pelo contrário, os países ricos continuaram agindo para neutralizar qualquer iniciativa para promover uma suspensão, mesmo que temporária, dos direitos de propriedade intelectual. Esta suspensão tornaria possível ampliar o acesso ao conhecimento científico e a capacidade de produção, no nível local dos países em desenvolvimento, para desenvolver medicamentos, vacinas ou quaisquer outros meios que possam contribuir para cessar as infecções por Covid-19.

O mundo ainda espera por mais iniciativas do BRICS baseadas em uma cooperação forte, intra e extrabloco. Cabe aos países mais poderosos o papel de influenciar e agir no sentido de uma distribuição mais equilibrada de vacinas, de maneira a alcançar os países localizados na periferia da economia global. À China, por exemplo, se renovam os anseios de que suas vacinas sejam amplamente acessíveis, o que significaria fazer valer as afirmações sobre tornar as vacinas chinesas um bem público global. Para tanto, as disputas por poder ou dominação econômica devem dar lugar à solidariedade para salvar vidas e as economias tão seriamente comprometidas pela Covid-19.

As importantes contribuições do BRICS no processo de imunização contra a Covid-19 e as reiteradas declarações do seu forte propósito de colocar um ponto final na pandemia, não impediram que estudiosos da Diplomacia da Saúde (BUSS e FONSECA, 2020) interpretassem como insuficientes as respostas do Grupo às complexas demandas geradas ou exacerbadas pela crise sanitária.

No que se refere à resposta brasileira, há necessidade de maiores investimentos em todas as áreas da saúde, a partir de uma convergência política de alto nível, envolvendo os líderes do BRICS. O desafio é para que mais recursos do *New Desenvoliment Bank* (NDB) sejam destinados para responder à crise econômica e social agravada pela pandemia e para estruturar o país para possíveis novas situações pandêmicas.

REFERÊNCIAS

AFN - AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIA. **Fiocruz recebe registro da vacina 100% nacional**. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-recebe-registro-da-vacina-covid-19-100-nacional>. Acesso em: 10 jan. 2022.

BARABASHEV, A.; KLIMENKO, A. Russian Government Changes and Performance. **Chinese Political Science Review**, v. 2, p. 22-39, 2017. <http://dx.doi.org/10.1007/s41111-017-0057-z>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde. **Saúde e Política Externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 364 p.

BRIDGE CONSULTING. **China COVID 19 Vaccine Tracker**. 2022. Disponível em: <https://bridgebeijing.com/our-publications/our-publications-1/china-covid-19-vaccines-tracker/> Acesso em: 01 maio 2023.

BUSS, P. M. Tratado sobre Pandemias, Saúde Global ou Reforma do RSI: reflexões preliminares. In: BUSS, P. M.; BURGER, P. (org.). **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 247-258.

BUSS, P. M.; FONSECA, L. E. (Org.). Num mundo em mudança, desafios gigantes. Apresentação. In: BUSS, P. M.; FONSECA, L. E. **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho**, Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2020. p. 13-26.

BUSS, P. M.; TOBAR, S. (Org.). **Diplomacia em saúde e saúde global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

CHAMAS, C. Propriedade Intelectual e Pandemia: a resposta do sistema multilateral. In: BUSS, P. M., BURGER, P. (org.) **Diplomacia da Saúde: respostas globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 259-271.

CLIMAINFO. **A iniciativa chinesa Belt and Road é sustentável?** Disponível em: <https://climainfo.org.br/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

CUETO, M. **Saúde Global**: uma breve história. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DW MADE FOR MINDS. **Proposta para suspender patente de vacinas trava na OMC.** 2021. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/sem-apoio-do-brasil-proposta-para-suspender-patente-de-vacinas-trava-na-omc/a-56859401>. Acesso em: 03 maio 2022.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **What Next for Vaccine Diplomacy?** 2021. Disponível em: <https://www.eiu.com/n/campaigns/q2-global-forecast-2021/> Acesso em: 03 maio 2022.

EGAN, M. Pfizer e Moderna podem faturar US\$ 32 bilhões com vacinas contra Covid em 2021. **CNN Business**, 12 dez. 2020. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/economia/pfizer-e-moderna-podem-faturar-us-32-bilhoes-com-vacinas-contracovid-em-2021/> Acesso em: 02 maio 2023.

ESSOP, T., von HOLDT, K. Covid na África do Sul: a resposta popular. **CADTM**, 31 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.cadtm.org/covid-na-africa-do-sul-a-resposta-popular> Acesso em: 27 jan. 2022.

FUKUDA-PARR, S.; BUSS, P.; ELY YAMIN, A. Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security. **BMJ Global Health**, v. 6: e006392, 2021. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006392>

GIOVANELLA, L. et. al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 748-762, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>

GOLUB, D. Países do BRICS inauguram Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Vacina. **Russia Beyond**, 24 mar. 2022. Disponível em: <https://br.rbth.com/ciencia/86524-paises-brics-inauguram-centro-pesquisa-desenvolvimento-vacinas> Acesso em: 03 maio 2023.

GOSTIN, at. al. Reimagining Global Health Governance in the Age of COVID-19. **American Journal of Public Health**, Nov. 2020. <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2020.305933>

GUITARRARA, P. **Paquistão**. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/geografia/paquistao.htm>. Acesso em: 16 jun. 2022.

HOIRISCH, C. *Quo Vadis*, BRICS? Colaboração biofarmacêutica, diplomacia vacinal dos BRICS e (des)motivações para o cumprimento dos compromissos

acordados sobre vacinas Covid-19. In: BUSS, P. M.; BURGER, P. (org.). **Diplomacia da Saúde: respostas globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 259-271.

HOMMA, A. et al. A Crise de Vacinas e de Insumos e a Produção Local para Enfrentar a Pandemia. In: BUSS, P. M.; BURGER, P. (org.). **Diplomacia da Saúde: respostas globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 165-184.

INVEST INDIA. **Trabalhando para construir uma Índia mais saudável**. [2021]. Disponível em: <https://www.investindia.gov.in/pt-br/sector/healthcare>. Acesso em: 16 maio 2022.

MRE - MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. **XIII Cúpula do BRICS – Declaração de Nova Délhi**. 09 set. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/canalos_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/xiii-cupula-brics-declaracao-de-nova-delhi. Acesso em: 13 fev. 2022.

NEBRICS - NÚCLEO DE ESTUDOS DO BRICS. **Os BRICS e a COVID-19: combate à pandemia e cooperação internacional**. 2020. Disponível em <https://www.ufrgs.br/nebrics/os-brics-e-a-covid-19-combate-a-pandemia-e-cooperacao-internacional/> Acesso em: 20 abr. 2021.

NOLTE, D. Vamos relativizar o sucesso da “Diplomacia das Vacinas” da China. **Latinoamérica21**, 23 jan. 2022. Disponível em: <https://latinoamerica21.com/br/vamos-relativizar-o-sucesso-da-diplomacia-das-vacinas-dachina/> Acesso em: 02 mar. 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da Pandemia de Covid-19**. Folha informativa sobre COVID-19. [2020]. Disponível em <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 02 maio 2023.

PAQUET, M.; SCHERTZER, R. COVID-19 as a Complex Intergovernmental Problem. **Canadian Journal of Political Science/Revue Canadienne de Science Politique**, v. 53, n. 2, p. 343-347, 2020. <https://doi.org/10.1017/S0008423920000281>.

RIBEIRO, V. L. A China e a pandemia do Covid-19 – das medidas de contenção à estratégia global. **Jornal GGN**, São Paulo, 31 mar. 2020. Disponível em: <https://jornalgggn.com.br/artigos/a-china-e-a-pandemia-do-covid-19-das-medidas-de-contencao-a-estrategia-global-por-valeria-lopes-ribeiro/>. Acesso em: 23 fev. 2022.

RITSAR, P. Rússia ultrapassa marca de 3 milhões de casos do novo coronavírus. **Russia Beyond BR**, 28 dezembro 2020. Disponível em: <https://br.rbth.com/estilo-de-vida/84830-russia-ultrapassa-marca-3-milhoes-coronavirus> Acesso em: 22. jun. 2022.

SHUKLA, R.; KAPUR, A. Ayushman Bharat: Accountability Initiative. **Budget Briefs**, v. 11, n. 5, 2019. Disponível em: <https://accountabilityindia.in/wp-content/uploads/2019/07/Ayushman-Bharat-.pdf> Acesso em: 26 fev. 2021.

SORÔKINA, A. Como a Rússia está enfrentando o coronavírus. **Russia Beyond**, 13 mar. 2020. Disponível em: <https://br.rbth.com/estilo-de-vida/83587-como-russia-enfrentando-coronavirus>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SOUZA, L. E. P. F.; GIOVANELLA, L. Os Serviços de Saúde sob o Impacto da Covid-19. In: BUSS, P. M.; BURGER, P. **Diplomacia da Saúde: respostas globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 135-149.

STATISTA. **Índia**: Unemployment rate from 1999 to 2021. [2021]. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/271330/unemployment-rate-in-india/> Acesso em: 9 maio 2022.

UNDP - UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Global Dashboard for Vaccine Equity**. [2021]. Disponível em: <https://data.undp.org/vaccine-equity/> Acesso em: 26 abr. 2023.

UNGARETTI, C. R. **Os BRICS e a COVID-19: combate à pandemia e cooperação internacional**. NEBRICS. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/nebrics/os-brics-e-a-covid-19-combate-a-pandemia-e-cooperacao-internacional/> Acesso em: 20 abr. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavírus Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/table>. Acesso em: 2 maio 2022

The background is a solid orange color with several 3D-rendered virus particles scattered across it. The viruses are spherical with numerous spike-like protrusions on their surface, resembling coronaviruses. They are rendered in a lighter shade of orange than the background, creating a subtle pattern.

4

Entrelaçamentos entre a segurança alimentar e nutricional, pandemia de Covid-19 e sustentabilidade

Ana Maria Bertolini
Patricia Constante Jaime
Gabriela Marques Di Giulio

INTRODUÇÃO

Vivemos, hoje, uma crise global de insegurança alimentar e nutricional. De acordo com o relatório *The State of Food Security and Nutrition in the World (SOFI)* mais recente, que reúne dados sobre o ano de 2021 (FAO et al., 2022), durante este período, 2,3 bilhões de pessoas não possuíam acesso regular a alimentos (insegurança alimentar moderada) e entre 702 e 828 milhões de pessoas estavam em situação de fome, representando aumento em cerca de 150 milhões de pessoas em insegurança alimentar grave desde o início da pandemia da Covid-19. Somam-se a esse quadro complexo da dupla carga da má nutrição, a obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação, presentes em 650 milhões de pessoas (FAO et al., 2022).

A segurança alimentar e nutricional (SAN) existe quando todas as pessoas têm acesso físico, econômico e social a alimentos saudáveis e nutritivos em quantidades adequadas que satisfaçam suas necessidades alimentares e contribuam para a sustentabilidade ambiental, cultural, econômica, social. Os princípios norteadores da SAN incluem o direito humano à alimentação adequada, a soberania alimentar, e mais recentemente, o desenvolvimento sustentável (FAO, 2002; BRASIL, 2006; PÉREZ-ESCAMILLA, 2017). Diferentes fatores sustentam a garantia da SAN, contudo, pelo menos quatro elementos são fundamentais para sua determinação: a disponibilidade de alimentos, a estabilidade na aquisição, o acesso (físico e monetário) e a utilização dos alimentos (ERICKSEN et al., 2010; MBOW et al., 2019).

O desbalanço em algum desses elementos configura a ausência da SAN, e, portanto, uma situação de insegurança alimentar (INSAN). Essa situação pode ser caracterizada como leve, moderada e grave. A insegurança alimentar leve está relacionada à incerteza no acesso aos alimentos e, ao mesmo tempo, queda na qualidade da alimentação resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos; já na insegurança alimentar moderada e grave, que são expressões mais severas da redução quantitativa de alimentos, há mudanças importantes nos padrões de alimentação (sendo a grave uma representação da fome). A insegurança alimentar moderada tem sido, paradoxalmente, relacionada com o aumento na prevalência de obesidade entre indivíduos vulneráveis (FAO et al., 2021; REDE PENSSAN, 2022).

A iminência da emergência sanitária da Covid-19, em 2020, em conjunto com o agravamento de determinantes socioeconômicos, políticos e ambientais, encontraram um cenário fértil para intensificar o quadro de insegurança alimentar e de fome no mundo e, em particular, no Brasil. O Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil, conduzido pela Rede Brasileira de Pesquisa

em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan), que reuniu dados no final do ano de 2020, trouxe números alarmantes sobre a amplitude da fome no Brasil: 116,8 milhões de brasileiros estavam em situação de insegurança alimentar. Deste total, 20,5% (43,4 milhões) estavam em insegurança alimentar moderada ou grave e 9% (19,1 milhões) estavam em situação de fome (REDE PENSSAN, 2021). A atualização deste inquérito, já na metade de 2022, mostrou a intensificação desse cenário: mais da metade da população brasileira não tem acesso pleno e permanente a alimentos (125,2 milhões de pessoas) e 33 milhões estão em situação de fome (REDE PENSSAN, 2022).

A ampliação dos desafios no campo da nutrição ocorre no contexto em que o mundo enfrenta, para além dos impactos da crise sanitária, uma série de crises sistêmicas, como a emergência climática e a perda de biodiversidade, que se entrelaçam nas suas dimensões social, ambiental e de saúde. As externalidades provenientes da insustentabilidade dos sistemas agroalimentares atuais, globalizados e com a participação crescente e concentrada de um reduzido número de indústrias transnacionais de alimentos ultraprocessados, têm sido apontadas como uma raiz comum relativa a estas crises sistêmicas (SWINBURN et al., 2019). Esses fatores salientam a importância de uma discussão integrada e sistêmica entre o campo da segurança alimentar e nutricional e da sustentabilidade.

Analisar, assim, a crise da insegurança alimentar diante de um contexto sindêmico, e à luz dos efeitos da crise de Covid-19, nos oferece uma rara oportunidade para catalisar também novos esforços necessários alinhados a uma perspectiva multidimensional de sustentabilidade. Em particular, quando consideramos as efervescentes discussões a respeito do alcance de metas pactuadas no âmbito global, incluindo, por exemplo, a Agenda 2030 do desenvolvimento sustentável e a Década de Ação para a Nutrição; a comemoração de encontros emblemáticos da área ambiental como a Conferência de Estocolmo e a Rio-92; e a organização das recentes reuniões das Conferências das Partes (COP) sobre biodiversidade e clima.

A inserção da temática de SAN na agenda governamental é permeada por inúmeros interesses e pelo envolvimento de diferentes atores sociais - com maior ou menor poder de influência em termos de decisão política, tanto no âmbito global como local. Neste sentido, resgatar a atuação de organismos institucionais e o contexto político, econômico e social no qual a agenda de SAN, global e nacional, se constituiu - e se constitui até os dias atuais - é relevante para compreender o cenário complexo que vivemos. Sem que a proposta seja a de esgotar o tema, o objetivo deste capítulo é discutir a evolução do conceito de SAN no âmbito internacional e nacional, desde sua proposição (no pós Segunda Guerra Mundial), até os dias atuais (no contexto da pandemia de Covid-19), lançando luz ao pioneirismo e destaque do Brasil nesta agenda. Para tanto, o capítulo estrutura-se a partir de uma revisão crítica de literatura e de documentos balizado-

res, na perspectiva de apresentar os principais marcos históricos e políticas públicas adotadas, e situar os esforços que se consolidam por meio de pesquisas e atuação de governos nacionais e organizações internacionais (como a Organização das Nações das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura - FAO) nos temas da alimentação, nutrição e SAN.

Pretende-se, assim, construir um olhar sistêmico e interdisciplinar sobre a temática, possibilitando identificar os avanços e desafios inerentes à agenda de SAN desde sua proposição até a iminência da pandemia de Covid-19, avançando na incorporação de novos nexos e na produção de novos sentidos a partir do conceito de sustentabilidade.

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O campo de SAN tem evoluído e se constituído ao longo da história como a arena técnica, política e social de conformação de políticas voltadas à garantia do direito à alimentação (JAIME, 2019). Uma análise sobre a delimitação do conceito de SAN revela um importante avanço em sua compreensão nas últimas décadas. São motores desta evolução os acontecimentos políticos e históricos, que moldaram a incorporação de novas dimensões à sua contextualização, com o intuito responder diretamente a eventos mais amplos, como guerras e crises. A incorporação histórica de dimensões ao conceito de SAN é representada na Figura 1. Os tópicos a seguir sintetizam os principais marcos e esforços nesse processo, desde 1950 até a crise da Covid-19.

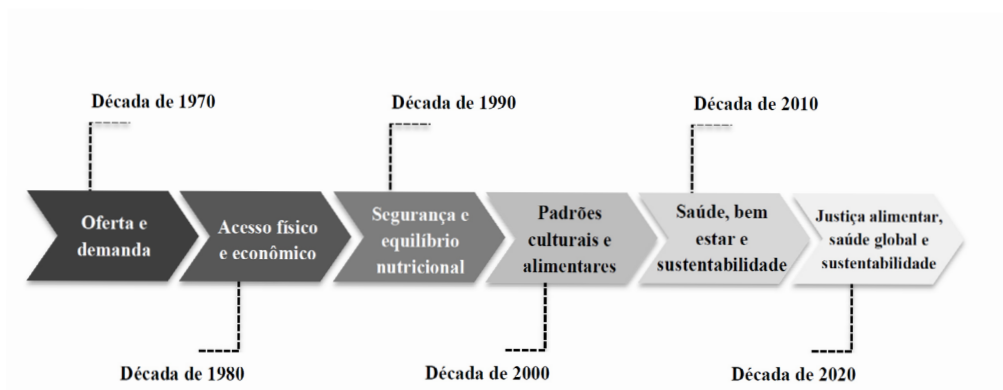


Figura 1 - Incorporação de diferentes dimensões ao conceito de Segurança Alimentar e Nutricional desde a década de 1970

Anos 1950 até 1970 - Insegurança alimentar e os fundamentos da segurança alimentar e nutricional

Dos anos 1950 até 1970, a SAN, que ainda não era entendida institucionalmente como uma agenda, criou suas raízes a partir das preocupações sobre a disponibilidade e oferta de alimentos para alimentar uma população em crescimento e em grave situação de insegurança alimentar após a Segunda Guerra Mundial (CLAPP e MOSELEY, 2020). Durante esse período, um avanço relevante na governança global de segurança alimentar foi a incorporação do entendimento da alimentação como um direito humano e social essencial à vida a partir da promulgação dos dois principais códigos de direitos humanos internacionais: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e, posteriormente, o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 1966, ambos firmados pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) (IPEA, 2014).

A pactuação desses acordos internacionais indicava uma preocupação acerca de medidas e projetos concretos para a erradicação da fome no mundo, sobretudo através da cooperação internacional. Este momento coincide com a criação e fundação de diversos organismos de cooperação internacional, vinculados à Organização das Nações Unidas, vocacionados a lidar com a agenda dos direitos humanos, saúde, nutrição e SAN, ilustradas no Quadro 1. Cita-se, em relação ao combate à fome, o papel de destaque da FAO, agência da ONU fundada em 1945, com o objetivo de ser palco sobre as discussões sobre nutrição, saúde, alimentação, agricultura, comércio e indústria de alimentos (JAIME, 2019).

Quadro 1 - Exemplos de agências globais que atuam nas temáticas de alimentação, nutrição e segurança alimentar e nutricional

Agência	Caracterização
Organização das Nações Unidas - ONU (United Nations - UN)	Organismo multilateral cujo objetivo, entre outros, é o de facilitar a cooperação internacional entre os países com vistas ao direito, à segurança, ao progresso social, aos direitos humanos e à paz mundial.
Organização Mundial de Saúde - OMS (World Health Organization - WHO)	Agência vinculada à ONU que possui como temática central o combate de doenças, promoção da saúde - mais recentemente da saúde planetária e produz uma série de referenciais que devem ser adaptados às realidades locais.

Continua...

Agência	Caracterização
Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (Food and Agriculture Organization - FAO)	Agência vinculada à ONU vocacionada a discutir e propor temáticas e soluções no campo dos alimentos e sua produção, com o objetivo de liderar esforços internacionais para acabar com a insegurança alimentar e a fome.
Programa Mundial de Alimentos - PMA (World Food Programme - WFP)	Agência vinculada à ONU cujo enfoque é a ajuda humanitária e combate à fome, atuando principalmente em situações emergenciais e de conflitos.
Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef	Agência vinculada à ONU vocacionada a zelar pelos direitos à vida, à saúde e à boa nutrição de crianças e adolescentes.

Fonte: Jaime, 2019.

A resposta institucional à crise humanitária e alimentar deste período, entendido como um momento histórico de crise e oportunidade, foi um impulso global para aumentar a produção agrícola. Na Europa, a reconstrução ocorreu, em partes, através da coordenação da FAO, mas também teve grande relevância o Plano de Recuperação Europeia dos Estados Unidos, amplamente conhecido como Plano Marshall. Tal estratégia não só ajudou a recuperação da Europa Ocidental, como também solidificou as divisões econômicas e políticas entre o Oriente e o Ocidente no âmbito da Guerra Fria. Segundo Carvalho (2018), nesta época, o combate à fome em escala internacional passou a ser um elemento estratégico importante no jogo de disputas pelo controle geopolítico mundial.

A reconstrução econômica e de produção de alimentos liderada pela FAO e outras organizações internacionais foi ancorada em práticas científicas e tecnológicas “modernas”, representadas pela implementação de práticas de controle de pragas, fertilização, escolha de culturas e padrões nutricionais que inspiraram a Revolução Verde (CLAPP e MOSELEY, 2020).

Durante este período, no Brasil, era publicado o livro Geografia da Fome, por Josué de Castro. O trabalho de Castro lançou luz à situação brasileira sobre o tema, mas também alçou os debates internacionais sobre a fome. Uma das importantes contribuições de suas obras foi a de contextualizar e desnaturalizar a fome, discutindo sua natureza multidimensional. A relevância e excelência de seu trabalho culminou em sua indicação para assumir a presidência do Conselho da FAO entre os anos de 1951 e 1955. Algumas evidências apontam que, já nessa época, o discurso de Josué de Castro a respeito da fome em países subdesenvolvidos e sua luta em defesa da reforma agrária

e contra o latifúndio contrariava os interesses dos setores brasileiros ligados à exportação e de grandes potências que controlavam a ONU e suas agências (CAMPELLO e BORTOLETTO, 2022). As ideias inovadoras de Josué de Castro representam o início do protagonismo internacional do Brasil nas discussões sobre alimentação e SAN.

Anos 1970 - Institucionalização do campo da segurança alimentar e nutricional

Na década de 1970, houve a primeira aparição institucional do conceito de SAN no contexto de políticas durante a Conferência Mundial de Alimentação, organizada pela FAO em 1974, em resposta a uma nova crise alimentar. Nesta ocasião, o conceito foi definido como a “disponibilidade, em todos os momentos, de alimentos adequados para o abastecimento mundial de alimentos básicos, especialmente para evitar a escassez aguda de alimentos em caso de falha generalizada da produção de alimentos, catástrofes naturais ou outras, para sustentar uma expansão constante do consumo de alimentos em países com baixos níveis de consumo per capita e para compensar as flutuações na produção e nos preços” (WORLD FOOD CONFERENCE, 1974, p. 14).

A crise alimentar deste período, que moldou a resposta política durante os anos de 1970 e que tinha como pano de fundo a Revolução Verde e a crise do petróleo, caracterizou-se pelo aumento expressivo do preço de commodities de alimentos como reflexo das políticas anteriores de incentivo ao aumento da produção. Nesse período, as principais preocupações eram a respeito do fornecimento global de alimentos e do aumento exponencial da fome no mundo (CLAPP e MOSELEY, 2020), realçando a importância das dimensões de estabilidade e disponibilidade de alimentos no conceito de SAN. O entendimento de que a fome era uma expressão da diminuição de alimentos disponíveis e da instabilidade no preço dos alimentos, resultante do abastecimento desigual, contribuiu para uma resposta institucional focada em três frentes: (i) apoio governamental à industrialização da agricultura para aumentar a produção em países ricos e pobres; (ii) incentivo às importações nos países pobres e (iii) impulso às exportações em países industrializados. A adoção dessas políticas contribuiu para a industrialização da produção em escala global, produção excedente em países do norte global, e dependência da importação de alimentos em países em desenvolvimento, ao mesmo tempo em que alguns viraram grandes exportadores globais, como é o caso do Brasil (CLAPP e MOSELEY, 2020).

Um dos produtos da Conferência de 1974 foi a publicação da Declaração Universal Sobre a Erradicação da Fome e Desnutrição, apontada como um “instrumento eficaz

para a criação de novas relações econômicas internacionais baseadas em princípios de equidade e justiça”. Contudo, D’Agostini e Hoyos (2017) apontam que, na verdade, a Declaração foi um instrumento internacional que legitimou e promoveu o monopólio internacional da indústria agroalimentar, a partir do financiamento da ONU, com inspirações da revolução verde e de ações para o aumento da produtividade agrícola. Ao mesmo tempo, contribuiu para a globalização da economia a partir de uma “nova ordem econômica” com participação dos países em desenvolvimento.

Anos 1980 - Consolidação e a crise do modelo neoliberal de produção e distribuição de alimentos

As políticas voltadas para o incentivo ao aumento da produção contribuíram para a conformação de uma nova crise alimentar no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, fruto da consolidação do modelo neoliberal de produção e distribuição de alimentos. A crise, que ocorreu no contexto de uma grave recessão econômica mundial, foi marcada pela diminuição do valor de mercado de *commodities*, preocupações com o excesso de oferta de alimentos e pela crescente precariedade da subsistência dos agricultores, tanto nos países ricos como nos pobres (CLAPP e MOSELEY, 2020).

Durante este período, o Banco Mundial (BM) teve importante influência para que os países do sul global assumissem empréstimos de ajuste estrutural. Além disso, houve diminuição dos apoios governamentais à produção em pequena escala, ao passo em que a abertura do comércio para exportações e importações de alimentos foi privilegiada. Um impulso importante para a liberalização do comércio agrícola foi o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio, conhecido como “Rodada do Uruguai” ou, do inglês, *Uruguay Round of the General Agreement on Tariffs and Trade* - GATT. Mais tarde, esse acordo foi substituído pela Organização Mundial do Comércio (OMC, ou do inglês, *Doha Round of World Trade Organization*, WTO), cuja atuação buscou garantir a abertura do mercado externo para produtos agrícolas com tarifas reduzidas (CLAPP e MOSELEY, 2020). O Brasil teve papel importante nessas negociações, representando os interesses de países do sul global, unidos no grupo G-20, que não encontraram seus interesses contemplados nesses acordos (CLAPP, 2006).

Segundo Monteiro e Cannon (2019), os desdobramentos destas políticas econômicas e acordos comerciais, entre os anos de 1970 e 1980, formulados por instituições de governança global e apoiados por governos com forte influência, como os Estados Unidos, fortaleceram a consolidação de corporações transnacionais, cujos lucros são fruto da fabricação e venda de alimentos ultraprocessados. As políticas neoliberais promoveram

maior investimento estrangeiro, fluxo de capital, desregulamentação da indústria e propiciaram que empresas transnacionais comprassem e assumissem empresas nacionais.

De forma complementar, no campo da agricultura, os reflexos foram o crescimento da dependência na importação de alimentos pelos países em desenvolvimento, a abertura do comércio agrícola atendendo interesses de países industrializados, especialização e concorrência nos mercados de exportação e a consolidação do poder de grandes empresas de produção de alimentos em larga escala em detrimento de pequenos agricultores (CLAPP e MOSELEY, 2020).

No campo da governança global em SAN, a crise alimentar criou um senso de urgência entre os formuladores de políticas públicas, incorporando a SAN de forma robusta na agenda política (DIJK e MEIJERINK, 2014) e fortalecendo o interesse privado na orientação dos sistemas alimentares, baseados na produção de matérias-primas e alimentos ultraprocessados para abastecer mercados globais. Canfield et al. (2021) argumentam que estas medidas institucionais relacionadas aos sistemas alimentares, constituídas sobretudo a partir da atuação da OMC, tiveram repercussões substanciais sobre a definição de SAN. Em 1983, a FAO propôs uma revisão do termo, considerando que a segurança alimentar deve “assegurar que todas as pessoas tenham sempre acesso físico e econômico aos alimentos básicos de que necessitam”, salientando o pilar de acesso aos alimentos (FAO, 1983, p. 1). Mais tarde, a partir da forte influência do BM com a publicação do Relatório sobre Pobreza e Fome, a insegurança alimentar e a fome foram enfatizadas como problemas derivados da baixa renda dos indivíduos e da pobreza contínua ou estrutural ou da “capacidade de comprar alimentos” (WORLD BANK, 1986). Estes fatores contribuíram para descentralizar a governança da FAO nesta agenda e fortalecer uma visão mercadológica da SAN que prioriza o comércio global.

Anos 1990 - Reconhecimento da multidimensionalidade da segurança alimentar e nutricional

No início da década de 1990, a definição oficial de SAN foi refinada, com o reconhecimento da importância das dimensões de preferência alimentar e do contexto nutricional na primeira Conferência Internacional em Nutrição, realizada em 1992. Mais tarde, em 1996, na Cúpula Mundial de Alimentação, a definição de SAN passou a englobar os quatro pilares: disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade, reforçando a natureza multidimensional da SAN (WORLD FOOD SUMMIT, 2006). A definição de cada um dos pilares, segundo o HLPE (2020), é sintetizada no Quadro 2.

Quadro 2 - Pilares da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)

Dimensão da SAN	Definição
Disponibilidade	Ter quantidade e qualidade de alimentos suficiente para satisfazer as necessidades dietéticas de indivíduos, livres de substâncias adversas e aceitáveis dentro de uma determinada cultura, fornecido através da produção interna ou importação.
Acesso	Ter meios financeiros pessoais ou domésticos para adquirir alimentos necessários à dieta, sem que a satisfação de outras necessidades básicas seja ameaçada ou comprometida; e que a alimentação adequada seja acessível a todos, incluindo indivíduos e grupos vulneráveis.
Utilização	Ter dieta adequada, água limpa, saneamento e cuidados com a saúde para alcançar um estado de bem-estar nutricional, onde todas as necessidades fisiológicas são atendidas.
Estabilidade	A capacidade de garantir a segurança alimentar no caso de choques repentinos (por exemplo, choques econômicos, de saúde, conflitos ou crise climática) ou eventos cíclicos (alimentos sazonais, insegurança).

Fonte: HLPE, 2020.

Ainda em 1996, havia a inquietação de que a ampliação do cenário da fome a partir de uma visão que englobasse questões sociais e políticas fosse pautado na Cúpula Mundial sobre Alimentação. Contudo, a orientação deste encontro foi herdada da descentralização da governança da FAO na década de 1970, concentrando seus esforços para o aumento da produção de alimentos básicos e criação de um “sistema de comércio mundial” (CANFIELD et al., 2021).

Nesta ocasião, foram pactuados dois acordos emblemáticos sobre SAN: a Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar Mundial e o Plano de Ação da Cúpula Mundial de Alimentação. Segundo este último, a SAN existe quando “todas as pessoas, em todos os momentos, têm acesso físico e econômico a alimentos suficientes, seguros e nutritivos que atendem às suas necessidades e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável” (FAO, 1996).

A preparação de um fórum alternativo e paralelo à Cúpula Mundial da Alimentação, contudo, foi uma reação de organizações e movimentos sociais, como a La Via Campesina, para reivindicar a soberania alimentar em detrimento da visão mercantilizada da SAN. Os movimentos responsabilizaram as políticas econômicas e de ajustes fiscais da OMC e BM de favorecerem a liberalização do comércio por globalizar a fome e a

pobreza; além de atravancarem a autonomia dos países na produção de seus próprios alimentos no âmbito local, impedindo o acesso de pequenos agricultores a recursos naturais como terra, água e sementes, de forma a favorecer as empresas transnacionais (THOMPSON, 2015). A soberania alimentar seria, portanto, uma via de oposição às injustiças associadas à globalização dos sistemas alimentares, dominados por corporações transnacionais e moldados pelo comércio a nível global sem a participação do agricultor (WITTMAN et al., 2010).

O fortalecimento da discussão plural e diversa que emerge dos movimentos sociais neste período, no contexto global, teve representatividade brasileira e foi fruto de um contexto de luta e mobilização social a favor da SAN no país. O sociólogo Herbert de Souza (conhecido como Betinho), neste contexto, por meio da Ação Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, alçou os debates sobre a fome no Brasil no contexto midiático e mobilizou ações por parte da sociedade civil. Esses fatores pressionaram o governo federal a estabelecer, em 1993, um órgão de assessoramento direto ao presidente da república: o Conselho Nacional de SAN (Consea) (JAIME, 2019). No ano seguinte, segundo o IPEA (2014), dois eventos antagônicos foram emblemáticos para o campo da SAN: a extinção do Consea durante instabilidades políticas de transição governamental e a realização da primeira Conferência Nacional de SAN, que teve papel relevante na mobilização para a Cúpula Mundial de Alimentação em 1996.

Anos 2000 - Crise alimentar do aumento de preço dos alimentos

O campo da nutrição e da SAN na década de 2000 é marcado pela diminuição da fome crônica no mundo ao mesmo tempo em que a prevalência de condições crônicas não transmissíveis - particularmente aquelas relacionadas à dieta inadequada - tornam-se um importante problema de saúde pública. Segundo dados da FAO (FAO et al., 2003), entre 1990-1992 e 1999-2001, mais de 80 milhões saíram de um patamar de fome crônica, sobretudo a partir do progresso de elementos fundamentais para a garantia da SAN: crescimento econômico e do setor agrícola e consolidação de redes sociais e de garantia de renda. Neste mesmo período, calcula-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), relacionadas às mudanças dos padrões alimentares no mundo, contribuíram com aproximadamente 46% da carga global de doenças e 60% do total de 56,5 milhões de mortes relatadas no mundo (WHO, 2003).

Contudo, o combate à fome ainda dominava a narrativa internacional. Cita-se, neste contexto, um importante apelo mundial a partir da pactuação, no âmbito da ONU com apoio de seus países-membros, dos oito grandes objetivos globais, conhecidos

como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ROMA, 2019). Almejava-se, com este acordo global, a eliminação de problemas que afetavam especialmente as populações pobres de países menos desenvolvidos (RIBEIRO, 2016). No que diz respeito à SAN, no primeiro objetivo, dedicado a erradicar a extrema pobreza e a fome, foram apresentadas metas de redução da pobreza e da fome à metade dos níveis de 1990.

O Brasil foi um dos países signatários desta agenda mundial de desenvolvimento. Este impulso, em conjunto com os desdobramentos da intensa mobilização social dos anos progressos, marcam um período de intenso combate à fome no país a partir da década de 2000. A partir de 2003, um conjunto de ações implementadas pela gestão pública no combate à fome passa a ocorrer de forma coordenada. O maior expoente dessas estratégias foi o programa Fome Zero, cuja centralidade era a de intervir na pobreza em todas as suas dimensões e de combater a fome, trazendo esses temas para o centro da agenda política nacional pela primeira vez e constituindo-se ainda como um destaque na agenda internacional do combate à fome (FAO, 2003). Cita-se também o programa Bolsa Família, voltado à transferência direta de renda e sem intermediários para as famílias cadastradas no Cadastro Único. Junto com a garantia de renda e suas condicionalidades, envolvendo ações nas áreas de saúde, educação e assistência social, o Bolsa Família contribuiu para a melhoria da educação, eliminação do trabalho infantil, inclusão produtiva na sociedade e acesso a serviços básicos de saúde, além de melhorar a disponibilidade e a aquisição de alimentos entre famílias de baixa renda (CAMPELLO e NERI, 2013; MARTINS e MONTEIRO, 2016; JAIME, 2019).

O programa Fome Zero também marca a restituição do Consea, a organização da segunda Conferência Nacional de SAN cujo tema foi “A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional” e a criação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Losan), em 2006 (BRASIL, 2006). A Losan cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) e contextualiza a SAN (incorporando a dimensão “nutricional”) como:

(...) a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (art. 3º da Lei n. 11.346/2006).

Esses acontecimentos marcam a abertura de um período auspicioso para a SAN no Brasil, que, a partir do reconhecimento do direito humano à alimentação adequada e da saúde, por meio de marcos legais ou pela assinatura de tratados internacionais,

passa a refletir sobre a formulação e implementação de diferentes mecanismos e ações (por parte da gestão pública) para garantir sua efetivação (JAIME, 2019).

No contexto global, contudo, a insegurança alimentar e a fome, que mostravam sinais de declínio, foram dramatizadas entre os anos de 2007/08, decorrentes da emblemática crise no aumento do preço dos alimentos. Segundo estimativas iniciais da FAO (2008), em 2007, cerca de 923 milhões de indivíduos estavam em situação de fome; em 2008, um adicional de 40 milhões de pessoas passaram a se somar a este contingente, totalizando 963 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar grave. Durante este período, os preços de alimentos básicos como milho, trigo e arroz aumentaram vertiginosamente (FAO et al., 2008; HEADEY e FAN, 2008). Os impactos do aumento dos preços foram sentidos mais intensamente por grupos de baixa renda de países em desenvolvimento, isto porque grande parte da renda familiar limitada deste público é dedicada à compra de alimentos (FAO et al., 2008).

Do ponto de vista econômico, a crise foi resultado de uma conflagração de fatores ou de uma “tempestade perfeita” de eventos, que incluíram o aumento da demanda de grãos para a produção de biocombustíveis nos Estados Unidos e na União Europeia; restrições comerciais às exportações; eventos climáticos; aumento da demanda por alimentos fonte de proteína; especulação financeira em commodities agrícolas e aumento dos preços da energia e combustíveis - essenciais às etapas de produção e distribuição dos sistemas alimentares (HEADEY e FAN, 2008). É importante ressaltar que nos anos pregressos, a consolidação do modelo econômico neoliberal impulsionou governos a incentivarem a produção de gêneros agrícolas para exportação em países em desenvolvimento em detrimento de alimentos básicos para abastecer o consumo interno, que, neste caso, deveriam ser importados. Esses fatores tiveram peso na dramatização da fome durante a crise de 2007/08.

Esta crise criou um senso de urgência entre os formuladores de políticas, fortalecendo a SAN na agenda política. Exemplo disso foram as preocupações sobre os altos preços dos alimentos e dos combustíveis na Cúpula sobre Segurança Alimentar Global, que reuniu líderes mundiais, em 2008. Esse impulso político, no entanto, foi um incentivo para aumentar o investimento do setor privado nos sistemas agroalimentares globais, beneficiando novamente grandes corporações transnacionais de ultraprocessados, relacionadas ao comércio de commodities, insumos agrícolas, processamento e distribuição de alimentos. Esse cenário contribuiu para consolidar vulnerabilidades importantes dentro dos sistemas alimentares, enfraquecendo pequenos produtores de alimentos, ao passo que consolidaram o papel de grandes empresas de ultraprocessados no sistema alimentar global, baseado na produção de commodities e no comércio global de ultraprocessados. Um exemplo disso foi a criação de uma força tarefa de alto nível para lidar com a crise alimentar, composta pela FAO, BM e OMC, na contramão do que pregavam os movi-

mentos sociais, que lutavam pela incorporação da soberania alimentar e pela convocação de um fórum multilateral para tratar as discussões sobre a SAN (CANFIELD et al., 2021).

Anos 2010 - A segurança alimentar e nutricional pela lente dos sistemas alimentares, guias alimentares e sustentabilidade

A partir de meados da década de 2010, cresce o entendimento a respeito das implicações dos sistemas alimentares sobre outros sistemas globais, com destaque para os sistemas ecológicos, impulsionando a lente analítica que compreende a SAN enquanto um produto dos sistemas alimentares. O complexo mosaico de sistemas alimentares congrega um conjunto de elementos e atividades relacionadas à produção, processamento, distribuição, preparo, consumo e descarte de alimentos, que são influenciados por aspectos político-econômicos, de infraestrutura, tecnologia e inovação, socioculturais e biofísicos/ambientais (HLPE, 2017).

A consolidação do modelo hegemônico, globalizado e insustentável do sistema alimentar atual tem falhado em alimentar a todos de forma saudável e adequada. Nas últimas décadas, os padrões alimentares, no Brasil e no mundo, vêm sofrendo alterações importantes, sobretudo pela redução no consumo de alimentos nutritivos como frutas e hortaliças e o aumento da ingestão de açúcares, gorduras e alimentos ultraprocessados. Sabe-se que a alimentação não saudável é um dos principais fatores de risco para má nutrição e para o desenvolvimento de DCNT (WHO, 2003). Esse fator, em conjunto com outros determinantes, contribui para o cenário epidemiológico que temos atualmente: a coexistência de três formas da má nutrição, incluindo a desnutrição, a deficiência de micronutrientes e o sobrepeso/obesidade (relacionado com o desenvolvimento de DCNT) em todos os ciclos da vida (UNGNA, 2015; SCRINIS, 2020).

Acessar esse cenário complexo e influenciado por uma miríade de fatores foi um dos objetivos da Segunda Conferência Internacional de Nutrição de 2014, organizada pela FAO e que contou com a participação de diversos líderes mundiais. Nesta ocasião, o diretor geral da FAO, o brasileiro José Graziano, pontuou que acessar o desafio de garantir a SAN e a eliminação da má nutrição em todas as suas formas depende da reformulação dos sistemas alimentares, reforçando pactos globais como a Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar Mundial e o Plano de Ação da Cúpula Mundial de Alimentação (FAO et al., 2015).

Durante este período também começou a se discutir as implicações diretas dos sistemas alimentares sobre a degradação do solo, perda de biodiversidade e mudanças

climáticas, representando ameaças à saúde humana e mais-que-humana (SWINBURN et al., 2019). Tais efeitos foram amplamente descritos no quinto relatório do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas, em 2014, com enfoque nas contribuições dos sistemas alimentares sobre a agudização das mudanças climáticas e sobre os impactos das mudanças climáticas em todas as etapas dos sistemas alimentares e na SAN (PORTER et al., 2014). Mais recentemente, em 2019, o relatório da Comissão Lancet (SWINBURN et al., 2019), ao integrar a emergência climática aos desfechos da má nutrição, apontou os problemas estruturais provocados pelo sistema alimentar hegemônico. Tal sistema, segundo o documento, é controlado por poucas corporações, estimula a padronização da produção e do consumo de alimentos e valoriza alimentos de baixa qualidade nutricional. As externalidades deste sistema provocam danos ao meio ambiente e à saúde planetária e estão na origem da sindemia global de desnutrição, obesidade e mudanças climáticas. Tais condições agem em conjunto e se reforçam à medida em que as ações políticas contundentes para conter a pressão e o desbalanço nas relações de poder nas relações entre governos e corporações de ultraprocessados não são implementadas (BORTOLETTO et al., 2022).

Responder a estes desafios requer uma abordagem que acesse suas complexidades de uma forma holística e sustentável. É neste sentido que é proposta a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Sucedendo os ODM, a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, incluindo 17 objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), é uma pactuação de objetivos no nível global com o objetivo de guiar as ações de desenvolvimento locais até 2030. A alimentação e a segurança alimentar têm papel central nesta agenda, sendo o ODS 2 “fome zero e agricultura sustentável” focado diretamente nas ações de combate à fome, melhoria da nutrição, promoção da agricultura sustentável e à garantia de segurança alimentar (UN, 2015). No campo da alimentação e da SAN, o desenvolvimento sustentável foi incorporado a partir da lente de dietas saudáveis e sustentáveis por meio do desenvolvimento, revisão e implementação de guias alimentares baseados em alimentos. Os guias têm como objetivo “estabelecer uma base para a alimentação e nutrição pública, políticas de saúde e agrícolas e programas de educação nutricional para fomentar hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis” (FAO, 2022). Já as dietas saudáveis e sustentáveis são padrões alimentares que protegem e respeitam a biodiversidade e os ecossistemas, além da saúde e bem-estar dos indivíduos; que sejam culturalmente aceitáveis, disponíveis, economicamente acessíveis e justas; e nutricionalmente adequadas, saudáveis e seguras (FAO e WHO, 2019).

Durante este mesmo período, diversos documentos internacionais que se debruçaram sobre as relações entre sistemas alimentares, SAN, sustentabilidade e biodiversidade foram publicados. Para além do livro “Dietas sustentáveis e biodiversidade: direções e soluções para políticas, pesquisa e ação” (BURLINGAME e DERNINI, 2010), foram

publicados o emblemático relatório comissionado pela EAT-Lancet: “Alimentos no Antropoceno: a Comissão EAT-Lancet sobre dietas saudáveis a partir de sistemas alimentares sustentáveis” (WILLETT et al., 2019) e o relatório da Sindemia Global de Obesidade, Desnutrição e Mudanças Climáticas (SWINBURN et al., 2019). Em sinergia com os objetivos e metas da Agenda 2030, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) também propôs seis metas globais prioritárias no campo da nutrição até 2025 no âmbito da Década de Ação pela Nutrição, com enfoque na nutrição materno infantil e de crianças, e das DCNT relacionadas à má alimentação. No entanto, a progressão das metas estabelecidas tem ocorrido de forma bastante lenta e injusta, considerando as condições de vulnerabilidade social (GLOBAL NUTRITION REPORT, 2018).

É tendo esse contexto como pano de fundo que o Painel de Especialistas de Alto Nível em Alimentos, Segurança e Nutrição (do inglês HLPE), que faz a interface científico-política do Comitê em Segurança Alimentar Global, ligado à FAO, publicou um relatório (HLPE, 2020) reconhecendo a evolução do conceito de SAN, no qual os pilares de “agência” e “sustentabilidade” (explicitados no Quadro 3) somam-se às quatro outras dimensões (disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade). Juntas, essas seis dimensões devem garantir o direito à alimentação adequada. Segundo os pesquisadores do painel, recuperar o entendimento da SAN enquanto a concretização de um direito deve estar no cerne da articulação da narrativa global sobre SAN e sustentabilidade.

Quadro 3 - Pilares incorporados à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)

Dimensão incorporada à SAN	Definição
Agência	Indivíduos ou grupos com a capacidade de agir independentemente para fazer escolhas sobre o que eles comem, os alimentos que produzem, como esses alimentos são produzidos, processados, e distribuído, e de se envolver em processos políticos que moldam os sistemas alimentares. A proteção da agência requer sistemas sócio-políticos que sustentem a governança estruturas que permitam a realização da SAN para todos.
Sustentabilidade	Práticas do sistema alimentar que contribuam para a regeneração a longo prazo dos sistemas naturais, sociais e econômicos, garantindo que as necessidades alimentares das gerações atuais sejam atendidas sem comprometer as necessidades alimentares das gerações futuras.

Fonte: HLPE, 2020.

Os avanços na incorporação da lente analítica de sistemas alimentares e da sustentabilidade e a efervescência da publicação acadêmica no tema foram fortemente inspirados pela experiência e vanguardismo brasileiro na área de SAN. O ápice da consolidação da temática da SAN na agenda política nacional foi a criação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), em 2010, fruto da intensa mobilização social na 2ª Conferência Nacional de SAN, com o tema “A construção da política nacional de SAN”. A PNSAN foi elaborada como estratégia de articulação das ações de SAN, envolvendo as políticas públicas de vários setores de governo e as instâncias de participação, acompanhamento e controle, com participação da sociedade civil (JAIME, 2019). Neste mesmo ano, por meio da Emenda Constitucional n.64, a alimentação passou a ser reconhecida enquanto direito fundamental da população brasileira. Recine e Leão (2010) ressaltam a importância desse marco legal e normativo, uma vez que, a partir dele, o Estado assume suas obrigações legais de respeitar, proteger, promover e prover o direito humano à alimentação adequada.

Todo o arcabouço de políticas, ações e marcos legais sobre a SAN, construído sobretudo a partir dos anos 2000, teve reflexo no cenário de saúde da população. A aplicação da Pesquisa Nacional em Saúde mostrou que, em 2004, quase 65% da população estava em situação de SAN e 35% em INSAN. O inquérito posterior apontou uma ligeira melhora na INSAN (queda de 5 pontos percentuais) entre 2004 e 2009, sendo que a queda mais acentuada da insegurança alimentar foi observada entre o 2009 e 2013 de, respectivamente, 30,4% para 22,9%. Olhando especificamente para as nuances de INSAN, observou-se, em 2009, um ligeiro aumento da INSAN leve e uma diminuição da INSAN moderada e grave, ou seja, os indivíduos saíram de uma situação de fome para uma situação de incerteza no acesso aos alimentos; já em 2013, notou-se queda nos três tipos de INSAN, isto é, os indivíduos saíram da INSAN e passaram para uma situação de SAN. Neste sentido, o número de brasileiros em situação de SAN foi de cerca de 70% para 77%, sendo que em 2014 o Brasil deixou o mapa da fome da ONU (CAMPELLO e BORTOLETTO, 2022).

A redução da insegurança alimentar no Brasil neste período foi pavimentada pela criação e implementação de ações e políticas públicas multidimensionais relacionadas à promoção do direito humano à alimentação adequada e saudável. Citam-se, por exemplo: (i) a priorização da questão da fome e da SAN na agenda política, sendo um de seus principais expoentes o Programa Fome Zero; (ii) o aumento do poder aquisitivo dos brasileiros mais pobres a partir da geração de empregos formais, crescimento do salário mínimo e a partir de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família; (iii) fortalecimento de políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas a públicos específicos, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar, Programa de Alimentação do Trabalhador, além de políticas voltadas à produção e abastecimento de alimentos

como o fortalecimento da agricultura familiar e o Programa de Aquisição de Alimentos; e (iv) fortalecimento da agenda de participação social no processo decisório, a partir, por exemplo, da recriação do CONSEA.

Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2008-2009 apontaram o início de mudanças importantes na qualidade da alimentação da população brasileira (IBGE, 2010), que se manifestou no aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade naquele período (52,5% e 17,9%, respectivamente - BRASIL, 2015). A tradicional dieta à base de arroz e feijão diminuiu à medida que aumenta o rendimento familiar *per capita*, ao passo que o consumo de pizzas, salgados fritos, doces e refrigerantes se elevou. As transformações sociais, econômicas e culturais ocorridas na sociedade durante este período, em conjunto com a penetração das indústrias alimentícias nos sistemas alimentares que facilitam o acesso a uma ampla variedade de produtos alimentícios ultraprocessados, foram os motores das mudanças nos padrões alimentares e de saúde da população.

Reconhecendo o papel das indústrias e das formulações alimentícias nos perfis de saúde da população, Monteiro et al. (2016) propuseram uma nova classificação dos alimentos baseada na extensão e propósito do processamento, a classificação NOVA. A classificação NOVA propõe quatro grupos de alimentos: (i) alimentos in natura e minimamente processados, (ii) ingredientes culinários processados; (iii) alimentos processados e (iv) alimentos ultraprocessados. A NOVA também foi amplamente incorporada nas pesquisas internacionais e nacionais sobre epidemiologia nutricional, sendo que o número de estudos mostrando a relação entre o consumo de ultraprocessados e desfechos na saúde como síndrome metabólica, depressão, obesidade e sobrepeso, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, entre outros, tem aumentado de maneira exponencial (MONTEIRO et al., 2016).

Tal foi a relevância desta classificação que o Ministério da Saúde, em parceria com o Núcleo de Pesquisa Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (Nupens) da Universidade de São Paulo, realizou a atualização do Guia Alimentar para a População Brasileira, em 2014, com a incorporação da NOVA. A mensagem central do Guia, “desembale menos, descasque e cozinhe mais”, sinaliza as recomendações de preferência pelos alimentos *in natura*, como frutas, legumes e verduras e preparações culinárias em detrimento dos ultraprocessados (BRASIL, 2014). O Guia também é inovador ao se debruçar sobre as discussões sociais, culturais e ambientais da alimentação e da SAN, salientando a importância de reconhecer o porquê, como, com quem e em quais circunstâncias as refeições são preparadas e consumidas. O Guia sustenta-se, sobretudo, no entendimento de que a “alimentação adequada e saudável deriva de sistema alimentar social e ambientalmente sustentável”, sublinhando a importância da reflexão sobre os impactos ambientais da alimentação. O Guia alimentar brasileiro foi reconhecido internacionalmente por sua

inovação ao pensar a alimentação a partir de uma perspectiva multidimensional, congregando aspectos sociais, culturais e ambientais; e ao evidenciar a influência crítica da indústria de alimentos na aquisição e consumo de alimentos ultraprocessados.

Anos 2020 - Entrelaçamentos entre a crise de insegurança alimentar, crise de Covid-19 e emergência climática

Apesar do progresso na evolução do conceito de SAN e sua incorporação na formulação de políticas, pouco se tem avançado na garantia de segurança alimentar e nutricional para todos. Contrariamente, as evidências mais recentes apontam que o mundo tem regredido em relação às metas acordadas no âmbito da Agenda 2030. Segundo os dados mais recentes do Relatório SOFI (FAO, 2022), perto de 670 milhões de pessoas (ou 8% da população mundial) estarão em situação de fome no ano de 2030, ou seja, o mesmo patamar de 2015 quando a agenda 2030 foi proposta.

A eclosão da pandemia de Covid-19 em 2020, foi um evento cataclísmico para o sistema global que amplificou a crise alimentar mundial, intensificando os desafios no campo da SAN e promovendo disrupturas nos sistemas alimentares e o aumento da fome no mundo. O Relatório Global sobre Crises Alimentares de 2020, do Programa Mundial de Alimentos, estimou que um adicional de mais de 130 milhões de pessoas enfrentaram a fome aguda durante este período (FSIN, 2020).

Com a iminência da pandemia, governos nacionais e locais implementaram uma série de medidas para frear a disseminação do vírus, incluindo *lockdowns*, quarentenas, restrições de viagens, fechamento de atividades comerciais e toques de recolher. Tais medidas foram cruciais para minimizar a propagação do vírus, mas também tiveram consequências sociais, econômicas e políticas. No campo econômico, as restrições tiveram impacto na economia global, contribuíram para a perda de empregos e de rendimentos entre as famílias, levando a um declínio significativo da atividade econômica. Em 2020, estimativas do Banco Mundial indicavam que entre 88 e 115 milhões de pessoas em todo o mundo seriam empurradas para a pobreza extrema neste mesmo ano (WORLD BANK, 2020).

Além disso, a complexa interação entre a economia global e os mercados locais resultaram em tendências desiguais dos preços dos alimentos. Essa tempestade perfeita de eventos contribuiu para o aumento considerável da fome e da insegurança alimentar a partir da redução do acesso, disponibilidade e acessibilidade aos alimentos. Este cenário exigiu das autoridades a implementação de políticas e programas de proteção social e de renda agudas e voltadas, principalmente, às populações vulneráveis.

No Brasil, a Lei 13.982 criou o auxílio emergencial com o objetivo de mitigar os impactos econômicos causados pela pandemia. Inicialmente o repasse foi de R\$ 600,00, por três meses, aos trabalhadores informais e de baixa renda. No ano de 2021, durante os meses de janeiro a março, o auxílio esteve suspenso, sendo restabelecido somente em abril com valores reduzidos e escalonados de R\$150,00 a 375,00 (CEF, 2021). Contudo, o repasse ocorre em um contexto de profunda iniquidade social, econômica e de saúde, aumento do desemprego/informalidade, inflação de alimentos alta e falta de uma governança nacional adequada para lidar e mitigar os efeitos da pandemia de Covid-19, sendo insuficiente para garantir dignidade às famílias mais vulneráveis.

No campo da SAN, a pandemia atinge o país em um contexto de desmonte e extinção de políticas públicas e ações estruturais voltadas ao combate à fome e a proteção social como o Programa Nacional de Alimentação Escolar, o Programa de Aquisição de Alimentos da agricultura familiar e o Bolsa Família. Como resultado, mais da metade da população brasileira não tem acesso pleno e permanente a alimentos (125,2 milhões de pessoas) e 33 milhões estão em situação de fome, tendo seu direito à alimentação digna violado (REDE PENSSAN, 2022).

Para além das consequências econômicas e de saúde, os impactos da pandemia de Covid-19 se estenderam sobre a própria qualidade das dietas, no Brasil e no mundo. Sabe-se que a dieta inadequada é uma das principais causas de deficiências de micronutrientes e de outras doenças crônicas como sobrepeso e obesidade, que já apresentavam níveis altos mesmo antes da pandemia. Além disso, doenças como obesidade, hipertensão e diabetes aumentam o risco e letalidade da própria Covid-19. Neste sentido, existe grande preocupação sobre o aumento de dietas com baixa qualidade nutricional e ausência de nutrientes importantes.

Uma revisão sistematizada da literatura que procurou acessar o consumo de alimentos ultraprocessados antes e durante a pandemia mostrou uma clara tendência de aumento no consumo ultraprocessados como doces, lanches prontos para o consumo e produtos de panificação durante o *lockdown*; para produtos de origem animal, como a carne, não encontradas mudanças - potencialmente pela dificuldade no acesso a esses alimentos (DE NUCCI et al., 2022). Durante o período inicial da pandemia de Covid-19 no Brasil, um estudo que investigou a alimentação de uma coorte de brasileiros antes e na vigência da pandemia constatou ligeiro aumento no consumo de alimentos que são marcadores de alimentação saudável e estabilidade no consumo de alimentos marcadores de dietas não saudáveis. Contudo, padrões menos favoráveis de mudança (com tendência de aumento tanto de alimentos saudáveis e não saudáveis) foram observados no Nordeste e Norte do país e entre pessoas com menor escolaridade, sugerindo desigualdades sociais na resposta à pandemia (STEELE et al., 2020).

Essas evidências demonstram a importância não só de aferir o consumo, mas entender a acessibilidade às dietas. Segundo dados do FAO (2022), o número de indivíduos incapazes de acessar uma dieta saudável em todo mundo saltou de 112 milhões para quase 3,1 bilhões, números que refletem os impactos dos preços dos alimentos durante a pandemia. Análises de padrões alimentar no Brasil e no mundo demonstram que a qualidade e quantidade de alimentos ingeridos nas dietas tende a piorar com o crescente de insegurança alimentar, contudo, as formas como as dietas se comportam variam de acordo com a renda *per capita* do país (FAO, 2021). O segundo inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 apontou que as famílias que se encontravam em situação mais grave de privação de alimentos reduziram o acesso a alimentos básicos como arroz (49,0%), feijão (46,5%) e deixaram de comprar frutas (64,0%), vegetais (63,6%) e carnes (70,4%) (REDE PENSSAN, 2022). Outro estudo, realizado pela UNICEF, analisou os hábitos alimentares de famílias com crianças menores de seis anos apoiadas pelo Bolsa Família e apontou que cerca de 80% das famílias relataram o consumo de alimentos ultraprocessados pelos pequenos no dia anterior à entrevista (UNICEF, 2021).

Neste ano de 2023 as perspectivas para o progresso da insegurança alimentar global não são promissoras. De maneira oposta, espera-se que o quadro se deteriore ainda mais em relação a 2021. Como agravantes deste cenário, citam-se os efeitos agudos e de médio/ longo prazo das mudanças climáticas e da guerra em curso entre Ucrânia e Rússia, que se somam à pandemia de Covid-19 e contribuem para agravar o quadro de insegurança alimentar e nutricional global, expondo as fragilidades dos sistemas alimentares globalizados e a ausência de respostas institucionais à essas crises (FSIN, 2022).

As repercussões da guerra sobre a SAN estão relacionadas, em partes, à escalada do conflito em si, resultando na destruição de infraestruturas locais, violência e medo, fatores que contribuem para deslocamentos e migrações forçadas. Sabe-se que a insegurança alimentar é consequência marcante dos deslocamentos forçados, e constitui um emergente problema de saúde global, pois concomitante aos crescentes números de indivíduos refugiados também se ampliam a gama de doenças crônicas e nutricionais (GUERRA et al., 2019). Segundo a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR), mais de 8 milhões de pessoas refugiadas da Ucrânia foram registradas em toda a Europa até fevereiro de 2023 - com destaque para mulheres e crianças (ACNUR, 2023).

Citam-se ainda os desdobramentos da guerra sobre a economia mundial, que se traduzem no aumento da inflação dos alimentos, sobretudo em países do sul global que já lidam com a alta da inflação e sentirão mais seus efeitos, como é o caso do Brasil. Isto ocorre porque a Rússia e a Ucrânia têm participação destacada nos setores de produção de alimentos e energia. Ambos os países correspondem a quase 30% das exportações globais de trigo e a quase 80% das exportações de girassol (óleo, semente e farelo). A

Rússia também desponta como o principal exportador de fertilizantes do mundo. As sanções políticas e econômicas impostas à Rússia, incluindo restrições quanto à distribuição e transporte de grãos, bem como os impactos da guerra na exportação de matérias primas para a produção de combustíveis e de alimentos, implicam em impactos disruptivos sobre os sistemas alimentares globalizados e sobre a SAN (FSIN, 2022).

PERSPECTIVAS FUTURAS EM SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: JUSTIÇA, SAÚDE GLOBAL E UMA VISÃO MULTIDIMENSIONAL SOBRE SUSTENTABILIDADE

Diante deste cenário complexo em que o colapso dos sistemas alimentares globalizados e seus desdobramentos são motores da construção de grandes desigualdades e de impactos que extrapolam o campo da SAN, a construção de alternativas antagônicas que possam confrontar este cenário torna-se crucial. Aqui, discutimos três perspectivas que julgamos essenciais para pautar a discussão sobre SAN diante deste contexto: justiça (em particular justiça alimentar), saúde global e sustentabilidade.

A justiça alimentar está relacionada à capacidade de construir alternativas e resistências fundamentais que refutam o sistema alimentar dominante (GOTTLIEB, 2013). Ao acessar questões relacionadas à classe, gênero, iniquidades, raça e às consequências sociais, econômicas, ambientais e de saúde associadas ao sistema alimentar dominante, esta abordagem poderá contribuir para guiar as ações políticas do ponto de vista social, evocando discussões e ações com enfoque na equidade, nas disparidades, nas lutas dos mais vulneráveis e nos desbalanços de poder no âmbito dos sistemas alimentares. Poderá contribuir, ainda, do ponto de vista ambiental, ao lançar luz às interconexões entre saúde e ambiente, globalização, mudanças climáticas, uso sustentável do solo, entre outros.

A justiça alimentar pode ser trabalhada a partir de diversas ações dentro dos sistemas alimentares, sendo que o contexto emergencial da pandemia mostrou a força e a amplitude do protagonismo das respostas alternativas a partir da coletividade. Nesta linha, tem ganhado força as políticas voltadas à produção de alimentos nas cidades ancoradas em práticas agroecológicas e sustentáveis de produção (FAO, 2021). Alinhadas à ideia de subsidiar a capacitação e a garantia de renda de pequenos e médios agricultores familiares, comércios locais e cadeias curtas de abastecimento, as iniciativas que emergem em diversos centros urbanos evidenciam que, além de garantir a SAN e a diversi-

dade das dietas tradicionais, a agricultura urbana e periurbana contribui para a integração das áreas urbana e rural dos municípios; para mitigar a emissão de gases do efeito estufa e diminuir o desperdício de alimentos; e oportunizar acesso fácil e barato à alimentos saudáveis. Além disso, sua contribuição tem sido reconhecida para evitar momentos de desabastecimento causados por alterações emergenciais, como na pandemia de Covid-19 (RIBEIRO et al., 2015; SWINBURN et al., 2019). Neste sentido, essas práticas têm sido reconhecidas como uma via de oposição relevante nas discussões sobre sistemas alimentares e cidades sustentáveis, resilientes, equitativas e justas (FAO, 2020).

A sustentabilidade na SAN tem sido pauta, principalmente, sob a ótica da Agenda 2030. E, embora esse pacto global de desenvolvimento sustentável tenha ganhado grande amplitude nacional e global nos últimos anos, diversos documentos a partir de 2016 (e sobretudo durante a pandemia de Covid-19) demonstraram que apesar do compromisso voltado a um modelo mais sustentável, equitativo e inclusivo, pouco se tem avançado para atingir as metas pactuadas. A permanência de um modelo desenvolvimentista pouco sustentável em conjunto com a ausência de financiamento por parte de países desenvolvidos, e de agências da ONU e agências multilaterais como o BM – cujo discurso é construído em cima da Agenda 2030 – se somou, durante o período da pandemia, à pobreza e iniquidades de modo acelerado (DI GIULIO et al., 2021). É neste contexto que compreendemos que os desafios colocados à agenda de SAN devem ser acessados a partir de uma perspectiva multidimensional sobre sustentabilidade, entendida como um conceito crítico e interdisciplinar que evoca questões que vão além do tripé social-ambiental-econômico, incluindo diversidade cultural, solidariedade com o planeta (e com a sua biodiversidade), equidade e valores éticos, direitos, justiça e autonomia (VENTURA et al., 2020).

A incorporação desta lente analítica e multidimensional da sustentabilidade ganha reforço com os estudos críticos da saúde global. Para Biehl (2014), o campo da saúde global configura-se como sendo um novo terreno no qual antigas disputas ideológicas, geopolíticas e metodológicas são reconfiguradas na esfera global. Ao se debruçar sobre essas disputas que permeiam a agenda internacional de saúde, bem como sobre as disputas de poder entre as diferentes partes interessadas, incluindo países, governos, instituições públicas e privadas internacionais, os estudos críticos da saúde global têm como desafio central ir além de visões dominantes e homogeneizadoras (DI GIULIO e NUNES, 2022). Buscam, sobretudo, desvelar como a produção contínua da desigualdade, a circulação do poder e a produção de relações de dominação e negligência produziram e continuam a produzir as crises sistêmicas atuais, como a própria crise da insegurança alimentar.

Assim, argumentamos que o enfrentamento da fome e da má nutrição em todas as suas formas deve passar, necessariamente, pela reconfiguração de poderes e disputas de nar-

rativas da governança global de SAN e do multilateralismo, que deve ser fortalecido. A governança global de SAN sensível às dinâmicas sociais, econômicas e ambientais relacionadas aos sistemas alimentares, comprometida com os acordos e metas pactuadas globalmente, com o protagonismo da FAO, e a partir do reconhecimento, por parte de governos e agências da ONU, de que as indústrias alimentícias não serão responsáveis por se auto regular e liderar a mudança para sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis poderá contribuir para uma resposta coordenada, sistematizada durante crises (como a da Covid-19) e de longo prazo.

Reconhecemos, ainda, a necessidade da retomada da atuação brasileira na arena internacional que pauta as políticas de alimentação, nutrição e SAN, esvaziada pela guinada de governos conservadores de extrema direita ao Governo Federal, sobretudo durante a pandemia de Covid-19. O papel de destaque e o vanguardismo brasileiro nesta agenda são qualificados pela sua histórica luta na construção de políticas públicas inovadoras e sensíveis ao contexto social e de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ACNUR - AGÊNCIA DA ONU PARA REFUGIADOS. Um ano após invasão russa, insegurança dificulta intenções de retorno de ucranianos. **ACNUR**, 23 fev. 2023. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2023/02/23/um-ano-apos-invasao-russa-inseguranca-dificulta-intencoes-de-retorno-de-ucranianos-diz-acnur/> Acesso em: 26 set. 2023.

BIEHL, J. P. Peopling global health. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, p. 376-389, 2014.

BORTOLETTO, A. P; CAMPELLO, T; JAIME, P. C. A sindemia global na perspectiva brasileira. **Nexo jornal**, São Paulo, 1 abr. 2022. Políticas Públicas.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 set. 2005. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil: 2014**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BURLINGAME, B.; DERNINI, S. **Sustainable diets and biodiversity**: directions and solutions for policy, research and action. Rome: FAO, 2010..

CAMPELLO, T.; BORTOLETTO, A. P. **Da fome à fome**: diálogos com Josué de Castro. São Paulo: Elefante, 2022.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. **Programa Bolsa Família**: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013.

CANFIELD, M.; ANDERSON, M.; MCMICHAEL, P. UN Food Systems Summit 2021: Dismantling Democracy and Resetting Corporate Control of Food Systems. **Frontiers in Sustainable**, v. 5, n. 661552, 2021.

CARVALHO, P. N. Da crise à abundância: Segurança alimentar e modernização agrícola na Europa no pós-Segunda Guerra Mundial. **História & Perspectivas**, Uberlândia, v. 59, p. 1 41-154, 2018.

CEF - CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Auxílio emergencial 2021**. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/auxilio/auxilio2021/Paginas/default> Acesso em: 21 maio 2021

CLAPP, J. WTO Agriculture Negotiations: Implications for the Global South. **Third World Quarterly**, v. 27, n. 4, p. 563-577, 2006.

CLAPP, J.; MOSELEY, W. G. This food crisis is different: COVID-19 and the fragility of the neoliberal food security order. **The Journal of Peasant Studies**, v. 47, n. 4, p. 1393-1417, 2020.

D'AGOSTINI, A.; HOYOS, C. J. C. Segurança Alimentar e Soberania Alimentar: Convergências e Divergências. **Revista Nera (UNESP)**, v. 35, p. 174-198, 2017.

DE NUCCI, S. et al. Public Health Response to the SARS-CoV-2 Pandemic: Concern about Ultra-Processed Food Consumption. **Foods**, v. 11, n. 950, 2022.

DI GIULIO, G. M. et al. Saúde Global e Saúde Planetária: perspectivas para uma transição para um mundo mais sustentável pós COVID-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, 2021.

DI GIULIO, G. M.; NUNES, J. 2022: entre marcos e crises, a urgência de ações transformadoras. **Jornal da USP**, São Paulo. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/2022-entre-marcos-e-criises-a-urgencia-de-aco-es-transformadoras/>. Acesso em: 15 set. 2022.

DIJK, M. V.; MEIJERINK, G. W. A review of global food security scenario and assessment studies: Results, gaps and research priorities. **Global Food Security**, n. 20, 2014.

ERICKSEN, P. et al. The value of a food system approach. Food security and global environmental change. In: INGRAM, J.; ERICKSEN, P.; LIVERMAN, D. (Eds.), **Food Security and Global Environmental Change**, p. 25-45, 2010.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **World Food Security: a Reappraisal of the Concepts and Approaches**. Rome: Director Generals Report, 1983.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Rome Declaration and Plan of Action on World Food Security**. Rome: FAO, 1996. Disponível em: <https://www.fao.org/3/w3613e/w3613e00.htm>. Acesso em: 10 set. 2020.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Report of the World Food Summit Five Years After**. Rome: FAO, 2002.

FAO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA. **Marco da FAO para a Agenda Alimentar Urbana: Aproveitamento de medidas dos governos subnacionais e locais para garantir sistemas alimentares sustentáveis e uma melhor nutrição**. Roma: FAO, 2020.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Food-based dietary guidelines**. Rome. Disponível em: <https://www.fao.org/nutrition/education/food-based-dietary-guidelines>. Acesso em: 15 set 2022.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2003**. Monitoring progress towards the World Food Summit and Millennium Development Goals. Rome: FAO, 2003.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2008**. High food prices and food security - threats and opportunities, FAO, 2008.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS; IFAD - INTERNATIONAL FUND FOR AGRICULTURAL DEVELOPMENT; WFP - UNITED NATIONS WORLD FOOD PROGRAMME. 2015. **The State of Food Insecurity in the World 2015**. Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress. Rome, FAO, 2015.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2021**. Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome, FAO, 2021.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, et al. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2022**. Repur-

posing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome, FAO, 2022.

FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS; WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sustainable healthy diets – Guiding principles**. Rome: FAO, 2019.

FSIN - FOOD SECURITY INFORMATION NETWORK. **Global Report on Food Crises**: 2020. FSIN, 2020. Disponível em: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000114546/download/?_ga=2.122019915.1984751232.1666178687-1758425389.1665582235. Acesso em: 10 set. 2022.

FSIN - FOOD SECURITY INFORMATION NETWORK. **Global Report on Food Crises**: 2022. FSIN, 2022. Disponível em: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000138913/download/?_ga=2.25577597.1984751232.1666178687-1758425389.1665582235. Acesso em: 10 set. 2022.

GLOBAL NUTRITION REPORT. **Shining a light to spur action on nutrition**: executive summary. Bristol, UK: Development Initiatives, 2018.

GOTTLIEB, R. **Food Justice (Food, Health, and the Environment)**. New York: The MIT press, 2013.

GUERRA, J. V. V. et al. Migração internacional forçada e alimentação de refugiados: uma scoping review. **Ciências e Saúde coletiva**, 24, n. 12, 2019.

HEADEY, D.; FAN, S. Anatomy of a crisis: the causes and consequences of surging food prices. **Agricultural Economics**, v. 39, p. 375-391, 2008.

HLPE - HIGH LEVEL PANEL OF EXPERTS ON FOOD SECURITY AND NUTRITION OF THE COMMITTEE ON WORLD FOOD SECURITY. **Nutrition and food systems**. Rome: HLPE, 2017.

HLPE - HIGH LEVEL PANEL OF EXPERTS ON FOOD SECURITY AND NUTRITION OF THE COMMITTEE ON WORLD FOOD SECURITY. **Food security and nutrition**: building a global narrative towards 2030. Rome: HLPE, 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional**: projetos, descontinuidades e consolidação. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3019/1/TD_1953.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

JAIME, P. C. **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

MARTINS, A. P. B.; MONTEIRO, C. A. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study. **BMC Public Health**, n. 16, p. 827-837, 2016.

MBOW, C. et al. **Chapter 5: Food security**. In: IPCC Report, 2019.

MONTEIRO, C. A. et al. Classificação dos alimentos. Saúde Pública. NOVA. A estrela brilha. **World Nutrition**, v. 7, n. 3, p. 28-40, 2016.

MONTEIRO, C. A.; CANNON, J. The role of the transnational ultra-processed food industry in the pandemic of obesity and its associated diseases: problems and solutions. **World Nutrition**, v. 10, n. 1, p. 89-99, 2019.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Food Security and the 2015–2030 Sustainable Development Goals: From Human to Planetary Health. **Current Developments in Nutrition**, v. 1, n. 7, 2017.

PORTER, J. R. et al. Food security and food production systems. In: **Intergovernmental Panel on Climate Change: impacts, adaptation, and vulnerability**. IPCC Fifth Assessment Report, p. 485-533, 2014.

RECINE, E.; LEÃO, M. O direito humano à alimentação adequada e o Fome Zero. In: BRASIL. **Fome Zero: uma história brasileira**. Brasília: MDS, 2010. v. 2.

REDE PENSSAN - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR. **I Inquérito Nacional em Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil - I VigiSAN**. Relatório final. São Paulo, 2021.

REDE PENSSAN - REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR. **II Inquérito Nacional em Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil - II VigiSAN**. Relatório final. São Paulo, 2022.

RIBEIRO, S. M.; BÓGUS, C. M.; WATANABE, H. A. W. Agricultura urbana agroecológica na perspectiva da promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2015.

RIBEIRO, H. **Saúde global: olhares do presente**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

ROMA, J. C. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 71, n. 1, p. 33-39, 2019.

SCRINIS, G. Reframing malnutrition in all its forms: A critique of the tripartite classification of malnutrition. **Global Food Security**, v. 26, 2020.

STEELE, E. M. et al. Dietary changes in the NutriNet Brasil cohort during the covid-19 pandemic. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 91, 2020.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, p. 791-846, 2019.

THOMPSON, P. From world hunger to food sovereignty: food ethics and human development. **Journal of Global Ethics**, v. 11, n. 3, p. 336-350, 2015.

UN - UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: UN, 2015.

UNGNA - UNITED NATIONS GLOBAL NUTRITION AGENDA. **Delivering on the commitment to eradicate malnutrition in all its forms: the role of the UN System**. UNSCN, 2015.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Alimentação na primeira infância: conhecimentos, atitudes e práticas de beneficiários do Programa Bolsa Família: 2021**. Brasília: UNICEF, 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/17121/file/alimentacao-na-primeira-infancia_conhecimentos-atitudes-praticas-de-beneficiarios-do-bolsa-familia.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

VENTURA, D. F. L. et al. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 1-5, abr. 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Switzerland: WHO/FAO, 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global targets 2025**. To improve maternal, infant, and young child nutrition, WHO, 2014.

WILLETT, W. et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. **The Lancet**, v. 393, p. 447-492, 2019.

WITTMAN, H. K. et al. **Food Sovereignty**. Reconnecting food, nature and community. Fernwood: Food First Books, 2010.

WORLD BANK. **Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries**. Washington DC, 1986.

WORLD BANK. **Poverty and Shared Prosperity 2020: Reversals of Fortune: 2020**. Disponível em: <https://www.worldbank.org/en/research/brief/poverty-and-share>

d-prosperity-2020-reversals-of-fortune-frequently-asked-questions. Acesso em: 10 set. 2022.

WORLD FOOD CONFERENCE. **Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition**. Rome: WFC, 1974. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/701143>. Acesso em: 10 set. 2022.

WORLD FOOD SUMMIT. **Report of the 32nd Session of the Committee on World Food Security**. Rome: WFC, 2006. Disponível em: <https://www.fao.org/3/78689e/78689e.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

The background is a solid orange color with several stylized, semi-transparent virus particles scattered across it. Each virus particle is spherical with numerous small, protruding spikes or receptors on its surface.

5

A paradiplomacia e a difusão de políticas públicas na resposta à Covid-19 no Brasil

Camila Corrêa da Costa Sousa
Helena Ribeiro

INTRODUÇÃO

Ao trazer para o campo da Saúde Global e Sustentabilidade dois referenciais teóricos das relações internacionais e da ciência política – a paradiplomacia e a difusão de políticas públicas – pode-se compreender como se deu o combate à pandemia de Covid-19 no Brasil no âmbito governamental. Uma vez que o governo central do país se absteve de coordenar a resposta nesse período, as unidades de governo subnacionais tiveram um papel fundamental na difusão de políticas públicas de saúde através da paradiplomacia, com destaque para o estado e a cidade de São Paulo, sendo esta considerada uma cidade global.

Cidades globais são aquelas com complexas redes econômico-financeiras, logísticas, de comunicação, entre outras. São os “nós da economia global” e “concentram funções superiores direcionais, produtivas e administrativas de todo planeta” (CASTELLS, 1999, p. 428). Além de grandes proporções, elas possuem muitas conexões com outros atores, compartilhando dificuldades semelhantes, como disparidades sociais, incluindo as desigualdades de acesso à renda e à saúde. Nesse contexto de globalização nasce a ideia de saúde global (CUETO, 2015), isto é, a de que a saúde de um indivíduo pode impactar a vida de todos os outros em qualquer lugar do mundo em um curto espaço de tempo.

A velocidade com que as pessoas se deslocam no globo traz novos desafios a serem enfrentados na área da saúde, como a facilidade de disseminação de doenças transmissíveis. Em 30 de janeiro de 2020, quando 19 países já apresentavam casos da doença causada pelo então novo coronavírus (OPAS, 2020a), posteriormente denominada Covid-19, a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com base no Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Mais tarde, em 11 de março do mesmo ano, a Covid-19 foi classificada como uma pandemia após atingir 114 países (OPAS, 2020b).

No contexto global, a OMS é a organização internacional que ocupa o espaço central da articulação de políticas na área de saúde. Composta por representantes de mais de 190 Estados-membros, ela é responsável pela coordenação, liderança internacional e por estabelecer normas e padrões em matéria de saúde pública no mundo. Na Assembleia Mundial da Saúde em 2005, os Estados-membros aprovaram o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), uma de suas principais diretrizes, cujo propósito é prevenir e responder à propagação de doenças.

O RSI busca alterar a perspectiva da saúde internacional, mas sua implementação integral é precária, em especial nos países em desenvolvimento, que carecem de recursos

humanos, de equipamentos e de infraestrutura para realizá-la (CUETO, 2015). O documento delega à OMS a competência de declarar quando um evento é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), definindo-a em termos do risco de propagação internacional e da necessidade de uma resposta coordenada no mesmo plano.

Devido à maior facilidade de circulação de pessoas pelo globo com o advento de meios de transporte modernos, o RSI determina a importância de se estabelecer a vigilância em saúde, isto é, a possibilidade de reunir e analisar dados de saúde pública e a capacidade de oferecer uma resposta imediata e pactuada através de uma comunicação simultânea entre os diferentes atores envolvidos (OMS, 2005).

Para Cueto (2015), a ideia por trás de uma autoridade central como a OMS, capaz de declarar a emergência internacional, é justamente evitar o acobertamento de epidemias pelos governos de países receosos dos efeitos econômicos resultantes (CUETO, 2015). Durante a ESPII relativa à Covid-19, entendemos que uma circunstância dessa ordem, como sinalizada por Cueto, ocorreu no âmbito do Poder Executivo Federal brasileiro, na figura do Presidente da República.

Durante a pandemia de Covid-19, a OMS fez diversas recomendações determinando medidas para mitigar a propagação do vírus, incluindo a vigilância e rastreamento de contatos de pessoas contaminadas, restrição de mobilidade, distanciamento e isolamento. Diversas nações seguiram esses protocolos, parcial ou totalmente, mas alguns governos de ultradireita, como o de Donald Trump nos Estados Unidos e o de Jair Bolsonaro no Brasil, rejeitaram os parâmetros estabelecidos pela OMS e estimularam comportamentos contrários, baseados em informações falsas, não atreladas a pesquisas e dados cientificamente comprovados (RODRIGUES, 2021).

Dessa forma, como o esforço inicial de coordenação de políticas públicas de saúde por parte do Ministério da Saúde para combater a pandemia de Covid-19 no Brasil foi limitado pelo chefe do Poder Executivo, coube às demais entidades governamentais (estaduais e municipais) a responsabilidade de lidar com a situação.

Dado o contexto, neste capítulo, é proposta uma análise do que ocorreu no Brasil, a partir de uma revisão narrativa de literatura (GRANT e BOOTH, 2009) dos campos de paradiplomacia e de difusão de políticas públicas, com base nas obras *Paradiplomacia: cidades e estados na cena global*, de Gilberto M. A. Rodrigues (2021); e *Difusão de Políticas na América Latina: da importação à exportação, em Anais do seminário internacional sobre difusão de políticas* (2020) organizada por Osmany Porto de Oliveira, Cristiane Kerches da Silva Leite, Sergio Montero e Cecilia Osorio Gonnet. Uma revisão de literatura narrativa “pode ou não incluir uma busca completa ou mesmo uma avaliação qualitativa do

material publicado que trata do tema e sua síntese é feita de forma narrativa” (GRANT e BOOTH, 2009, p. 94).

PARADIPLOMACIA

A fim de compreendermos o que é a prática paradiplomática, trazemos primeiramente os conceitos de diplomacia e política externa (PE). Depois apresentamos a definição de paradiplomacia e suas classificações: bilateral ou multilateral; passiva ou ativa. Trazemos também a ideia de redes de cidades e, por fim, o panorama da evolução da paradiplomacia no Brasil, com ênfase no estado e na cidade de São Paulo.

Diplomacia e política externa

A **diplomacia** pressupõe a representação, negociação, troca de informações, diálogo, gestão de conflitos, entre outras atividades executadas por membros representantes de um Estado nacional. A prática diplomática acontece através de órgãos (embaixadas, consulados, organizações internacionais e foros) cujas atribuições principais são a de amparar seus cidadãos nacionais fora do país de origem, informar a sede do Ministério das Relações Exteriores sobre os acontecimentos locais relevantes e realizar negociações comerciais, políticas, científicas, culturais, entre outras.

Por compartilharem propósitos semelhantes, as expressões diplomacia e política externa são muitas vezes utilizadas como sinônimos, mas não o são. É também através da diplomacia que há a concretização da política externa de um país, ou seja, a “política pública que define como o Estado pode e deveria atuar nas relações internacionais, baseada no interesse nacional do país, com respeito a outros Estados (relações bilaterais), nos fóruns regionais e globais e nas organizações internacionais (relações multilaterais)” (RODRIGUES, 2021, p. 18).

A política externa recebe grande destaque na literatura do campo das relações internacionais por ser a responsável por estabelecer as condutas dos países em relação ao exterior, isto é, outros países ou organizações internacionais. Esse debate é fortemente atrelado à ideia de Estado-nação, com pouca visibilidade para a política externa de entes subnacionais, apesar das mudanças no panorama internacional. Por esse motivo,

neste trabalho nos debruçamos sobre o conceito de paradiplomacia e, posteriormente, ampliamos o conceito de política externa.

Paradiplomacia

O conceito de paradiplomacia foi estabelecido por Ivo Duchacek e Panayotis Soldatos nas décadas de 1980 e 1990 e se caracteriza pela atuação assertiva de entes não estatais (como a sociedade civil, ONGs e grandes empresas) ou de poderes locais (cidades, estados, províncias, regiões ou outras formas de unidades) no campo das relações exteriores.

Essa atividade pode ser chamada de paradiplomacia, cooperação internacional descentralizada, diplomacia multinível, diplomacia federativa, diplomacia das cidades (no caso específico destas), entre outras expressões, de acordo com Rodrigues (2021). Para o autor, essa atuação internacional das entidades subnacionais e de agentes não estatais foi acentuada com o advento da globalização, que deu fim ao monopólio estatal sobre a agenda global. Além disso, ele destaca a importância de processos de integração regional e de descentralização na gestão política e governamental, os quais também contribuem para a maior participação desses atores, que inclusive podem contribuir para a esfera nacional:

Num âmbito de normalidade e de convivência democrática entre o Estado nacional e o governo central e as entidades subnacionais (estados federados, províncias, regiões, e cidades), a paradiplomacia também integra a diplomacia nacional a partir de novos esquemas de descentralização que transformam os governos subnacionais em atores importantes e até protagonistas em temas de cooperação internacional descentralizada (RODRIGUES, 2021, p. 31).

Dessa forma, há temáticas específicas em que a diplomacia e a paradiplomacia se cruzam, como, por exemplo, em temas clássicos de relações internacionais, como os de fronteiras e de integração regional. Na prática, a atuação paradiplomática varia de acordo com o contexto de cada país, principalmente quanto à organização política do Estado. Em nações federalistas, por exemplo, onde há maior descentralização e autonomia dos governos subnacionais, há o favorecimento da paradiplomacia, em especial nas áreas de competências comuns entre os entes federativos.

Para além da relação interna, há também assuntos de interconexão entre o global e o local, como aqueles tratados pela Agenda 2030, os Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU). Desde a erradicação da pobreza (ODS 1) até às parcerias e meios de implementação (ODS 17), a ação local é imprescindível para o alcance das metas propostas.

A ONU, outras organizações internacionais e redes de cidades promovem a *localização* dos ODS nas cidades, por exemplo. Localização é a maneira de alcançar os ODSs “de baixo para cima” e de usá-los como estrutura para as políticas locais de desenvolvimento (ONU BRASIL, 2016).

Paradiplomacia – Bilateral e Multilateral

As necessidades e interesses podem ser tratados através das atuações diplomáticas e paradiplomáticas, classificadas de duas formas: bilateral ou multilateral. A **bilateral** é uma relação mais direta entre dois atores, em geral de mesma natureza (ex.: cidade-cidade; estado-estado; país-país), podendo se dar também entre entes de níveis distintos (ex.: cidade-organização internacional; cidade-país). A relação **multilateral**, por sua vez, é mais complexa, podendo envolver múltiplos atores, sejam eles de mesma natureza ou não, em diversas arenas, como em conferências internacionais ou dentro de redes regionais ou de cidades.

As redes internacionais de cidades são redes de cooperação horizontal entre cidades de diferentes regiões geográficas do planeta, sem a mediação dos Estados nacionais. Alguns exemplos são as redes Cidades Unidas e Governos Locais (CGLU), Metropolis, ICLEI – Governos Locais para a Sustentabilidade, o grupo C40, Mercocidades, entre outras.

Para demonstrar que a ideia de redes de cidades não é tão nova assim, Rodrigues (2021) relaciona-as de certa forma à Antiguidade, período anterior ao da criação do atual sistema de Estado-nação entre os séculos XVIII e XIX. Em outras palavras, antes mesmo da construção do Estado nacional como o conhecemos, as *pólis* (ou cidades-estados independentes) já celebravam acordos e redes de cooperação, como a Liga de Delos, Liga do Peloponeso, Liga Hanseática, entre outros.

Dessa forma, embora o conceito de paradiplomacia tenha sido estabelecido nos anos 1980, a prática de ação assertiva de entes não estatais e de atores locais no âmbito externo não se restringe às últimas décadas. Além da classificação de paradiplomacia em bilateral ou multilateral, a diferenciação entre paradiplomacia passiva e ativa será introduzida. Para entendermos essa divisão, no entanto, precisamos retomar o conceito de política externa e ampliá-lo.

Política externa e paradiplomacia ativa e passiva

A perspectiva clássica de política externa foca no Estado nacional como principal ator. No entanto, há outras definições que não colocam apenas o Estado nessa condição:

A política externa pode ser definida como o conjunto de ações e decisões de um determinado ator, geralmente, mas não necessariamente o Estado, em relação aos outros Estados ou atores externos - tais como organizações internacionais, corporações multinacionais ou atores transnacionais -, formulada a partir de oportunidades e demandas de natureza doméstica e/ou internacional (PINHEIRO, 2004, p. 7).

Isto é, embora a política externa seja uma política pública em geral associada aos governos centrais, isso não significa que apenas estes são capazes de formulá-la. Assim, entes subnacionais também possuem legitimidade e legalidade para agir.

No caso brasileiro, por exemplo, o Ministério das Relações Exteriores (também conhecido como Itamaraty) é um órgão formado por profissionais de carreira responsáveis por assessorar o Presidente da República e sua equipe de governo na condução da política externa, o que fortalece a ideia da PE como política de âmbito nacional. No entanto, a Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF 88) não aborda a competência dos órgãos governamentais locais de empreender ações no âmbito internacional, ou seja, não impõe obstáculos para a legalidade e a legitimidade das ações paradiplomáticas (RODRIGUES, 2021).

Assim, relacionando os dois conceitos, isto é, o de política externa e o de paradiplomacia, chegamos na classificação de paradiplomacia ativa e passiva.

A paradiplomacia **passiva** ocorre quando não há uma estrutura e uma definição estratégica por parte do ente subnacional, apenas iniciativas tomadas de forma reativa e sem planejamento prévio, em resposta às exigências de internacionalização. Dessa forma, quando a paradiplomacia é passiva, não se observa a existência de política externa local.

Considera-se a paradiplomacia **ativa**, por outro lado, quando há política externa local, ou seja, quando há estrutura e formulação de estratégias para atuação internacional: “a formulação de uma ou mais estratégias para atuar internacionalmente, elemento que embasa a política exterior de determinado ator, é uma realidade presente em diversos entes governamentais e não governamentais” (RODRIGUES, 2021, p. 80).

No Brasil, por exemplo, entendemos que alguns prefeitos e governadores desenvolveram políticas internacionais que podem ser consideradas como iniciativas de política externa por parte de estados e municípios (RODRIGUES, 2021). Em geral, a paradiplo-

macia brasileira se desenvolveu de forma harmônica com o governo central. Nos últimos anos, no entanto, ela tem sido usada como forma de resistência, em especial nas áreas relacionadas ao meio ambiente e ao combate à pandemia de Covid-19, conforme discutiremos adiante:

A paradiplomacia ativa, traduzida em política externa local, é um patrimônio que algumas cidades e estados desenvolveram e adquiriram, obtendo quase sempre resultados benéficos em termos de afirmação de sua autonomia e desenvolvimento local. **Poucas vezes essa política externa se deu em oposição direta ao governo central e em desafio à diplomacia nacional. A exceção a essa regra emerge com a política externa de ultradireita do governo Bolsonaro - quando governadores e prefeitos adotam uma paradiplomacia em modo de resistência e de perfil alternativo ao governo central** (RODRIGUES, 2021, p. 85-86 - grifo nosso).

DESENVOLVIMENTO DA PARADIPLOMACIA NO BRASIL

Como a Constituição estabelece que os municípios são entes federativos, estes possuem autonomia político-administrativa de fato, isto é, são independentes do poder central em alguns aspectos, como a escolha de governantes - estes são eleitos por voto, e não apontados pelo presidente, como acontece com os Ministros de Estado. Assim, nas questões de competência comum entre a União, estados e municípios, estes dois últimos podem produzir a paradiplomacia. Rodrigues (2021) afirma que, no Brasil, as cidades foram responsáveis pela ampliação da paradiplomacia, e o desenvolvimento desta se deu de forma mais acentuada a partir de 2003.

As relações entre os municípios e a União passaram por mudanças e cresceram a partir dos primeiros governos do presidente Lula (2003-2010), quando foram criados o Ministério das Cidades e a Secretaria de Relações Institucionais. Com a gestão seguinte, da presidente Dilma Rousseff (2011-2016), esse arcabouço pré-existente viabilizou o envolvimento das cidades em projetos de cooperação internacional (RODRIGUES, 2021).

Ao longo desses anos os governos subnacionais estabeleceram mecanismos institucionais para incentivar a discussão e a colaboração tanto com o governo federal quanto com as redes de autoridades locais, como o Fórum RI 27 (Fórum Nacional de Gestores Estaduais de Relações Internacionais) e o FONARI (Fórum de Secretários e Gestores Municipais de Relações Internacionais) (RODRIGUES, 2021).

Esse conjunto de estruturas e espaços para o debate contribuíram para tornar a dinâmica federativa mais forte e cooperativa, possibilitando a cooperação entre os governos subnacionais, não importando suas afiliações políticas e partidárias, tanto no âmbito internacional quanto na política externa (LIMA, 2014).

Esse cenário harmonioso entre os entes subnacionais e a União teve fim com o advento do governo Jair Bolsonaro (2019-2022), cuja política externa levou o Ministério das Relações Exteriores (Itamaraty) a perder de forma gradual a credibilidade e o pragmatismo pelos quais era conhecido, consequentemente prejudicando sua autoridade e prestígio na coordenação de ações com estados e municípios (ALVARENGA et al., 2020; RODRIGUES, 2021).

Antes mesmo do início da pandemia de Covid-19 no Brasil, governos estaduais e municipais já começavam a formular suas diplomacias paralelas, em dissonância com o governo central, em especial nas questões ambientais e relativas às mudanças climáticas:

(...) durante o governo Bolsonaro, mudanças na Política Externa Brasileira (PEB), bem como o cenário de pandemia da COVID-19, foram motivadores de atividades paradiplomáticas de governadores estaduais em conflito com a União em temas como Meio Ambiente e Saúde (SOUSA e RODRIGUES, 2021, p. 61).

A PARADIPLOMACIA NA PRÁTICA - DA AMBIENTAL À SANITÁRIA

Em que pese a ação ambiental, muitos poderes locais brasileiros uniram-se aos esforços nacionais e internacionais pela preservação do meio ambiente, redução do aquecimento global, entre outras temáticas tratadas de forma cooperativa no âmbito global.

Com o início do governo de Bolsonaro, em 2019, no entanto, a agenda ambiental sofreu grande retrocesso. Além do aumento do desmatamento, um exemplo significativo foi o ataque do ex-ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, ao Fundo Amazônia, financiado majoritariamente pela Alemanha e Noruega e gerido pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) (SOUSA e RODRIGUES, 2021). As falas do ex-ministro geraram reações internacionais, mas também nacionais, de estados e municípios da região amazônica, que buscaram se desassociar da imagem do governo federal:

(...) os governadores do Norte do país passam a se articular para resistir e reverter o conflito diplomático do governo Bolsonaro com os parceiros estrangeiros do desenvolvimento da Amazônia. A partir daí, forja-se um consenso em torno a uma paradiplomacia coletiva de estados e municípios em defesa dos projetos sustentáveis da Amazônia (...) (RODRIGUES, 2021, p. 90-91).

A paradiplomacia ambiental de resistência às ações do governo federal foi precursora do que viria a ser a paradiplomacia sanitária, cujo objetivo principal foi garantir condições mínimas para o combate à pandemia de Covid-19 no Brasil:

(...) [a] paradiplomacia de estados e municípios diante de um governo federal que passou a praticar a antidiplomacia firmou-se como alternativa aos desmandos do governo central (Rodrigues, 2019b). Esse movimento, que atua em chave de nova agenda paradiplomática, tornou-se antessala para o enfrentamento que viria a se dar na cena seguinte: a queda de braço pelo combate à Covid-19 (RODRIGUES, 2021, p. 91).

A seguir, para explicar como a paradiplomacia sanitária se deu, retomamos os principais acontecimentos nos âmbitos dos governos federal e locais, com destaque para o estado e a cidade de São Paulo.

BRASIL – GOVERNO FEDERAL E MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nos primeiros meses de 2020, a epidemia causada pelo novo coronavírus foi reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, órgão “responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros” (BRASIL, 2020a). Na época, sob a liderança do Ministro Luiz Henrique Mandetta, o MS declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por meio da portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020b) e da publicação de um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus (BRASIL, 2020c) no mesmo mês.

A perspectiva do Presidente e conselheiros, porém, não estava em concordância com a visão do Ministro da Saúde e seus assessores. O chefe do Poder Executivo apresentou divergências quanto à proporção dada à epidemia, afirmando que havia um superdi-

mensionamento¹ desta. Como consequência, a atuação da esfera federal, de onde se esperava a liderança da resposta, não correspondeu às expectativas de declaração de *lockdown* e limitação à circulação de pessoas, discutidas pelas mídias e canais de comunicação de massa, incluindo jornais nacionais e internacionais de grande audiência. Em fevereiro e março de 2020, esses jornais cobriram amplamente notícias acerca das restrições de movimento de pessoas e do fechamento de estabelecimentos comerciais de outros países, como China e Itália.

No caso brasileiro, houve uma peculiaridade relacionada às oposições internas dentro do Poder Executivo Federal, com um Presidente e um Ministério da Saúde que apresentaram discordâncias, gerando entraves e limitações nesta esfera, de onde se esperava a liderança das ações. Como consequência dessas disputas internas, em um período de um mandato presidencial, o Brasil teve quatro ministros da Saúde, sendo eles:

- Luiz Henrique Mandetta (1^o de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020);
- Nelson Teich (17 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020);
- Eduardo Pazuello (ministro interino² entre 16 de maio de 2020 e 15 de setembro de 2020 e ministro oficial entre 16 de setembro de 2020 a 23 de março de 2021);
- Marcelo Queiroga (23 de março de 2021 a 31 de dezembro de 2022).

Com as disputas internas entre o Presidente da República e o seu próprio Ministério da Saúde, e posteriormente entre o primeiro e os governos subnacionais, a possibilidade de uma coordenação nacional foi fortemente prejudicada. Como alternativa, muitos governos locais, entendidos aqui como órgãos do Poder Executivo dos estados e dos municípios, assumiram o protagonismo das atividades de resposta à pandemia.

Brasil – Governos locais

Apesar da variedade e particularidade de cada política pública adotada em cada município e em determinado tempo durante a pandemia de Covid-19, essas medidas têm lastro em recomendações feitas pela OMS ou são semelhantes às políticas públicas adotadas em outros países. Isso ocorreu porque os órgãos governamentais brasileiros

¹ O Estado de S. Paulo. 'Muito do que falam é fantasia, isso não é crise', diz Bolsonaro. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/economia/muito-do-que-falam-e-fantasia-isso-nao-e-crise-diz-bolsonaro/> Acesso em: 16 abr. 2023.

² Com a saída de Nelson Teich, Eduardo Pazuello assumiu interinamente o cargo de Ministro da Saúde em 16 de maio de 2020. No entanto, Pazuello só tomou posse como Ministro da Saúde oficialmente quatro meses depois, em 16 de setembro de 2020.

puderam acompanhá-las nos noticiários nacionais e internacionais desde antes da confirmação do primeiro caso de Covid-19 no país.

Alguns exemplos dessas medidas são: a obrigação do uso de máscaras em ambientes públicos; a restrição da circulação de pessoas; a suspensão da organização de grandes eventos; a paralisação temporária de aulas presenciais em instituições de ensino públicas e privadas, passando em alguns casos para o ensino remoto; o incentivo ao trabalho remoto; a instauração de programas de transferência condicionada de renda, entre outras.

Dessa forma, a adoção delas pelos governos locais teve como suporte não apenas a colaboração internacional, como também a cooperação federativa horizontal, isto é, aquela que se dá entre os próprios estados, municípios e suas secretarias. Essa forma de cooperação passou a ter maior relevância e foi fortalecida a colaboração entre os estados, municípios, suas secretarias e outros órgãos, como o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), o Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e os Cosems (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), para citar alguns.

Ainda assim, muitas das ações tomadas por governantes estaduais e municipais encontraram resistência por parte do governo federal. De acordo com o Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o governo federal buscou ativamente impedir a implementação dessas medidas através de sua estratégia para disseminar o vírus, dividida em três eixos. O primeiro foi a elaboração e edição de normas no âmbito da União, o segundo correspondeu às tentativas de obstruir as ações tomadas por órgãos estaduais e municipais. O terceiro, a chamada “propaganda contra a saúde pública”, envolveu manifestações verbais, disseminação de notícias falsas e promoção de supostas evidências científicas, cuja finalidade era diminuir o apoio da população às medidas citadas anteriormente (CEPEDISA; CONECTAS DIREITOS HUMANOS, 2021).

Apesar das tentativas do governo federal de impedir que os estados e municípios agissem conforme evidências científicas e protocolos sanitários, o órgão de cúpula do Poder Judiciário garantiu a autonomia dos entes federativos. Em abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a autonomia federativa dos estados e municípios para criar e implementar políticas públicas de saúde, incluindo medidas restritivas relacionadas à pandemia. Em casos de conflito com a União, a palavra final sobre essas medidas caberia aos estados e municípios (RODRIGUES, 2021; SOUSA e RODRIGUES, 2021).

Foi essa decisão do STF que estabeleceu os fundamentos de uma abordagem de paradiplomacia como alternativa à falta de ação do governo central para lidar com a epidemia e garantiu aos estados e municípios brasileiros a possibilidade de conduzir

as respostas à pandemia de Covid-19, em detrimento do interesse do governo federal (RODRIGUES, 2021).

Alguns estados brasileiros se articularam de forma conjunta, como aqueles que já faziam parte do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável do Nordeste (Consórcio do Nordeste), criado anteriormente em março de 2019, como forma de resistência ao governo de Bolsonaro. Em relação à pandemia, o Consórcio do Nordeste criou o Comitê Científico do Nordeste (C4NE), que reuniu cientistas brasileiros e estrangeiros de prestígio, com o objetivo de obter informações e aconselhamento para basear as ações dos governadores na resposta à Covid-19.

Outros estados, como São Paulo e Rio de Janeiro, agiram sozinhos ou cooperando de forma pontual, sem uma estrutura definida com os demais entes federados do mesmo nível:

Valendo-se de suas estruturas paradiplomáticas, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro também foram buscar no mercado internacional máscaras e respiradores para equipar seus hospitais para enfrentar uma catástrofe humanitária. Enquanto Bolsonaro, seu filho Eduardo (deputado federal e então presidente da Comissão de Relações Exteriores da Câmara) e o então ministro das Relações Exteriores Ernesto Araújo atacavam a China (...), os governadores compravam equipamentos chineses e estreitavam suas relações com Beijing, contribuindo para manter os laços de cooperação com o mais importante parceiro comercial do país (RODRIGUES, 2021, p. 95).

São Paulo – Governo estadual

O primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo, na capital, assim como a primeira morte, que ocorreu em 12 de março do mesmo ano. No dia seguinte, o governo do Estado de São Paulo estabeleceu medidas emergenciais temporárias, como a suspensão de eventos públicos com mais de 500 pessoas e das aulas no ensino básico e superior através do Decreto N° 64.862 de 13 de março de 2020.

Apesar da disputa do então governador com o presidente também possuir motivações eleitorais, por meio da paradiplomacia, o estado de São Paulo conseguiu adquirir insumos como máscaras e respiradores e, também, comprar e produzir vacinas.

São Paulo é o único estado brasileiro a dispor de um centro de produção de vacinas com prestígio internacional, o Instituto Butantan, uma vez que a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição federal, vinculada ao Ministério da Saúde. Por esse

motivo, ao longo da pandemia, o governo estadual teve autoridade para estabelecer parcerias com empresas chinesas para pesquisa, desenvolvimento, transferência de tecnologia, compra de insumos e produção da vacina CoronaVac:

Na diplomacia da vacina empreendida pela China, o Brasil teria sido beneficiado inclusive com a preferência na compra e na cooperação para a produção dos imunizantes. Mas o que garantiu uma e outra foi a paradiplomacia paulista, que já dispunha de um escritório aberto em Xangai e levou a cabo tratativas para garantir o fornecimento da CoronaVac para o estado de São Paulo (RODRIGUES, 2021, p. 96).

São Paulo – Governo municipal

A cidade de São Paulo é a maior do Brasil e da América Latina, considerada uma cidade global, que possui o maior número de empresas multinacionais e consulados de outros países. Foi, também, pioneira na criação de uma assessoria especial para assuntos internacionais no final da década de 1980 e início da década de 1990. Por isso, a cidade tem adotado uma abordagem de paradiplomacia que inclui cooperação técnica, participação em redes, realização de eventos internacionais e muito mais. Além disso, atualmente a cidade conta com mais de sessenta profissionais especializados nessa área (RODRIGUES, 2021).

Dessa forma, não foi surpreendente que tenha sido o local onde o primeiro caso de coronavírus foi confirmado no Brasil. Em consonância com as ações do governo estadual, na capital, as ações foram tomadas gradualmente. Em 13 de março de 2020 foi anunciada a suspensão gradativa das aulas escolares da rede municipal (Decreto N° 64.862) e em 16 de março de 2020 o decreto N° 59.283 declarou a emergência no município e estabeleceu outras medidas para responder à pandemia ao longo de 2020 e 2021, como a captação de “recursos e doações de cidades parceiras, consulados, câmaras de comércio, empresas e pessoas físicas. (...) Em São Paulo, a área [de Relações Internacionais da Prefeitura do Município] passou também a mapear as ações tomadas ao redor do mundo para o combate à doença que pudessem auxiliar a cidade a criar suas próprias políticas de enfrentamento à pandemia” (OLIVEIRA e NERY, 2021, p. 10). Em janeiro de 2022, a cidade foi classificada como “A Capital Mundial das Vacinas” pela revista *Forbes* (RO, 2022).

Dado o breve panorama a respeito dos conceitos de paradiplomacia e de suas classificações (bilateral e multilateral; passiva e ativa), de política externa e do desenvolvimento das abordagens no Brasil, no estado e na cidade de São Paulo, a seguir trazemos o referencial teórico de difusão de políticas públicas para a discussão.

DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: PRINCIPAIS TRADIÇÕES

A criação e o desenvolvimento das instituições políticas são muitas vezes permeados por influências diretas e indiretas de outras organizações já existentes, as quais contribuem para a movimentação de seus modelos e de suas políticas públicas. Na literatura sobre o tema, esse movimento internacional das políticas públicas tem sido identificado como difusão, transferência, circulação ou mobilidade, quatro abordagens utilizadas para a análise do fenômeno.

As principais divergências entre as quatro abordagens dizem respeito à maneira como as políticas se deslocam para além das fronteiras nacionais, quais objetos e ideias são difundidos, quem são os atores envolvidos, e qual é o impacto da cultura e dos contextos nesse processo (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020). Ainda assim, de um ponto de vista macro, todas elas tratam do mesmo fenômeno: o deslocamento das políticas públicas no âmbito internacional. Dessa forma, a fim de entender melhor cada conceito, descrevemos cada um a seguir.

Transferência

A transferência de políticas públicas, presente na cultura acadêmica anglo-saxã, está interessada em compreender de que forma os paradigmas, as estruturas institucionais e os instrumentos e outros elementos que constituem uma política pública ou um programa são transferidos entre governos (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020).

De forma sintética, Rose (1991) investiga como os contextos transformam políticas, formam novos significados e geram mudanças imprevisíveis “em um processo idiossincrático de adaptação, que pode levar a cópias, emulações, híbridos, sínteses e, simples inspirações” (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020, p. 20).

Dolowitz e Marsh (2000), por sua vez, fazem um mapeamento dos atores (sociais e políticos), objetos, motivos, locais e efeitos das transferências. Os autores trazem sete perguntas-chave para investigar um processo de transferência, sendo elas:

1. Por que os atores se engajam em um processo de transferência?
2. Quem são os atores envolvidos no processo?
3. O que é transferido?

4. De onde as lições são tiradas e para onde vão?
5. Quais são os diferentes níveis da transferência?
6. O que facilita ou dificulta o processo de transferência?
7. Como a transferência está relacionada ao sucesso ou fracasso da política pública?

Diane Stone (2001) debruça-se sobre o papel dos agentes, isto é, da rede de atores mobilizados por um processo de transferência de políticas, para além das relações somente entre os governos envolvidos. Hadjiisky et al. (2017) exploram as forças facilitadoras ou restritivas das transferências, enquanto Porto de Oliveira e Pal (2018) buscam fronteiras e limites a serem superados, como a participação de “atores privados, a internacionalização de coalizões domésticas, as dinâmicas de resistências diante da transferência de políticas, a tradução, as arenas de transferência, e as novas direções de transferência, como a dos países do Sul”, entre outros aspectos (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020, p. 21).

Difusão

O termo difusão de políticas públicas tem origem na literatura norte-americana. Porto de Oliveira et al. (2020, p. 22) destacam quatro definições de autores diferentes, mas que se assemelham em um aspecto: elas “concordam que um processo de difusão explica que a adoção de uma política pode ser influenciada por decisões anteriores sobre outras políticas”:

Em outras palavras, o conceito de difusão discute a ideia da interdependência entre os países ao longo do tempo ou como um ator central que age como um transmissor. Países não agiriam de maneira completamente independente, mas também não o fariam de maneira coordenada. O processo de difusão relaciona-se então a uma interdependência descoordenada (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020, p. 22).

Porto de Oliveira et al. (2020) identificam na literatura três características que diferenciam a difusão de outros fenômenos: (1) a oscilação em formato de onda, isto é, uma adoção inicial mais lenta no princípio, mas que cresce com o passar do tempo e, por fim, volta a diminuir; (2) uma concentração geográfica, ou seja, uma convergência em espaços próximos (sejam municípios, estados, países, regiões, etc.) e (3) a manutenção das qualidades essenciais das políticas difundidas, mas com possíveis divergências em aspectos secundários.

Circulação

A circulação, por sua vez, é um termo empregado na sociologia francesa da ação pública, que se refere “a um movimento transnacional de distintos instrumentos de ação pública, que pode ser mais ou menos amplo e que pode incluir múltiplas idas e vindas” (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020, p. 25).

No conceito de circulação, não se espera que os processos sejam lineares e racionais, ou seja, diretos e simples, mas sim que haja *tradução*, isto é, uma transformação adaptativa pelos atores que participam da circulação, conforme seus interesses.

O conceito da tradução traz a necessidade de investigar como uma política pública se adapta de um contexto para o outro: “isso significa que as políticas não apenas estão transitando, mas que múltiplos processos de apropriação do conteúdo e de ressignificação do objeto político ocorrem ao longo do processo de transferência” (PORTO DE OLIVEIRA, et al., 2020, p. 24).

Mobilidade

O conceito de mobilidade vem do campo da geografia e dos estudos urbanos, com foco maior nas práticas de aprendizado que facilitam a movimentação das políticas:

Os autores têm se interessado em mostrar a mobilização de políticas urbanas como um processo socialmente construído e politizado. Eles argumentam que **uma análise crítica da circulação de políticas deveria adotar uma abordagem relacional e territorial que interpretasse políticas como duplamente influenciada por lutas presentes, ideias circulantes e modelos de políticas** (McCann & Ward, 2011) (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020, p. 25 - grifo nosso).

Os autores dessa abordagem trazem propostas de inovações metodológicas, como por exemplo, métodos etnográficos de pesquisa:

O olhar etnográfico sobre as dinâmicas dos atores de políticas ajuda a compreender o **papel do contexto e das arenas de discussão das ideias**, por exemplo, o papel das **conferências** (Cook & Ward, 2012; Montero, 2017a) e **passeios de estudo** (González, 2011, Wood, 2014, Montero, 2017b) e **infraestrutura que facilita a mobilidade e adoção de políticas** (McCann, 2011) (PORTO DE OLIVEIRA et al., 2020, p. 26 - grifo nosso).

CONCLUSÕES

Os estudos tradicionais de difusão de políticas públicas tendem a analisar períodos temporais mais longos, podendo chegar a investigar anos e décadas de desenvolvimento e propagação de políticas em múltiplas localidades. Este trabalho, no entanto, investiga uma situação excepcional: a pandemia de Covid-19 no Brasil. Entendemos que este cenário é constituído por uma dupla exceção porque, além da ESPII, o país viveu uma situação de negligência governamental do governo federal, isto é, uma combinação de omissão, obstrução e ativismo contrário às atitudes tomadas por parte dos governos municipais e estaduais.

Dessa forma, esses governos locais precisaram utilizar-se da paradiplomacia e da cooperação horizontal como ferramentas para tomar decisões sobre políticas públicas e conseguir insumos (como máscaras, respiradores, vacinas, entre outros), essenciais para dar uma resposta mínima à pandemia.

Recomendações como o isolamento, o distanciamento social, o uso de máscara, e a necessidade de lavar as mãos foram indicadas para todos os países do mundo pela OMS. No entanto, nem todas as regiões e pessoas conseguem segui-las da mesma forma, pois é preciso adaptar a cada realidade. Por esse motivo, é importante entender conceitos como a tradução dentro do campo de difusão de políticas públicas.

O estudo e o conhecimento das duas literaturas contribuem para o campo da Saúde Global na medida em que as ações das unidades subnacionais em relação ao exterior (paradiplomacia) passam a ser relevantes para a governança global da saúde e para o preparo de respostas futuras a emergências.

Isso não significa que os Estados nacionais deixam de ser relevantes, mas sim que é preciso olhar também para as atividades locais, pois estas estão cada vez mais conectadas com a dimensão global. Conforme declara Ribeiro (2016, p. 94):

A globalização não diminui a importância dos Estados nacionais, mas estende o alcance dos países a novas arenas políticas e acaba por reforçar o poder que por eles pode ser exercido (HAARSTAD, 2014). Esta nova visão se aplica à saúde global como ciência emergente, que se baseia em dados nacionais para entender as dinâmicas que ocorrem em nível supranacional que, por sua vez, contribuem para entender as dinâmicas locais e nacionais.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, A. A.; ROCHA, E. M. S.; FILIPPON J.; ANDRADE, M. A.C. Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n.12, e00155720, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155720>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Institucional**. 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/aceso-a-informacao/institucional> Acesso em: 11 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188**, de 3 de fevereiro de 2020. 2020b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388> Acesso em: 11 maio 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. 2020c Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf> Acesso em: 04 maio 2020.
- CASTELLS, M. **A Sociedade em Rede**. A era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CEPEDISA - CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO; CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Boletim Direitos na Pandemia**. n. 10, 2021. Disponível em: <https://www.conectas.org/publicacao/boletim-direitos-na-pandemia-no-10> Acesso em: 27 abr. 2023.
- CUETO, M. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Temas em Saúde), 2015.
- DOLOWITZ, D. P.; MARSH, D. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy Making. **Governance**, v. 13, n. 1, p. 5-24, 2000.
- GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Information and Libraries Journal**, v. 26, p. 91-108, 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>.
- HADJIISKY, M.; PAL, L. A.; WALKER, C. **Public Policy Transfer: Micro-Dynamics and Macro-Effects**. [s.l.] Edward Elgar Publishing, 2017.
- LIMA, D. B. A política externa brasileira e os entes federativos. In: Gilberto Maringoni; Giorgio Romano Shutte; Gonzalo Berron. (Org.). **2003 - 2013 Uma Nova Política Externa**. Tubarão: Copiart, 2014, v. 1, p. 197-201.

OLIVEIRA, P.; NERY, T. O papel da política externa brasileira e da paradiplomacia na resposta ao coronavírus. **Mural Internacional**, Rio de Janeiro, v. 12, e58859, 2021. <https://doi.org/10.12957/rmi.2021.58859>

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International Health Regulations**. 2005. Genebra. Second Edition. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_eng.pdf. Acesso em: 11 maio 2022.

ONU BRASIL - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Roteiro para a Localização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Implementação e Acompanhamento no nível subnacional**. 2016. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/publications/roteiro-para-localiza%C3%A7%C3%A3o-dos-objetivos-de-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel> Acesso em: 27 abr. 2023.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus> Acesso em: 11 maio 2022.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic> Acesso em: 11 maio 2022.

PINHEIRO, L. **Política externa brasileira (1889-2002)**. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

PORTO DE OLIVEIRA, O.; LEITE C. K. S.; OSORIO, C.; MONTERO, S. Introdução. Políticas sociais na América Latina: da importação à exportação. IN: GONNET, C. O.; PORTO DE OLIVEIRA, O. (Org.). **Difusão de políticas na América Latina da importação à exportação**: anais do seminário internacional sobre difusão de políticas. 1ed. São Paulo: Hucitec, v. 1, 2020, p. 15-52.

PORTO DE OLIVEIRA, O.; PAL, L. A. New frontiers and directions in policy transfer, diffusion and circulation research: agents, spaces, resistance, and translations. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 2, p. 199-220, abr. 2018.

RIBEIRO, H. **Saúde Global**: olhares do presente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Temas em Saúde), 2016.

RO, C. How São Paulo Became 'The World's Vaccine Capital'. **Forbes**, 23 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.forbes.com/sites/christinero/2022/01/23/how-so-paulo-became-the-worlds-vaccine-capital/?sh=2eafdf879f9> Acesso em: 27 abr. 2023.

RODRIGUES, G. M. A. **Paradiplomacia**: cidades e estados na cena global. São Paulo: Editora Desatino (Série Elementos), 2021.

ROSE, R. What Is Lesson-Drawing? **Journal of Public Policy**, v. 11, n. 1, p. 3-20, 1991.

SOUSA, A. T. L. M.; RODRIGUES, G. M. Conflitos entre governos subnacionais e o governo federal durante a pandemia de COVID-19: o Estado de São Paulo e o caso da vacina CoronaVac. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v. 10, n. 19, p. 36-69, 2021. <https://doi.org/10.30612/rmufgd.v10i19.13335>.

STONE, D. Think Tanks, Global Lesson-Drawing and Networking Social Policy Ideas. **Global Social Policy**, v. 1, n. 3, p. 338-360, dez. 2001. <https://doi.org/10.1177/146801810100100304>.

The background is a solid orange color with several stylized, semi-transparent virus particles scattered across it. Each virus particle is spherical with numerous small, protruding spikes or receptors on its surface.

6

Segurança da saúde global: o enfrentamento da pandemia da Covid-19 e o acesso a equipamentos de proteção individual

Eriton Lincoln Torres Pompeu
Anne Dorothee Slovic

INTRODUÇÃO

No final de dezembro de 2019, iniciou-se um surto de uma doença respiratória de etiologia desconhecida e rápida transmissão de pessoa para pessoa. Declarada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, a propagação do vírus Sars-Cov-2 atingiu todas as regiões do mundo, tornando-se um problema de Saúde Global, com impactos que transbordam o campo da Saúde Pública. De fato, a pandemia da Covid-19 tem precipitado profundos debates que trazem um novo prisma de análise para diversos campos do conhecimento, podendo ser considerado como um novo marcador da história da humanidade.

A emergência sanitária recrudescer o debate no campo da Segurança da Saúde Global. De forma simplista, a Segurança da Saúde Global trata, essencialmente, da proteção contra ameaças à saúde (HEYMANN et al., 2015). Assim, refere-se à prevenção, detecção e resposta contra ameaças biológicas emergentes e reemergentes, de ocorrência natural, acidental ou deliberada, sendo reconhecida como uma das questões de segurança não tradicionais mais importantes (RAVI et al., 2019).

A crise provocada pela Covid-19 no campo da Segurança da Saúde Global trouxe para a mesa de debate o acesso a Equipamento de Proteção Individual (EPI), com vastas discussões sociopolíticas em torno dele (SARAN et al., 2020). Durante a pandemia de Covid-19, houve significativa escassez de EPI, percebida em muitos países do mundo, criando desafios na prestação de serviços médicos e no controle do avanço da doença (HE et al., 2021).

No início da crise, ainda em fevereiro de 2020, a OMS alertara sobre a insuficiência do estoque global de EPI, principalmente para máscaras médicas e respiradores, sendo que o fornecimento de aventais e de óculos de proteção em breve seria igualmente insuficiente. A OMS alertava precocemente que a crescente demanda global seria impulsionada não apenas pelo número de casos de Covid-19, mas também por desinformação, pânico e estoque irracional de EPI, o que resultaria em escassez aguda de EPI em todo o mundo. A capacidade de expandir a produção de EPI é limitada e a demanda por respiradores e máscaras não poderia ser atendida, especialmente se o uso generalizado e inadequado de EPI continuasse (OMS, 2020).

Abordar o acesso a EPI durante a crise da Covid-19 é central para entender os fatores de influência que impactam negativamente o enfrentamento da Pandemia no Brasil. À medida que a pandemia da Covid-19 acelera, os sistemas globais de saúde ficam sobrecarregados com pacientes potencialmente infecciosos. Pessa Valente et al. (2020) apontam dois problemas principais relacionados: a escassez de EPI e o uso

inadequado de equipamentos. Para eles, os trabalhadores da linha de frente estão perigosamente mal equipados devido a décadas de subinvestimento no setor de Saúde Pública, ao acesso limitado a EPI e à falta de treinamento apropriado (PESSA VALENTE et al., 2020).

A demanda desencadeada por uma necessidade aguda em saúde e um comportamento de mercado em pânico esgotou os estoques domésticos de EPI em todo o mundo (COHEN e RODGERS, 2020). Os problemas crônicos de financiamento e acesso a insumos de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foram amplificados por uma profunda crise sanitária de escala mundial, e por severas interrupções na cadeia global de fornecimento de EPI. Este capítulo investiga as dinâmicas que contribuíram com essa interrupção e as consequências relacionadas à grave escassez de equipamentos de proteção individual no Brasil durante a crise da Covid-19.

SAÚDE GLOBAL E O USO DE EPI

No Brasil, a definição de Equipamento de Proteção Individual é estabelecida pela Norma Regulamentadora Nº 6 (NR-6) da Portaria 3.214/78 do Ministério do Trabalho. Assim, considera-se EPI todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção aos riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.

Para ser considerado EPI, o dispositivo ou produto deve ser destinado à proteção de riscos suscetíveis que ameacem a segurança e a saúde no trabalho. Além de ser de uso individual do trabalhador, o equipamento deve conter a indicação do Certificado de Aprovação (CA), que atesta a eficácia do produto na proteção contra os agentes nocivos à saúde. O Anexo I da NR-6 relaciona itens que são considerados EPI (BRASIL, 2022).

Além de conferir proteção, os EPI fornecidos aos profissionais também devem apresentar características adequadas para garantir a conformidade em seu uso, tais como facilidade na realização de procedimentos, conforto térmico (temperatura e umidade relativa) e respirabilidade, evitando prejudicar a visibilidade e problemas relacionados ao seu uso prolongado, como dor no pescoço, dor nas costas e reações adversas na pele (SARAN et al., 2020).

O EPI pode ser usado para proteger os trabalhadores contra um amplo espectro de ameaças ambientais, podendo compreender fatores gerais, como temperatura e ruído extremos; situações específicas relacionadas ao trabalho, por exemplo, equipamentos

industriais e quedas de ambientes de trabalho elevados; ou fatores em situações de emergência, como acidentes com produtos químicos perigosos (EYRE et al., 2016).

Vários eventos destacaram a importância do EPI para trabalhadores da saúde. A epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) de 2003, a pandemia de Influenza H1N1 de 2009, o ataque de gás sarin no metrô de Tóquio em 1995, o bombardeio do Murrah Federal Building em Oklahoma City em 1995 e os ataques terroristas de setembro de 2001 são exemplos de situações em que a ausência de EPI adequado ou o seu uso indevido resultou em efeitos adversos à saúde dos profissionais envolvidos. Esses eventos chamaram a atenção para o uso de EPI como uma questão crítica nas operações de resposta a crises e a desastres (EYRE et al., 2016).

No caso da pandemia de Covid-19 são considerados importantes sinais e sintomas: febre, tosse seca, dispneia, mialgia ou fadiga e linfopenia. A maior carga viral do vírus SARS-CoV-2 encontra-se no escarro e nas secreções das vias aéreas superiores. Secreções respiratórias foram consideradas o principal meio de transmissão e propagação do vírus, incluindo a possibilidade de transmissão do vírus por aerossóis, gerados durante alguns procedimentos específicos (MS, 2020). A transmissão de gotículas é feita através de partículas respiratórias maiores, geralmente acima de 5 μm de diâmetro, que estão sujeitas a forças gravitacionais. Assim, tendem a difundir-se por não mais do que 1m. Um distanciamento de contato de 2m é, portanto, uma precaução (COOK, 2020).

Nesse contexto, os trabalhadores da saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia devem usar óculos de proteção ou protetor facial, vestimenta de mangas longas ou macacão com pés e capuz impermeáveis, aventais impermeáveis e respiradores. Precauções adicionais são exigidas pelos profissionais de saúde para se protegerem e impedir a transmissão no ambiente de trabalho e isso inclui saber selecionar o EPI adequado; ser capacitado para o uso correto e retirada do EPI e estabelecer o descarte de acordo com as normas de segurança, pois são considerados materiais potencialmente contaminados (JESSOP et al., 2020). Igualmente importante é esses profissionais compreenderem o propósito do uso de EPI como parte de um sistema para diminuir a transmissão cruzada da doença entre pacientes e o quadro da saúde (COOK, 2020). O Quadro 1 apresenta, de forma sintética, aspectos de interesse relativos ao uso de EPI relacionados à Covid-19.

Nesse mesmo sentido, Li et al. (2021), em um estudo de meta-análise, encontraram que o uso de máscaras faciais diminuiu o risco de infecção por Covid-19 em 70% para profissionais de saúde (LI et al., 2021). Hajiabdolbaghi et al. (2022) também apontaram que o uso de EPI por profissionais de saúde estava associado a uma drástica redução de resultados positivos em testes diagnósticos rápidos para Covid-19 (HAJIABDOLBAGHI et al., 2022).

Quadro 1 – Aspectos sobre EPI relacionados à Covid-19

Aspectos sobre EPI relacionados à Covid-19	
1	A Covid-19 é predominantemente transmitida por contato ou transmissão por gotículas.
2	A Covid-19 pode ser aerossolizada por procedimentos de geração de aerossol, possibilitando a transmissão aérea.
3	O EPI é apenas uma parte de um sistema para proteger funcionários e outros pacientes da transmissão do Covid-19.
4	As recomendações de uso de EPI por organizações internacionais são amplamente consistentes; Contudo, o uso correto de EPI pelos profissionais não é consistente.
5	O uso adequado de EPI reduz significativamente o risco de transmissão viral e infecção.
6	O EPI deve ser compatível com o modo potencial de transmissão viral – contato, gotícula ou aerotransportado
7	Apenas o EPI aerotransportado inclui uma máscara FFP3 e esta é reservada para procedimentos de geração de aerossóis.
8	O uso excessivo de EPI é uma forma de uso indevido.
9	O uso indevido de EPI esgota os estoques limitados, leva a escassez evitável e aumenta o risco para o pessoal.

Fonte: Cook, 2020.

O uso adequado de EPI é a melhor maneira de prevenir o risco de infecção por Covid-19 entre trabalhadores da saúde. Assim, o governo dos EUA, por exemplo, emitiu um relatório informativo com as melhores práticas, para implementação em âmbito nacional, para orientar o uso de EPI, com o objetivo de garantir a proteção dos profissionais da saúde durante a resposta à pandemia de coronavírus (HHS e FEMA, 2020).

Já no início da pandemia, o Ministério da Saúde do Brasil (MS), até então sob coordenação do Ministro Luiz Henrique Mandetta, publicou, em abril de 2020, seguindo orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a partir de consulta a especialistas de diversas categorias profissionais que atuam no setor da saúde, o documento “Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de Covid-19 e outras síndromes gripais. O documento buscava auxiliar os serviços de saúde e os trabalhadores que neles atuam na implementação de ações e estratégias de minimização da exposição a patógenos respiratórios, em especial ao novo coronavírus (MS, 2020). O documento citado listava os EPI que deveriam ser disponibilizados pelos serviços e utilizados pelos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19.

Segundo o documento do MS (2020), profissionais de saúde que atendessem casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 deveriam fazer uso de: 1) gorro; 2) óculos de proteção ou protetor facial; 3) máscara; 4) avental impermeável de mangas compridas; 5) luvas de procedimento. Em relação ao tipo de máscara adotada, para procedimen-

tos que geram gotículas, deveriam ser utilizadas a máscara cirúrgica e a de proteção respiratória com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até $0,3\mu$ (N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3), sempre que realizar procedimentos geradores de aerossóis como, por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras nasotraqueais e broncoscopias.

As orientações dadas naquele momento no MS não se restringiam aos profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento a possíveis casos de Covid-19, mas também a todos os trabalhadores dos serviços de saúde, ou seja, todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitalares, clínicas, ambulatoriais e outros locais. Dessa maneira, compreende também os trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros, entre outros, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços diretos de assistência à saúde das pessoas (MS, 2020).

Esses trabalhadores devem igualmente fazer uso de EPI, compatíveis com o ambiente em que atuam. Assim, de acordo com o documento veiculado, o MS exigia, por exemplo, a adoção de respiradores tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3 inclusive para os profissionais de limpeza que atuam em ambientes onde estejam sendo desempenhadas atividades com possibilidade de geração de aerossóis (MS, 2020).

Embora não haja consenso mundial nas recomendações sobre o uso de EPI para os profissionais da saúde que atuam na linha de frente de combate à Covid-19, alguns itens são amplamente utilizados para o atendimento de casos suspeitos e confirmados da doença em alguns países como Brasil, Espanha, Itália, China, Estados Unidos, e na Europa de forma geral: luvas descartáveis, roupas de proteção (aventais descartáveis e impermeáveis), máscara cirúrgica, máscara N95, respiradores tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3, óculos e viseira (CAVALCANTE et al., 2021).

Além do uso de EPI, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América apontam que padrões de utilização do senso comum de práticas contribuem para proteger os profissionais de saúde contra infecções e evitar a propagação da infecção de paciente para paciente. Isso inclui higiene respiratória e etiqueta da tosse, colocação/isolamento adequado do paciente, manuseio e limpeza de equipamentos, dispositivos, roupas e ambientes de atendimento aos pacientes, além da adoção de protocolos de segurança para materiais perfurocortantes (HOLLAND; et al., 2020).

Em relação ao uso de EPI, o CDC identificou três níveis operacionais de abordagem, de forma a otimizar o uso de máscaras faciais: convencional, contingência e crise. Em modo convencional, as máscaras faciais são utilizadas na rotina para proteger os pro-

fissionais de saúde de infecções causadas por respingos e aerossóis. Em modo de contingência, há um estresse do sistema de saúde. Assim, o CDC recomenda conservar recursos, cancelando seletivamente procedimentos não emergenciais, adiando atendimentos ambulatoriais não urgentes que possam exigir máscaras faciais, e prolongando o uso de máscaras faciais por longos períodos, se possível (CDC, [2020]).

No modo crise, a exemplo da pandemia de Covid-19, o CDC recomenda o cancelamento de todos os procedimentos eletivos e não urgentes e consultas ambulatoriais para as quais as máscaras faciais são normalmente usadas, uso de máscaras faciais além do prazo de validade designado pelo fabricante durante as atividades de atendimento ao paciente, reutilização limitada e priorização de uso para atividades ou procedimentos em que respingos ou aerossóis são prováveis (CDC, [2020]). A entidade chegou a recomendar inclusive o uso de máscaras caseiras, incluindo bandanas ou lenços, quando as máscaras faciais fossem totalmente indisponíveis (CDC, [2020]).

O risco de infecção e suas consequências são componentes bem reconhecidos de risco ocupacional para profissionais da saúde. Contudo, esse risco é ampliado durante o surgimento de epidemias. A infecção de profissionais de saúde diminui a capacidade de atendimento do sistema de saúde, principalmente em tempos de pandemia, quando ele já está sobrecarregado. Durante o curso da pandemia do novo coronavírus, a Itália registrou um dos maiores números de infecções. Quase dez por cento das infecções por coronavírus relatadas na Itália ocorreram em profissionais de saúde. Apenas 13% dos médicos relataram ter acesso aos EPIs sempre que precisam (SAVOIA et al., 2020).

O medo exagerado do contágio influenciou a percepção dos profissionais sobre quais EPI seriam realmente necessários para conferir proteção adequada, o que agravou a escassez de EPI no mercado. Muitas vezes, as necessidades percebidas pelos profissionais de EPI nem sempre estão de acordo com as reais necessidades de suas tarefas. Martin-Delgado et al. (2020) apontaram que quase metade dos profissionais que não realizaram procedimentos geradores de aerossóis relataram queixas por falta de óculos de proteção ou respiradores tipo N95. Esse resultado evidencia a falta de divulgação de informações claras acerca do uso correto de EPI. Usar um nível de EPI diferente ou mais alto do que o necessário é uma forma de uso indevido e tende a reduzir a quantidade de suprimentos disponíveis para as equipes de saúde no futuro.

A falta de informações apropriadas para os trabalhadores da saúde pode ser uma das causas do aumento do número de profissionais infectados (MARTIN-DELGADO et al., 2020). O recebimento de informações corretas sobre o uso de EPI influenciou a percepção sobre o risco de os profissionais contraírem a infecção. Dessa forma, o acesso a informações adequadas sobre o uso de EPI foi associado à melhor capacidade de realizar procedimentos de colocação e retirada (SAVOIA et al., 2020). Assim, embora seja

necessário aumentar os suprimentos de EPI para os profissionais de saúde, treinamento adequado e instruções claras são igualmente importantes para conferir segurança no enfrentamento de doenças infectocontagiosas, a exemplo da Covid-19.

A ESCASSEZ GLOBAL DE EPI

À medida que a pandemia se disseminava, o acesso a equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde tornou-se uma preocupação fundamental. Embora as equipes médicas tivessem sido priorizadas em muitos países, a escassez de EPI tornou-se uma constante. Os sistemas de saúde em todo o mundo operaram acima da capacidade máxima por muitos meses (REMUZZI, A. e REMUZZI, G., 2020). Uma modelagem realizada pela OMS, acerca da demanda global por EPI, estimou que seria necessário o fornecimento mensal de 89 milhões de máscaras cirúrgicas, de 76 milhões de luvas de procedimento, de 1,6 milhões de óculos de proteção e de 30 milhões de aventais para o enfrentamento da Covid-19 por trabalhadores da saúde (JESSOP et al., 2020).

Em 28 de maio de 2020, a ONG Médicos Sem Fronteiras (MSF) emitiu um comunicado à imprensa pedindo que o mercado de equipamentos de proteção individual fosse regulamentado. O documento relatava que a pandemia da Covid-19 causou escassez e aumento de preços de EPI, especialmente aqueles necessários para proteger os profissionais de saúde da linha de frente (BURKI, 2020).

Nesta lógica, esses profissionais são considerados como uma das populações mais vulneráveis e suscetíveis ao adoecimento e transmissão da infecção por Covid-19. A China, foco inicial da pandemia, reportou precocemente que 3.300 profissionais da saúde haviam sido contaminados. Em julho de 2020, os países europeus já indicavam números muito maiores. À época, dados de apenas nove países (Dinamarca, Alemanha, Hungria, Irlanda, Itália, Rússia, Espanha, Turquia e Ucrânia) mostraram que mais de 150 mil profissionais da saúde já haviam sido infectados pelo vírus Sars-CoV-2, sendo projetada uma estimativa de mais de 200 mil profissionais de saúde infectados na Europa (EPSU, 2020).

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem, em um levantamento realizado igualmente no início da pandemia (em abril de 2020), alertou para a existência de cerca de 4.800 denúncias de falta de EPI feitas por membros associados desde o início da crise. No mesmo período, houve mais de 4.600 licenças médicas por “sintomas semelhantes

à gripe” e 32 mortes entre enfermeiros, números significativamente maiores do que as tendências usuais (COFEN, 2020).

Enquanto a produção de equipamentos médicos é dominada por um pequeno grupo de empresas multinacionais de países europeus e dos EUA, a produção de EPI foi massivamente deslocada e terceirizada para países de baixo custo (MORALES-CONTRERAS et al., 2021). De longe, a China é o maior fabricante mundial de EPI. Antes da pandemia, a China era responsável por metade do fornecimento mundial de máscaras cirúrgicas e era o único local capaz de produzir aventais clínicos em massa (RANNEY et al., 2020). Portanto, a escassez aguda de EPI que caracterizou os estágios iniciais da pandemia provavelmente foi inevitável. A produção de EPI pela China costuma ser normalmente interrompida por um período de 10 a 14 dias, devido às comemorações do Ano Novo Chinês. As festividades no ano de 2020 coincidiram com uma explosão de casos de Covid-19 na China. Adicionalmente, as políticas de saúde pública que foram introduzidas no país em resposta ao surgimento da Covid-19 impediram muitos trabalhadores de retornarem às suas fábricas (BURKI, 2020).

Assim, as exportações da China foram interrompidas à medida que a infecção se espalhava internamente no país e no mundo. Uma combinação de interrupção nas cadeias de suprimentos mundiais e de restrições de viagens internacionais, com níveis excepcionalmente altos de demanda e liberação lenta de estoques pandêmicos, bem como diretrizes de EPI confusas e em constante mudança, levou à falta de EPI para a equipe de saúde da linha de frente em todo o globo (JESSOP et al., 2020).

As interrupções agudas na cadeia global de fornecimento de EPI conjugada com a falta de ação efetiva global para manter, gerir e distribuir de forma equitativa os estoques existentes agravaram o problema de acesso global a EPI, especialmente nos países de baixa e média renda. Se na última década, houve muita discussão sobre a melhor forma de garantir o acesso equitativo a vacinas, medicamentos e diagnósticos, não houve o mesmo tipo de atenção dada aos EPI (BURKI, 2020).

Diante do aumento de casos e mortes por Covid-19 entre profissionais da saúde na Região das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) publicou um alerta aos governos sobre a necessidade de fortalecer a capacidade de serviços de saúde em todos os níveis e de que providenciassem EPI e treinamento para todos. O contexto Sul-Americano é bastante desafiador. A América Latina possui uma população de 640 milhões de pessoas, com sistemas de saúde divididos em diferentes níveis de capacidade instalada. Delgado et al. (2020) apontam que sete em cada dez profissionais de saúde na América Latina reportaram que tiveram acesso limitado a EPI essenciais e baixo apoio das autoridades de saúde, que deveriam assegurar-lhes o acesso a testes diagnósticos e a EPI adequados durante a pandemia de Covid-19 (DELGADO et al., 2020).

Segundo a Opas (2020), os estoques globais de EPI seriam insuficientes, especialmente no caso de máscaras cirúrgicas e respiradores. A entidade antecipou que o fornecimento de batas cirúrgicas e óculos de proteção logo seria insuficiente. Por fim, a Opas previu que a crescente demanda global - provocada não somente pelo número de casos de Covid-19, mas também pela desinformação e pelo pânico que levaram à compra e estocagem do produto - carretaria desabastecimento ainda maior de EPI em todo o mundo. A capacidade de expandir a produção de EPI é limitada e a demanda de máscaras cirúrgicas e respiradores não poderia ser atendida, especialmente devido ao uso generalizado e inadequado de EPI (OPAS, 2020).

Além da grave escassez de EPI, Martin-Delgado et al. apontaram treinamento insuficiente sobre prevenção de infecções e sobre o uso de EPI e falta de protocolos de teste e isolamento prontamente disponíveis para profissionais de saúde no Equador, Brasil e Colômbia (MARTIN-DELGADO et al., 2020). Os autores relataram que apenas 2 em cada 10 profissionais que realizaram procedimentos de alto risco nos locais avaliados relataram possuir EPI adequado em seu local de trabalho.

Há, na América Latina, profunda heterogeneidade de desenvolvimento social e crescimento econômico. A infraestrutura de saúde latino-americana não está suficientemente preparada para enfrentar os desafios impostos pela pandemia de Covid-19 (DELGADO et al., 2020). A superação de momentos de crise como o da pandemia de Covid-19 passa por um concerto global para resposta, que inclua solidariedade e suporte a países com populações mais vulneráveis.

Reconhecendo as Américas como a região mais desigual do planeta, com determinantes sociais históricos que dificultam ou impedem a adoção de medidas básicas de prevenção contra a Covid-19, em especial no tocante a populações mais vulneráveis, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos lançou, em 10 de abril de 2020, uma norma intitulada “Pandemia e Direitos Humanos nas Américas” (Resolução n. 01/2020), recomendando aos governos, dentre outras medidas,

Adoptar de manera inmediata e interseccional el enfoque de derechos humanos en toda estrategia, política o medida estatal dirigida a enfrentar la pandemia del Covid-19 y sus consecuencias, incluyendo los planes para la recuperación social y económica que se formulen (OEA, 2020).

Ainda que a utilização de serviços de saúde tenha diminuído cerca de um terço durante a pandemia, com variação considerável e com maiores reduções entre pessoas com doenças menos graves (MOYNIHAN et al., 2021), a ausência de coordenação global para o enfrentamento da pandemia levou a um colapso quase completo nas cadeias de suprimentos de EPI, diagnósticos e outros itens essenciais no início de 2020 (GHD, 2021).

A CADEIA GLOBAL DE SUPRIMENTO DE EPI

A velocidade da propagação da doença colocou enorme pressão sobre os sistemas de saúde dos países. As interrupções na cadeia global de suprimento de EPI causadas pela crise do Covid-19 representaram uma novidade, pois diferem consideravelmente de outras interrupções no campo da logística da cadeia de suprimentos devido à sua escala, duração e altos níveis de incerteza (IVANOV e DOLGUI, 2020).

O surto de Covid-19 é uma situação sem precedentes e extraordinária que mostra claramente a necessidade de progredir na pesquisa e nas práticas de resiliência da cadeia de suprimentos, especialmente naquela relativa aos insumos de saúde. A rápida disseminação global do novo coronavírus teve um impacto devastador nas cadeias de suprimentos (CHOWDHURY et al., 2021). A disponibilidade de suprimentos de saúde globais foi drasticamente reduzida e desequilibrada com as demandas (IVANOV e DOLGUI, 2020). A escassez de oferta põe em xeque a prestação de serviços de saúde e coloca em risco vidas humanas em todo o mundo.

Poder de compra desigual, barreiras comerciais e capacidade de produção doméstica insuficiente criaram vários desafios para os países de baixa e média renda em relação ao acesso a suprimentos médicos, incluindo diagnósticos e tratamentos. A lacuna também inclui desde EPI até oxigênio e, inclusive, profissionais de saúde. Os países de renda mais alta superam suas contrapartes mais pobres em medicamentos essenciais, resultando em grave escassez em países que já contavam com poucos recursos (WHO, 2021).

O estabelecimento agudo da crise pandêmica teve efeito direto nas cadeias de suprimento globais, desencadeando efeitos em três dimensões: na oferta, na demanda e na logística (RAJ et al., 2022). As empresas multinacionais enfrentaram, de início, um choque de oferta. Quando a infecção se espalhou pela Índia, por exemplo, as exportações de máscaras pararam para atender a demanda interna. Ao mesmo tempo, várias empresas enfrentaram um choque de demanda. Observou-se um aumento da procura de produtos essenciais, enquanto, por outro lado, surgiram preocupações com entregas adiadas, atrasos na garantia de mercadorias, interrupção imprevista de viagens e escassez de mão de obra, ocasionada por medidas de restrição de contato e migração reversa de trabalhadores das cidades. Assim, as lacunas entre oferta e demanda aumentaram.

No campo da logística, as discussões da era pré-pandemia eram centradas em estratégias de gerenciamento de estoque, de forma a reduzir custos e aumentar a eficiência. No entanto, após o surgimento da Covid-19, tornou-se claro que essa abordagem é insuficiente para preparar as cadeias de suprimentos globais para combater eventos extremos. Além disso, o impacto da pandemia de coronavírus sobre as cadeias de su-

primentos globais apenas evidenciou a importância da adoção de novas estratégias de gerenciamento e de mitigação de riscos para a cadeia de suprimentos globais frente a eventos extremos (RAJ et al., 2022).

No contexto da saúde, uma ruptura na cadeia de suprimentos pode ser entendida como um evento inesperado que pode dificultar a continuidade da prestação de serviços de saúde aos pacientes (SPIESKE et al., 2022). Em comparação com outras indústrias tradicionais, interrupções na cadeia de suprimento de produtos de saúde são especialmente críticas, principalmente caso sejam levados em consideração os impactos diretos sobre vidas humanas (SPIESKE et al., 2022).

A escassez crítica no suprimento de EPI na cadeia global ensejou a adoção de práticas para reduzir, reutilizar ou substituir produtos, na tentativa de lidar com o fornecimento inadequado de EPI (TABAH et al., 2020). Tabah et al. (2020) apontaram que, na Austrália, pelo menos uma peça de EPI padrão não estava disponível para 52% dos participantes e 30% relataram reutilizar EPI de uso único. A escassez de EPI, combinada com orientações pouco claras e em mudanças constantes de diretrizes sobre seu uso, resultaria em ansiedade e confusão para a equipe médica (HAJIABDOLBAGHI et al., 2022).

Uma vez demonstrada a fragilidade da cadeia de suprimentos de saúde, Cumbler et al. (2021) argumentam que as organizações devem antecipar as restrições na cadeia de suprimentos de matéria-prima e ser flexíveis, adaptáveis e rápidas. Para os autores, a estrutura deve identificar áreas prioritárias que necessitam de abordagens alternativas, criando novas conexões e fornecendo rápidas aprovações para as inovações apresentadas (CUMBLER et al., 2021). Assim, a escassez global de EPI levou diversos países a adotarem práticas de redução, reutilização e substituição de EPI padrão por produtos de menor qualidade e/ou não aprovados pelos fabricantes. Essas práticas tinham o objetivo de garantir a continuidade dos atendimentos de saúde, mesmo diante da não comprovação da manutenção da eficácia de proteção, devido à danificação por tempo de uso e a problemas na vedação (VALERO et al., 2021).

Nessa linha, Liao et al. (2020) encontraram métodos que permitiriam a reutilização segura de respiradores N95, como estratégia de mitigação da Covid-19, em um cenário de escassez de recursos (LIAO et al., 2020). Por sua vez, Kampf et al. (2020) propõem a adoção de uma análise de risco para o emprego de EPI em um cenário de escassez de tais equipamentos, de forma a garantir o tratamento adequado aos pacientes e a proteção compatível para os profissionais da saúde pelo mais longo tempo possível sem interrupção (KAMPF et al., 2020).

Contudo, a reutilização dos insumos pode aumentar as chances de transmissão da doença, principalmente devido ao risco de contaminação durante a retirada e colocação, além da diminuição da eficácia ocasionada pela falha no encaixe e o desgaste do uso

prolongado (VALERO et al., 2021). Ainda assim, frente a essa realidade, a reutilização em cenário de crise, como demonstrado pela pandemia de Covid-19, foi descrita como inevitável por Valero et al. (2021).

Na busca de soluções e alternativas viáveis para mitigar a escassez de EPI no mercado, Bione et al. (2021) apresentaram iniciativas de profissionais e de empresas relacionadas à impressão 3D de equipamentos para os trabalhadores de saúde na linha de frente. As aplicações da impressão 3D nessas iniciativas, especialmente o compartilhamento de programas e de produtos, tiveram importantes contribuições para a saúde pública e a indústria aditiva durante o período da pandemia da Covid-19 e podem representar importantes aliados no combate aos efeitos provocados pelo novo coronavírus (BIONE et al., 2021).

Diversos estudos identificados demonstram consistentemente que as máscaras N95, máscaras cirúrgicas e protetores faciais, tanto os fabricados industrialmente quanto os produzidos por meio de impressoras 3D de baixo custo, são dispositivos significativos que atuam como barreira a gotículas e permitem proteção para profissionais de saúde contra a infecção por Covid-19 (PECCIN et al., 2022).

PREPARO GLOBAL E ESTRATÉGIAS DE MITIGAÇÃO

Rapidamente a comunidade científica percebeu que a pandemia causada pelo Sars-CoV-2 seria um grande desafio sanitário para nossa geração. Não apenas devido à alta velocidade de propagação da doença, que poderia se espalhar rapidamente em uma população altamente suscetível, causando uma condição complexa, em muitos casos fatal, mas principalmente porque não havia ainda conhecimento científico de seus componentes epidemiológicos, nem de sua fisiopatologia, microbiologia e imunologia (ANDERSON, 2020).

Avaliar o preparo e a capacidade de resposta eficiente da comunidade internacional em mitigar crises pandêmicas é tarefa bastante complexa. No intuito de avaliar as capacidades de os países responderem a surtos de doenças infecciosas que podem levar a epidemias e pandemias, representando ameaças à segurança global, foi instituído o Índice Global de Segurança em Saúde (ISSG). O ISSG é uma abrangente avaliação de segurança em saúde dos 195 países que aderiram ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI), sendo um projeto da Iniciativa de Ameaças Nucleares (NTI) e do Johns Hopkins Center for Health Security (JHCHS) e foi desenvolvido com a Economist Intelligence Unit (EIU).

O ISSG agrega um amplo conjunto de dados quantitativos, de acesso público, que permitem mensurar a capacidade institucional do setor saúde para lidar com riscos sanitários. O índice analisa a segurança e as capacidades de saúde de 195 países, abrangendo 34 indicadores, 140 perguntas divididas em seis categorias: Prevenção, Detecção e Notificação, Resposta Rápida, Sistema de Saúde, Conformidade com as normas internacionais e Ambiente de risco. Cada componente é avaliado em uma escala de notas de 0 a 100, em que 100 indica as melhores condições de saúde. A proposta de seus organizadores é fomentar o debate e as mudanças sobre a segurança nacional da saúde no enfrentamento de surtos de doenças infecciosas que possam evoluir para epidemias e pandemias.

O ISSG mostrou que os países variavam muito em termos de capacidade de prevenir, detectar e controlar surtos, com cerca de metade dos países relatando capacidades de prontidão operacional para responder a emergências de saúde pública (KANDEL et al., 2020). O maior valor agregado do ISSG foi atribuído aos Estados Unidos da América (EUA) (83,5 pontos), seguido pelo Reino Unido (77,9 pontos). Ambos os países, contudo, tiveram resultados catastróficos no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Assim, os resultados do enfrentamento da Covid-19 apresentados pelos países mais bem ranqueados no ISSG são incompatíveis com suas classificações no índice. Da mesma forma, países como o Vietnã (50º no ISSG) e a Nova Zelândia (35º no ISSG), por exemplo, demonstraram desempenho muito superior na mitigação das consequências da pandemia. Na prática, é melhor comparar os países durante uma pandemia de forma que permita informações sobre os resultados e desempenho a serem obtidos, analisados, reportados e utilizados em tempo real (FISHER; et al., 2020).

A experiência da Covid-19 tem mostrado que as métricas existentes para a capacidade do sistema de saúde em preparação e resposta nacional para pandemias têm sido preditores insuficientes de resultados em eventos críticos, sugerindo que outras áreas podem merecer maior peso nos futuros esforços de preparação. O ISSG não foi significativamente associado a taxas de infecção padronizadas ou à taxa de letalidade (COVID-19 NATIONAL PREPAREDNESS COLLABORATORS, 2022). É importante destacar que predominam no ISSG variáveis biomédicas da vigilância epidemiológica (COSTA et al., 2021), o que pode em parte explicar a lógica de classificação dos países. Muitos países estão lutando para manter ou desenvolver suas capacidades nacionais de preparação, principalmente devido à falta de recursos, prioridades nacionais concorrentes e uma alta rotatividade de profissionais de saúde. A pandemia de Covid-19 tem sido uma oportunidade para revisar a preparação de todos os países e repensar estratégias de mitigação contra emergências globais de saúde pública.

Se o ISSG falha em avaliar o preparo para o enfrentamento de crises sanitárias, por outro lado, medidas de confiança no governo e confiança interpessoal, bem como baixos índices de corrupção governamental, tiveram associações maiores e estatisticamente significativas com taxas de infecção padronizadas mais baixas. No mesmo sentido, baixos índices de corrupção governamental foram associados a maiores reduções na mobilidade, bem como a uma maior cobertura vacinal da Covid-19 (COVID-19 NATIONAL PREPAREDNESS COLLABORATORS, 2022).

Com o aumento da percepção dos riscos e agravos acerca de doenças respiratórias que acometem seres humanos, como a apreensão causada pelo surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS) e com a crescente preocupação com as mortes humanas por gripe aviária (H5N1), os governos em todo o mundo já haviam começado a estocar EPI e medicamentos antivirais (TAKIAN et al., 2021). O Reino Unido, por exemplo, possuía estoques consideráveis de EPI (COOK, 2020). O governo britânico convocou o exército para manter a cadeia de suprimentos no país, na tentativa de garantir que o fornecimento de insumos de saúde não cessasse. Contudo, com o advento da pandemia, as cadeias de suprimento da saúde, que dependiam em grande medida da China, tornaram-se incertas, frágeis e limitadas (COOK, 2020).

Cohen e Rodgers (2020), investigando as forças que contribuíram para a grave escassez de EPI nos EUA durante a pandemia da Covid-19, argumentaram que a falta de ação efetiva por parte do governo federal para manter e distribuir os estoques nacionais, bem como graves interrupções na cadeia global de fornecimento de EPI, agravaram a crise. Adicionalmente, houve problemas devido a um modelo de custeio disfuncional em sistemas operacionais hospitalares conjugado com um grande choque de demanda desencadeado por uma necessidade aguda em saúde e por um comportamento de mercado em pânico que esgotou os estoques domésticos. Os autores apontaram que os EUA são o maior importador mundial de máscaras faciais, de óculos de proteção de luvas médicas, o que torna o país altamente vulnerável a interrupções nas exportações de suprimentos médicos. A conclusão dos autores é de que os preços de mercado não são mecanismos adequados para regular insumos para a saúde, que é um bem público global (COHEN e RODGERS, 2020).

De fato, de acordo com a OMS, desde o início do surto de Covid-19, os preços aumentaram vertiginosamente. As máscaras cirúrgicas aumentaram seis vezes, os respiradores N95 triplicaram e os aventais dobraram. Segundo estimativas da organização, a oferta de produção global de EPI deveria ter aumentado em 40% para atingir a demanda mundial no início da pandemia (OMS, 2020). Assim, os sistemas de saúde encontram desafios de acesso a EPI e a insumos essenciais, especialmente nos países de baixa e média renda, evidenciando um padrão de iniquidade e de extrema concentração de renda.

Com o intuito de minimizar as iniquidades entre os países das Américas, a Opas instituiu o Fundo Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde, oficialmente denominado “Fundo Rotativo da OPAS para Medicamentos Essenciais e Suprimentos Estratégicos de Saúde Pública”, como um mecanismo regional para aquisição conjunta de medicamentos essenciais e suprimentos estratégicos de saúde pública para os países da região. O objetivo do Fundo é melhorar o acesso a medicamentos e suprimentos de saúde de qualidade, seguros e eficazes, ao mesmo tempo em que promove sistemas de saúde eficientes e sustentáveis.

O Relatório Anual 2020 do Fundo Estratégico da OPAS descreve ações em várias frentes. O Fundo Estratégico fez pedidos de compra no valor de mais de US\$ 235 milhões em medicamentos e suprimentos em 31 de dezembro de 2020, incluindo o apoio às respostas nacionais à Covid-19 e o envio de kits de diagnóstico, EPI e medicamentos essenciais para pacientes em terapia intensiva. O foco do Fundo da Opas foi o de mitigar a interrupção da cadeia de suprimentos relacionada à Covid-19 para medicamentos essenciais exigidos por programas prioritários, como HIV, tuberculose e malária, além de garantir a acessibilidade aos medicamentos para manter a qualidade dos serviços de saúde (PAHO, 2021).

CONCLUSÕES

A pandemia da Covid-19 mostrou a fragilidade do sistema de saúde global, ampliando exponencialmente as repercussões sociais e econômicas da crise. A resposta à pandemia deve ser revisitada de forma a servir de lição para o fortalecimento da cadeia de suprimentos globais da saúde, além de permitir a reflexão acerca da governança e da colaboração internacional em tempos de crises sanitárias.

As características biológicas de agentes com alta capacidade de transmissão resultam em altas taxas de contaminação, que, no caso da Covid-19, podem evoluir para formas graves de doença respiratória. A manutenção de elevadas taxas de contaminação leva à intensa busca por tratamentos médicos, com conseqüente colapso do sistema de saúde local. Paralelamente, a busca por insumos de saúde exaure a capacidade dos produtores em atender a demanda crescente, ocasionando escassez de oferta para os trabalhadores da saúde.

Ao longo da crise da Covid-19, os trabalhadores de saúde da linha de frente de combate ao novo coronavírus destacaram-se como um dos grupos de maior risco de adoecimento. O contato direto com pacientes contaminados, a sobrecarga de trabalho das

equipes de saúde e as constantes mudanças de diretrizes e protocolos, em um contexto de insuficiência de EPI, tornaram esse grupo mais vulnerável, ocasionando ansiedade e outros problemas de saúde mental, além de elevado número de infecções e de mortes desnecessárias.

Um grande número de profissionais da saúde foi infectado com SARS-CoV-2 em todo o mundo. Essa situação foi propiciada por fatores, tais como: a alta taxa de contágio do vírus; a escassez de EPI para os profissionais da saúde; a falta de treinamento adequado quanto ao uso e descarte de EPI; e a flexibilização do uso de EPI, em relação ao reuso ou uso prolongado do equipamento de proteção. Uma vez contaminados, podem agir como potenciais transmissores assintomáticos, infectando outros profissionais, pacientes, a comunidade ou familiares.

Os profissionais da saúde de países de baixa e média renda tendem a enfrentar mais dificuldades do que os de regiões mais ricas, explicitando iniquidades crônicas de acesso à saúde nessas regiões. A disponibilidade de EPI é essencial para que os sistemas de saúde atuem no enfrentamento de emergências sanitárias; contudo, há clara desigualdade global no acesso a EPI.

Com o rápido avanço da pandemia, a escassez de equipamentos de proteção foi observada em vários países do mundo, os quais trataram de editar normas para facilitar o acesso a insumos de saúde importados ou, em outros casos, para impedir a exportação de produtos que prejudicassem a oferta interna.

Essa postura explicitou assimetrias no acesso global a insumos de saúde, recrudescendo iniquidades estruturais no campo da Saúde Global e desafiando os Estados, as instituições e os profissionais a buscarem soluções para mitigar a escassez de produtos de saúde. Governantes, profissionais e instituições de saúde devem examinar formas de garantir o acesso a EPI e a continuidade da prestação de atendimento em saúde.

As estratégias para a manutenção da cadeia de suprimentos globais de produtos da saúde devem estar adequadamente preparadas para lidar com futuras crises sanitárias, ou crises assemelhadas com potencial para causar desabastecimento, de forma segura, justa e equitativa. Novos projetos, que evitem a dependência logística da cadeia de suprimentos da saúde, devem ser priorizados, optando-se por cadeias e redes interconectadas e redundantes de fornecedores, de forma a impedir a interrupção abrupta do abastecimento que, no campo da saúde, é traduzida como risco de desassistência, infecção e mortes evitáveis.

O investimento em mecanismos multilaterais de compra e gerenciamento conjunto de recursos, como o Fundo Estratégico da Opas, pode representar um importante fator para o fortalecimento dos sistemas de saúde em uma era pós-pandemia. O redesenho

de uma estrutura de Segurança da Saúde Global que permita maior resiliência frente a emergências sanitárias demanda inovações tecnológicas, gerenciais e de governança, de forma a conectar os sistemas de saúde e desenvolver cadeias globais de suprimento de saúde adaptáveis integradas e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, R. M. et al. How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, 10.228, p. 931-934, 2020.

BIONE, G. B. B. S. et al. 3D printing applications during COVID-19 pandemic: a literature review. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 69, 2021.

BRASIL. Portaria MTP nº 2.175, de 28 de julho de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jul. 2022.

BURKI, T. Global shortage of personal protective equipment. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 7, p. 785-786, jul. 2020.

CAVALCANTE, F. J. S.; NASCIMENTO, I. R. D.; CAVALCANTE, R. M. S. EPIs e segurança dos trabalhadores de saúde durante a pandemia de COVID-19: Uma breve reflexão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e55010716809, 2 jul. 2021.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Strategies for Optimizing the Supply of Facemasks**. [2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/face-masks.html>. Acesso em: 4 ago. 2022.

CHOWDHURY, P. et al. COVID-19 pandemic related supply chain studies: A systematic review. **Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review**, v. 148, 102271, 1 abr. 2021.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Mais de 4 mil profissionais foram contaminados pela COVID-19**. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mais-de-4-mil-profissionais-de-enfermagem-foram-contaminados-pela-covid-19_79240.html. Acesso em: 5 ago. 2022.

COHEN, J.; RODGERS, Y. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. **Preventive Medicine**, v. 141, 106263, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106263>

COOK, T. M. Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – a narrative review. **Anaesthesia**, v. 75, n. 7, p. 920-927, 2020. <https://doi.org/10.1111/anae.15071>

COSTA, N. R. et al. The institutional capacity of the health sector and the response to covid-19 in a global perspective. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4645-4654, 2021.

COVID-19 NATIONAL PREPAREDNESS COLLABORATORS. Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. **The Lancet**, London, v. 399, n. 10334, p. 1489-1512, 16 abr. 2022.

CUMBLER, E. et al. Contingency planning for health care worker masks in case of medical supply chain failure: Lessons learned in novel mask manufacturing from COVID-19 pandemic. **American Journal of Infection Control**, v. 49, n. 10, p. 1215-1220, 1 out. 2021.

DELGADO, D. et al. Personal safety during the covid-19 pandemic: Realities and perspectives of healthcare workers in latin America. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 8, 2 abr. 2020.

EPSU - EUROPEAN FEDERATION OF PUBLIC SERVICE UNIONS. **Health workers bear brunt of COVID-19 infections**. 2020. Disponível em: <https://www.epsu.org/article/health-workers-bear-brunt-covid-19-infections>. Acesso em: 2 ago. 2022.

EYRE, A. J.; HICK, J. L.; THORNE, C. D. Personal protective equipment. **Ciottone's Disaster Medicine**, p. 294-301, 2016. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-28665-7.00046-7>

FISHER, D.; YING TEO, Y.; NABARRO, D. Assessing national performance in response to COVID-19. **The Lancet**, v. 396, 10252, p. 653-655, 2020.

GHD - GLOBAL HEALTH DIPLOMACY. **Global diplomacy and cooperation in pandemic times: Lessons and recommendations from COVID-19**. *Lancet COVID-19 Commission*, 2021.

HAIJABDOLBAGHI, M. et al. Rapid Detection Test for COVID-19 among Healthcare Workers and the Role of Personal Protective Equipment. **Archives of Iranian Medicine**, v. 25, n. 2, p. 91-97, 1 fev. 2022.

HE, S. et al. Effective supply chain surveillance for PPE. **The Lancet**, v. 397, 10286, p. 1706-1707, 8 maio 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00783-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00783-2)

HEYMANN, D. L. et al. Global health security: the wider lessons from the west African Ebola virus disease epidemic. **The Lancet**, v. 385, n. 9980, p. 1884-1901, 2015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60858-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60858-3)

HHS; FEMA. **Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Personal Protective Equipment Preservation Best Practices**. 18 dez. 2020. Disponível em: <https://files.asprtracie.hhs.gov/documents/fema-fact-sheet-ppe-preservation-best-practices-update---14-july-2020.pdf> Acesso em: 13 abr. 2022.

HOLLAND, M.; ZALOGA, D. J.; FRIDERICI, C. S. COVID-19 Personal Protective Equipment (PPE) for the emergency physician. **Visual Journal of Emergency Medicine**, v. 19, 1 abr. 2020.

IVANOV, D.; DOLGUI, A. Viability of intertwined supply networks: extending the supply chain resilience angles towards survivability. A position paper motivated by COVID-19 outbreak. **International Journal of Production Research**, v. 58, n. 10, p. 2904–2915, 18 maio 2020.

JESSOP, Z. M. et al. Personal protective equipment for surgeons during COVID-19 pandemic: systematic review of availability, usage and rationing. **British Journal of Surgery**, v. 107, n. 10, p. 1262-1280, 2020.

KAMPE, G. et al. COVID-19-associated shortage of alcohol-based hand rubs, face masks, medical gloves, and gowns: proposal for a risk-adapted approach to ensure patient and healthcare worker safety. **Journal of Hospital Infection**, v. 105, n. 3, p. 424-427, 1 jul. 2020.

KANDEL, N. et al. Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1047-1053, 28 mar. 2020.

LI, Y. et al. Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **American Journal of Infection Control**, v. 49, n. 7, p. 900-906, 1 jul. 2021.

LIAO, L. et al. Can N95 respirators be reused after disinfection? And for how many times? **ACS Nano**, v. 14, n. 5, p. 6348-6356, 2020. <https://doi.org/10.1021/acsnano.0c03597>

MARTIN-DELGADO, J. et al. Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in COVID-19 care: A cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. **PLoS ONE**, v. 15, n. 11 November, 1 nov. 2020.

MORALES-CONTRERAS, M. F.; LEPORATI, M.; FRATOCCHI, L. The impact of COVID-19 on supply decision-makers: the case of personal protective equipment in Spanish hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, 1 dez. 2021.

MOYNIHAN, Ray et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: A systematic review. **BMJ Open**, v. 11, n. 3, 16 mar. 2021.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoesdeprotecaotrabalhadores-COVID-19.pdf Acesso: em 13 abr. 2023.

OEA - ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. **Pandemia y Derechos Humanos en las Américas: Resolución 1/2020**. Washington, D.C., U.S.A.: OEA, 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide**. Genebra: WHO, 3 mar. 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Uso racional de equipamentos de proteção individual para a doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51954> Acesso em: 13 abr. 2023.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Strategic Fund Annual Report 2020**. Ensuring Access to Essential Medicines and Public Health Supplies while Supporting the COVID-19 Response. Washington, DC: PAHO, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54292> Acesso em: 13 abr. 2023.

PECCIN, M. S. et al. Indications for accurate and appropriate use of personal protective equipment for healthcare professionals. A systematic review. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 140, n. 1, 2022.

PESSA VALENTE, E. et al. COVID-19 among health workers in Brazil: The silent wave. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 1, 010379, 2020. <https://doi.org/10.7189%2Fjogh.10.010379>

RAJ, A. et al. Supply chain management during and post-COVID-19 pandemic: Mitigation strategies and practical lessons learned. **Journal of Business Research**, v. 142, p. 1125-1139, 1 mar. 2022.

RANNEY, M. L.; GRIFFETH, V.; JHA, A. K. Critical Supply Shortages — The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 18, p. e41, 30 abr. 2020.

RAVI, S. J. et al. Establishing a theoretical foundation for measuring global health security: A scoping review. **BMC Public Health**, v. 19, 952, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7216-0>

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next? **Health Policy**, v. 395, 10231, p. 1225-1228, April 11, 2020.

SARAN, S. et al. Personal protective equipment during COVID-19 pandemic: a narrative review on technical aspects. **Expert Review of Medical Devices**, v. 17, n. 12, p. 1265-1276, 2020. <https://doi.org/10.1080/17434440.2020.1852079>

SAVOIA, E. et al. Factors associated with access and use of PPE during COVID-19: A cross-sectional study of Italian physicians. **PLoS ONE**, v. 15, n. 10, October 2020.

SPIESKE, A. et al. Improving resilience of the healthcare supply chain in a pandemic: Evidence from Europe during the COVID-19 crisis. **Journal of Purchasing and Supply Management**, v. 28, n. 5, 100748, 2022.

TABAH, A. et al. Personal protective equipment and intensive care unit healthcare worker safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. **Journal of Critical Care**, v. 59, p. 70-75, 1 out. 2020.

TAKIAN, A.; HAGHIGHI, H.; RAOOFI, A. Challenges, opportunities, and future perspectives. **Environmental and Health Management of Novel Coronavirus Disease (COVID-19)**, p. 443-477, 2021.

VALERO, R. et al. Equipamentos de proteção individual utilizados por profissionais da saúde na pandemia da Covid-19: revisão de escopo. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 1410, 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **From Worlds Apart to a World Prepared**: Global Preparedness Monitoring Board report 2021. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders>. Acesso em: 13 abr. 2023.

The background is a solid orange color with several 3D-rendered virus particles scattered across it. The viruses are spherical with numerous spike-like protrusions extending from their surfaces. They vary in size and orientation, creating a sense of depth and movement.

7

Atenção à saúde mental de usuários de álcool no Brasil: impacto da pandemia de Covid-19

Tiziana Bezerra Gerbaldo
José Leopoldo Ferreira Antunes

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A emergência da Covid-19 afetou severamente a assistência aos agravos de saúde. Houve redução na provisão e uso de serviços dirigidos a diversas enfermidades, incluídas neste rol as ações de saúde mental (CUNHA et al., 2020; BESSA, 2021; CUNHA et al., 2021; ORNELL et al., 2021). As restrições impostas pela pandemia se somaram ao intrincado mosaico de desafios da saúde mental, que abarca carências pré-existentes à Covid-19 acrescidas do aumento das demandas em razão dos efeitos diretos e indiretos da crise sanitária. Esses elementos, somados às consequências da interrupção parcial ou total de serviços, compõem os agravantes de um cenário global de grandes lacunas de acesso e investimentos financeiros insuficientes (LOLA et al., 2021; PAHO, 2021).

O reduzido espaço ocupado na agenda de saúde pública, a escassez, o uso ineficiente e a distribuição desigual de recursos são algumas das barreiras à provisão de cuidados em saúde mental. Estas dificuldades são mais acentuadas nos países de baixa e média renda, onde há menor financiamento, reformas não consolidadas e integração da saúde mental no nível primário deficitária (SAXENA et al., 2007). Tais dificuldades fazem parte do cenário da saúde mental, notadamente na América Latina e Caribe.

A elevada prevalência de transtornos mentais e as desigualdades na oferta de atenção entre grupos etários e étnicos nessa região também concorrem com esses obstáculos (KOHN et al., 2018). O impacto negativo da pandemia na atenção aos transtornos mentais e ao uso prejudicial de substâncias psicoativas acrescido da maior exposição a estressores psicossociais seguem representando ameaça ao surgimento e agravamento de problemas de saúde, em especial entre as populações mais vulneráveis. Nesta seara, destaca-se como ponto de preocupação a tendência de aumento na ingestão de álcool e o já elevado consumo da substância nas Américas (GARCIA-CERDE et al., 2021; ROBERTS et al., 2021).

Dados anteriores à pandemia já sinalizavam a tendência de aumento no consumo de álcool para a região. Grande parte desse aumento seria impulsionado pelos três países mais populosos – México, Estados Unidos e Brasil (WHO, 2018). Contudo, as novas projeções precisarão acrescentar o efeito da pandemia à equação, sendo de grande valia o monitoramento das mudanças no padrão de consumo e na assistência em saúde mental ofertada nos países.

No Brasil, estudo feito por Malta et al. (2020) indicou diferenças nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas durante a pandemia. Na assistência, o país apresentou acentuado declínio na oferta de atendimentos longitudinais e intensivos em saúde mental, ao mesmo tempo em que registrou aumento nos atendimentos de crise (ORNELL et al., 2021). Os atendimentos para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool na atenção especializada também sofreram significativa redução no início da pandemia, com repercussão desigualmente distribuída entre regiões mais vulneráveis (GERBALDO e ANTUNES, 2022).

A assistência aos transtornos mentais e problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas é atualmente norteadas pelos princípios do respeito aos direitos humanos e oferta de ações em serviços de base comunitária, em contraposição ao modelo anterior centralizado no atendimento hospitalar (manicomial). Estes princípios estão na base das reformas da assistência psiquiátrica na região das Américas, e são pilares centrais do modelo assistencial brasileiro (SARACENO, 2007). O modelo de atenção psicossocial – como é denominado no Brasil – tem como dispositivo estratégico os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que ofertam atendimento no sistema público de saúde. Esses serviços fazem parte da atenção especializada aos casos graves e persistentes, e são responsáveis pela ordenação do cuidado nas redes de atenção, cogestão dos casos e acompanhamento longitudinal de saúde com outros pontos da rede (BRASIL, 2011).

O monitoramento das consequências da pandemia na assistência às demais condições de saúde é de vital importância para a organização dos serviços de saúde e implementação de respostas. Em revisão sobre o impacto de crises sanitárias na saúde mental das populações, Leung et al. (2022) apontam que tanto a Covid-19 quanto epidemias passadas (SARS, Ebola) se mostraram associadas a aumento na carga de transtornos mentais e persistência do impacto no longo prazo. Pandey et al. (2021) destacam que o aumento da ansiedade é um efeito comumente observado nestes cenários, acrescido de sentimentos de medo e estressores psicossociais, como por exemplo dificuldades econômicas, estigma e distanciamento social. Para populações em vulnerabilidade, evidências indicam maior magnitude e persistência dos efeitos da pandemia no longo prazo (LOLA et al., 2021).

É reconhecido que a saúde mental é um tema que concerne a todos os países, compondo o escopo da agenda de desenvolvimento global (PATEL et al., 2020). O alcance de melhorias no campo da saúde e reduções das iniquidades existentes perpassa pelo endereçamento de barreiras na atenção aos transtornos mentais, especialmente na vigência de crises sanitárias, onde a concorrência por recursos resultou na diminuição da assistência ofertada. Assim, o seguimento de estudos acerca dos impactos da pandemia de Covid-19 e de outras crises sanitárias na saúde mental é de grande importância para

a reorganização dos serviços e preparação para novas situações de emergência, além de contribuir para a diminuição no vácuo de dados longitudinais sobre os temas (LEUNG et al., 2022).

Nesse sentido, este estudo dá continuidade à análise do impacto da pandemia na atenção especializada ao uso prejudicial de álcool no Brasil, a partir dos dados dos CAPS. Buscou-se identificar variações na realização de procedimentos ao longo da pandemia, de forma a discutir a repercussão da crise sanitária neste campo da atenção em saúde e identificar variações segundo características sociodemográficas. A primeira parte deste trabalho analisou dados de janeiro de 2019 a dezembro de 2020 e apontou uma redução importante nos procedimentos realizados durante o período pandêmico, evidenciando ainda a repercussão desigual da pandemia entre as macrorregiões brasileiras (GERBALDO e ANTUNES, 2022). No recorte atual, é dado seguimento contemplando a análise do período de janeiro a dezembro de 2021 e a comparação deste período com os dois anos anteriores.

METODOLOGIA DO ESTUDO

Bases de dados

Os dados deste estudo foram captados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS). Os procedimentos incluídos na análise fazem parte do rol de ações desenvolvidas pelos CAPS e estão listados no Quadro 1. A seleção dos dados considerou os procedimentos realizados de janeiro de 2019 a dezembro de 2021, registrados sob os códigos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool – F10.0 a F10.9 da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10).

Os procedimentos foram categorizados considerando a macrorregião geográfica do país, sexo, idade e raça/cor da pele. Os dados de idade foram agregados em três intervalos: menos de 30 anos, de 30 a 59 anos e 60 anos ou mais. Dados e estimativas populacionais fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística foram utilizadas para o cálculo de taxas que propiciam a comparação entre as categorias (IBGE, 2020).

Quadro 1 – Descrição dos procedimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial para os usuários de álcool

Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
Acompanhamento de paciente em serviço residencial terapêutico
Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial
Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial
Atendimento domiciliar de Centro de Atenção Psicossocial
Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial
Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial
Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial
Ações de redução de danos
Ações de reabilitação psicossocial
Atenção às situações de crise
Promoção de contratualidade
Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Acompanhamento de paciente em Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial
Apoio à Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais
Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial
Matriciamento de equipes da Atenção Básica
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas

Análise estatística

Foram calculados os totais de procedimentos mensais para o ano de 2021 segundo as variáveis macrorregião, sexo, grupo etário e raça/cor. Para fins de comparação, esses totais foram expressos como taxas populacionais, isto é, número de atendimentos para cada 100.000 habitantes.

O mês de março foi considerado o marco de início da pandemia no Brasil, seguindo o reconhecimento oficial dado através do Decreto Legislativo N° 6, de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020). A partir dessa divisão, os meses subsequentes foram considerados pandêmicos e foram agrupados em dois períodos: abril a julho (inicial) e agosto a dezembro (continuidade).

Inicialmente, comparou-se individualmente os totais de procedimentos realizados no período inicial e de continuidade do ano de 2021 com os mesmos períodos dos dois anos anteriores. Na sequência, comparou-se o total de procedimentos realizados no período de continuidade de 2021 com o total realizado no período inicial. Devido à diferença na extensão dos períodos, essa comparação foi ponderada pelo número de meses de cada um.

O tratamento e a análise dos dados foram executados por meio dos aplicativos Tabwin versão 4.5 e MS Excel 2019®. O estudo envolveu apenas o uso de dados secundários de livre acesso para o público e sem identificação nominal das pessoas envolvidas. Nesse sentido, não foi necessária a submissão do projeto para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

O IMPACTO DA PANDEMIA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA A USUÁRIOS DE ÁLCOOL

No período de janeiro de 2021 a dezembro do mesmo ano foram registrados 1.672.472 procedimentos a usuários de álcool nos CAPS. De modo geral, como sinaliza a Tabela 1, houve variação positiva na taxa de procedimentos no ano de 2021 comparado a 2020, com maior aumento no volume de procedimentos do 1º semestre (+40%). Ainda que o resultado de 2021 tenha sido melhor que o ano anterior, ele ainda está aquém do volume de procedimentos realizados no ano anterior à pandemia, considerando os períodos de comparação de abril-julho e agosto-dez – por volta de -30%.

A análise da Figura 1 indica que a taxa de procedimentos realizados nas macrorregiões permanece abaixo do período pré-pandemia para as regiões Sudeste, Sul e Nordeste. Ainda assim, a recuperação geral nos procedimentos no período de abril-julho de 2021 foi expressiva em relação ao mesmo período do ano anterior, com aumento de 40% (Tabela 1).

Tabela 1 - Variação percentual dos procedimentos da atenção especializada ao uso de álcool por características demográficas

Características demográficas	Abr.-jul. 2021 em relação a abr.-jul. 2020	Ago.-dez.2021 em relação a ago.-dez.2020	Ago.-dez.2021 em relação a abr.-jul.2021*	Abr.-jul.2021 em relação a abr.-jul.2019	Ago.-dez.2021 em relação a ago.-dez.2019
Sexo					
Feminino	62%	25%	1%	-21%	-21%
Masculino	35%	19%	4%	-34%	-32%
Grupo etário					
Menos de 30 anos	55%	9%	-7%	-31%	-15%
De 30 a 59 anos	36%	22%	4%	-34%	-32%
60 anos ou mais	49%	28%	18%	-39%	-31%
Raça/cor da pele					
Branca	26%	14%	8%	-35%	-34%
Preta	51%	16%	1%	-28%	-30%
Parda	49%	36%	11%	-28%	-23%
Amarela	35%	9%	1%	-35%	-42%
Macrorregião geográfica					
Norte	170%	85%	-10%	-19%	-3%
Nordeste	59%	41%	2%	-27%	-6%
Sudeste	25%	5%	2%	-32%	-13%
Sul	71%	50%	7%	-39%	-18%
Centro Oeste	38%	39%	25%	-23%	-1%
Total	40%	20%	3%	-31%	-30%

*Comparação ponderada para o número de meses em cada período.

Na comparação entre 2021 e 2020, todas as regiões obtiveram variações positivas nos três períodos de tempo observados. O maior destaque é conferido à região Norte, que apresentou os maiores percentuais de recuperação: +170% nos meses de abril a julho de 2021 em relação ao ano anterior, quando a pandemia estava em seu estágio inicial; e +85% nos meses de agosto a dezembro de 2021 em relação ao mesmo período do ano anterior. Ao final de 2021, o volume de procedimentos realizados conseguiu alcançar o patamar anterior à pandemia, encerrando o ano com diferença de -3% do que foi realizado em 2019. A região Centro Oeste seguiu ritmo de recuperação menor no período,

porém também atingiu patamar relativamente igual ao período pré-pandemia, com diferença de -1% em relação ao ano de 2019 (Tabela 1).

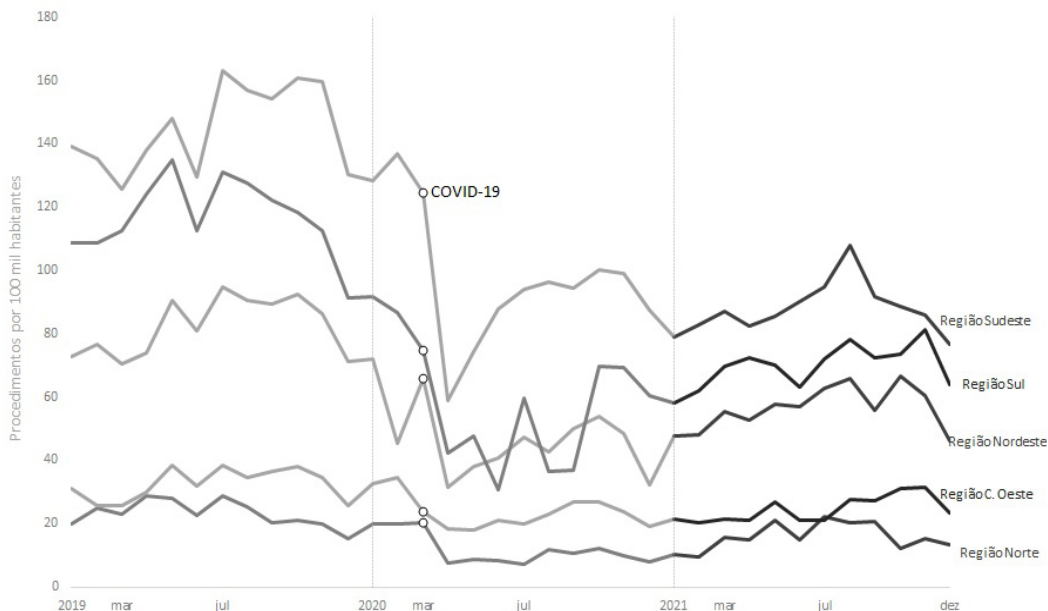


Figura 1 - Procedimentos realizados de 2019 a 2021 segundo macrorregiões geográficas

A região Sul também apresentou percentuais de recuperação elevados em 2021, quando comparados com dados de 2020: +71% nos meses de abril a julho e +50% nos meses de agosto a dezembro. Contudo, tais variações não foram suficientes para retomar o patamar de 2019. Da mesma forma, as regiões Sudeste e Nordeste seguiram a mesma tendência de maior recuperação de abril a julho, seguida de menor recuperação nos meses de agosto a dezembro (Tabela 1). Ambas as regiões apresentaram resultados abaixo dos obtidos no período anterior a março de 2020 (Figura 1).

Para a variável sexo, o gráfico indica maior recuperação na taxa de procedimentos para o sexo feminino no ano de 2021, o que a deixa próxima ao patamar do período pré-pandemia (Figura 2). Observou-se recuperação de 62% na taxa de procedimentos para o sexo feminino no período de abril-julho de 2021, com relação ao ano anterior e recuperação de 35% para o sexo masculino no mesmo período (Tabela 1). Apesar da maior recuperação em 2021, ambos continuam abaixo do volume de procedimentos realizados em 2019.

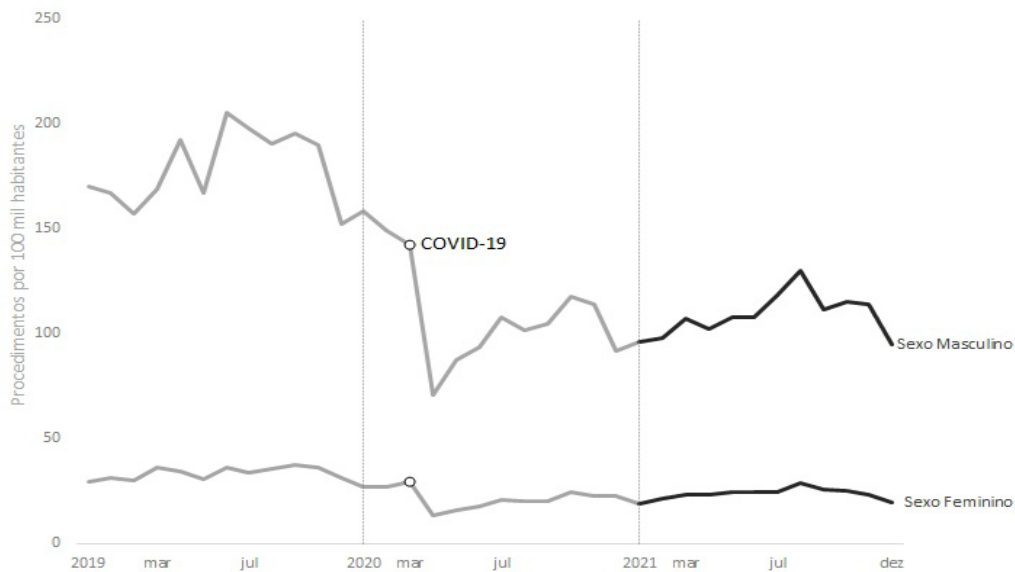


Figura 2 - Procedimentos realizados de 2019 a 2021 segundo sexo

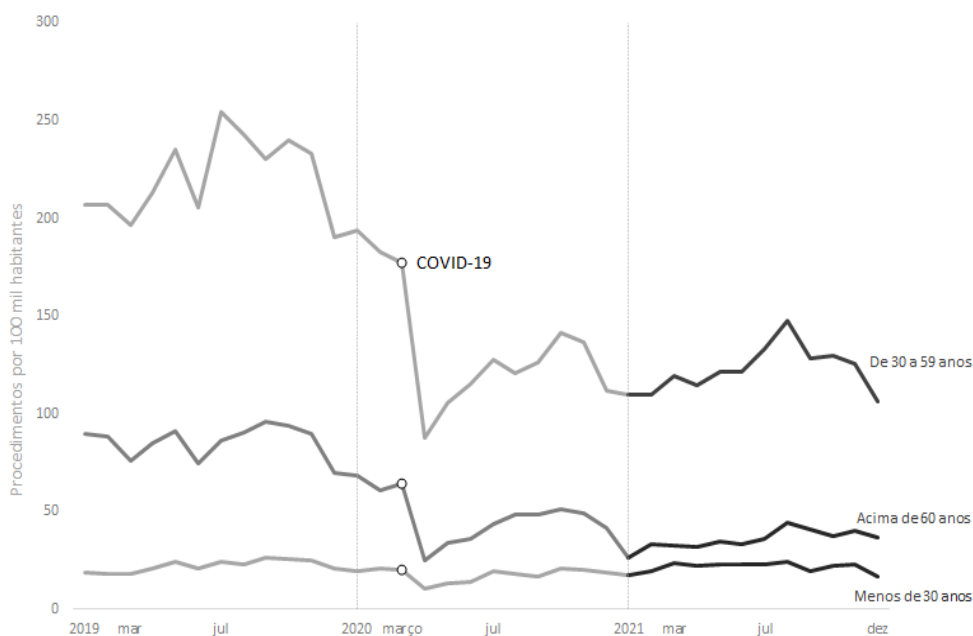


Figura 3 - Procedimentos de 2019 a 2021 segundo faixa etária

Na variável faixa etária, as maiores recuperações se deram no período de abril-julho de 2021, com relação ao ano anterior, com ganho de 55% no volume de procedimentos para menores de 30 anos, e 49% para pessoas acima de 60 anos (Tabela 1). Todas as categorias permanecem aquém do volume de procedimentos realizados no período pré-pandemia, porém a categoria menos de 30 anos apresentou melhor recuperação que as demais na comparação com o ano de 2019 (Figura 3).

Os quatro grupos de comparação da categoria raça/cor permaneceram com taxa de procedimentos aquém ao realizado antes da pandemia (Figura 4). Conforme a Tabela 1, observam-se maiores ganhos no volume de procedimentos para as categorias pretos e pardos na comparação dos meses de abril-julho de 2021 com o mesmo período do ano anterior (51% e 49% respectivamente). Todos os grupos apresentaram ganhos menores no período de agosto a dezembro. É mister ressaltar que a persistência de elevado número de procedimentos sem informação para a variável dificulta asseverar com convicção.

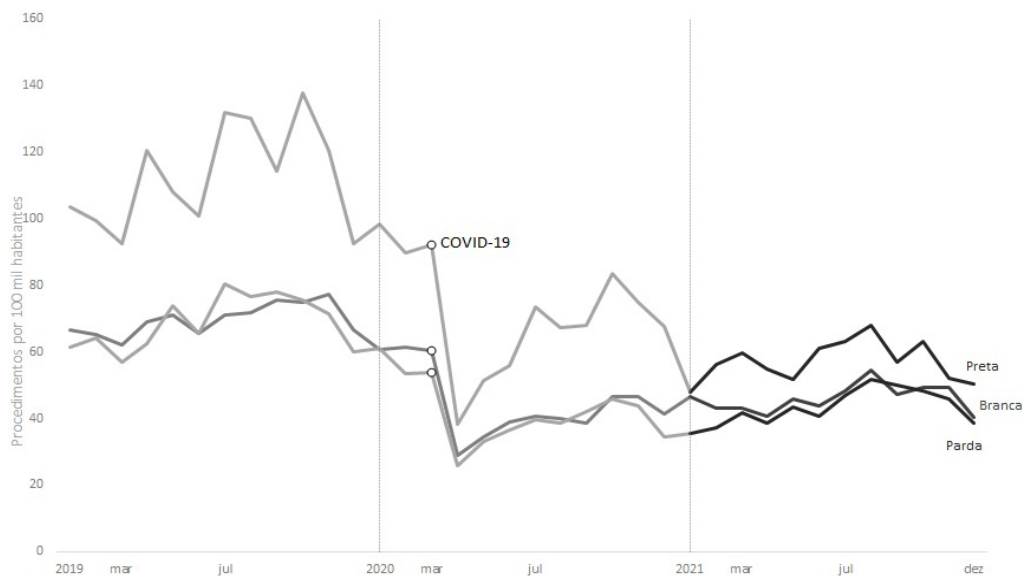


Figura 4 - Procedimentos de 2019 a 2021 segundo raça/cor

SAÚDE MENTAL E USO DE ÁLCOOL: PERSPECTIVAS EM MEIO À PANDEMIA

Os dados apresentados neste capítulo demonstram que as desigualdades no número de procedimentos realizados para as categorias macrorregião geográfica, sexo e faixa etária no ano de 2020 persistem no ano de 2021. O maior volume de procedimentos mantém-se nas regiões mais ricas do país (Sudeste e Sul), para o sexo masculino e para adultos entre 30 e 59 anos. Da mesma forma, persiste a imprecisão no registro da categoria raça/cor, com 25% do total dos procedimentos sem informação.

A recuperação no volume de procedimentos ao longo dos dois anos permaneceu aquém do total de procedimentos realizados no ano de 2019 para a maior parte das categorias analisadas. É mister salientar que procedimentos realizados não são equivalentes a pessoas atendidas, pois cada atendimento pode gerar o registro de um ou mais procedimentos. Isto posto, a persistência de dificuldades no acesso aos serviços segue preocupante, em razão do valor possivelmente inferior de atendimentos, da exposição aumentada a fatores estressores e do risco de agudização dos casos.

A lenta retomada do ritmo da atenção especializada ao uso prejudicial de álcool se dá em um momento de sucessivos golpes ao modelo antimanicomial e à política de saúde mental brasileira como um todo. Na atenção em saúde para uso prejudicial de álcool e drogas, a ênfase nas comunidades terapêuticas e a contratação destes serviços como eixo principal de ação representam alguns dos retrocessos vivenciados nos últimos anos (BRASIL, 2019; CONECTAS e CEBRAP, 2021). Trata-se de uma mudança de orientação, que passa de um modelo que privilegia a autonomia, o cuidado em liberdade e a construção de projetos terapêuticos singulares para outro centrado no isolamento, segregação e imposição de ideais terapêuticos – diretrizes diametralmente opostas às preconizadas em normativas nacionais anteriores e normativas internacionais (PAHO, 1990; BRASIL, 2001).

O investimento expressivo em comunidades terapêuticas contrasta com o decréscimo no ritmo de implantação de novos CAPS. A implantação de novos CAPS, que apresentava curva ascendente de crescimento até 2016, tem sofrido decréscimo desde então, mesmo sem o país ter atingido a cobertura de dispositivos necessária (CRUZ et al., 2020). Para os autores, um dos grandes prejuízos dessa ruptura é a maior dificuldade na oferta de atenção psicossocial adequada em um cenário de insuficiência de cobertura destes serviços.

Vale ressaltar que os CAPS são a aposta estratégica da política de saúde mental para o modelo de atenção psicossocial no Brasil. Apesar da grande expectativa depositada

em sua atuação, a distribuição destes serviços no país segue o perfil de iniquidades regionais, com menor capacidade instalada na região Norte, e menos serviços direcionados para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015). Essas desigualdades se fazem presentes nos dados analisados deste estudo, e se acentuam em decorrência dos efeitos da pandemia. Ainda que a região Norte tenha conseguido recuperar o volume de procedimentos realizados no período anterior à pandemia, persistem carências estruturais importantes que devem ser endereçadas para garantir o acesso e a qualidade da atenção psicossocial. A fragilização de um dos elementos centrais na articulação da política de saúde mental torna ainda mais complexo o árduo enfrentamento das consequências da crise sanitária.

As desigualdades em infraestrutura da atenção especializada coexistem com a articulação frágil e desigual da saúde mental no nível de atenção primário. A baixa incorporação de ações de saúde mental voltadas para atenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas neste nível de atenção foi apontada por Gerbaldo et al. (2018) como uma limitação para a efetividade e integralidade das ações, comprometendo também a coordenação do cuidado nos diferentes pontos da rede. O menor percentual de registro dos usuários de álcool e outras drogas pelas Equipes de Saúde da Família, sinalizado pelo estudo, também representa limitações à atenção continuada, e agrava a gestão do cuidado em saúde mental.

A ampliação do quadro de desigualdades pré-existentes é uma ameaça direta da pandemia, especialmente em relação a fatores demográficos (etnia, gênero, idade), econômicos e socioculturais (LOLA et al., 2021). Para crianças e adolescentes, a quantidade de serviços e de profissionais disponíveis já eram considerados escassos e insuficientes em todo o mundo (WHO, 2021). Para os idosos, o severo impacto da pandemia se somou a complicadores relacionados ao isolamento e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (LOLA et al., 2021). No curso da crise sanitária, a assistência aos transtornos mentais para ambas as populações foi severamente afetada na região das Américas, com interrupção parcial e, por vezes, total das atividades (PAHO, 2021). As diferenças de realização de procedimentos observadas no presente estudo também sinalizam para dificuldades no uso de serviços entre pessoas com uso prejudicial de álcool e entre as faixas etárias.

A ausência de informações acuradas para a variável raça/cor é um dado que se faz notar. A análise de marcadores sociais é de suma importância para o planejamento e execução de políticas públicas que visem a diminuição das desigualdades. Tal análise não é diferente para a saúde mental, que em seu marco legal expressa o compromisso em garantir o acesso a tratamentos de saúde independente de raça e cor (BRASIL, 2001). David e Vincentin (2020) assinalam a necessidade de traçar estratégias para que a discussão sobre raça ganhe visibilidade e centralidade nas práticas da rede de atenção

psicossocial e na política de saúde mental brasileira. Qualificar o registro dos atendimentos pode ser um dos passos para fundamentar estas discussões e diminuir as distâncias existentes.

A abordagem das desigualdades e redução de lacunas de acesso à assistência em saúde para transtornos mentais são nós críticos da atenção psicossocial tanto no país quanto na região das Américas como um todo. Como apontado anteriormente, a região das Américas apresenta elevado consumo de álcool entre a população e convive simultaneamente com barreiras de acesso aos serviços de assistência a transtornos mentais (WHO, 2018; PAHO, 2021).

É reconhecido que o impacto da pandemia foi mais severo entre populações mais vulneráveis, com marcadas diferenças de raça e etnia (SANTOS et al., 2020; ALVES et al. 2021). Este impacto seguiu o quadro de iniquidades já existentes que, acrescido de dificuldades no acesso a atenção em saúde e problemas sociais e econômicos como insegurança habitacional e financeira, representa ameaça à saúde mental das populações (KOLA et al., 2021).

É igualmente reconhecido que o uso prejudicial de álcool é atravessado pelas iniquidades socioeconômicas que, se não equacionadas, comprometem a satisfatória resposta às crises sanitárias e suas consequências. No quadro maior, o aumento no uso prejudicial de álcool representa obstáculo ao desenvolvimento sustentável dos países e enseja a elaboração de políticas e intervenções que contemplem as singularidades locais e regionais (XU et al., 2022).

Para o Brasil, o reconhecimento da saúde mental como prioridade na agenda de saúde pública é parte do caminho para a consolidação e expansão da política, e para o endereçamento das demandas decorrentes da crise sanitária. Baixos investimentos públicos, desigualdades e ausência de dados no campo da saúde mental são problemas registrados em escala global, e que se inscrevem nos debates sobre a garantia da equidade e bem-estar das populações (WHO, 2021).

Neste ponto, Mahomed (2020) assinala que o baixo investimento em saúde mental é um fenômeno global na medida que se faz presente em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos. De acordo com o autor, tanto os investimentos feitos por governos nacionais quanto aportes de outras entidades estão abaixo do necessário para suprir as necessidades no campo. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) dão conta que apenas um terço dos países membros disponibilizaram informações sobre o gasto com saúde mental, com marcantes limitações neste indicador. Ademais, foram apontadas dificuldades na disponibilidade de dados desagregados, com variações de acordo com a região dos países membros e classificação de renda. Ainda que o relatório aponte melhorias na disponibilização de informações sobre os indicadores de saúde

mental, a região das Américas apresentou resultado contrário a esta tendência, com ausência de dados para 25% dos países no ano de 2020 – 4% a mais que em 2014 (WHO, 2021). A ausência de informações sobre os gastos com saúde mental e a indisponibilidade de dados sobre como os recursos têm sido distribuídos entre serviços e grupos é uma das limitações à abordagem das desigualdades no campo.

É também necessária e urgente a discussão com todos os atores sobre o projeto de cuidado nacional para a saúde mental, álcool e outras drogas, que vem sofrendo fortes investidas na contramão do modelo antimanicomial. Mudanças propostas desde 2016 tem sinalizado para um retorno ao modelo hospitalocêntrico, ilustrado pelo aumento do financiamento de tratamentos baseados em longos períodos de reclusão, de serviços desterritorializados em detrimento de serviços de base comunitária, e mesmo com a desvinculação da política sobre álcool e outras drogas do Ministério da Saúde. Estes movimentos impõem risco de desfinanciamento de serviços de base comunitária como os CAPS e têm sido amplamente questionados por entidades de classe, órgãos colegiados, organizações e instituições judiciais, conforme apontam Cruz et al.(2020). Essas mudanças representam flagrantes retrocessos tanto à política de saúde mental brasileira quanto às pactuações regionais voltadas ao fortalecimento da atenção comunitária e a superação do modelo manicomial (PAHO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após dois anos do início da pandemia em março de 2020, os serviços da atenção especializada aos transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e drogas seguem lutando para retomar o ritmo. Às dificuldades anteriores, somam-se as consequências da pandemia e as investidas de retorno ao modelo asilar. O enfrentamento do desafio posto deve contemplar duas frentes: o amplo debate sobre os atuais rumos da política de saúde mental e a elaboração de estratégias para a redução das desigualdades estruturais.

O monitoramento contínuo dos dados da assistência aos transtornos mentais e problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas é vital para o planejamento e organização do cuidado ofertado, especialmente considerando a pandemia e seus desdobramentos. A contínua investigação é de grande valia tanto para o preparo para emergências futuras como para o endereçamento de iniquidades existentes, que ganharam maior visibilidade em decorrência da pandemia de Covid-19.

Da mesma forma, a melhoria nos sistemas de informação, registro dos dados e a ampla publicização dos resultados são peças importantes no contínuo aprimoramento da

política. Mais do que um esforço de pesquisadores e instituições de ensino e pesquisa, cabe às instituições governamentais retomar o papel ativo no acompanhamento de indicadores e avaliação dos serviços de saúde mental no país.

A crise sanitária e suas consequências excederam territórios e convocaram esforços conjuntos para a sua contenção e manejo. Os impactos na saúde mental das populações foram igualmente extensos e compartilhados pelos países, atingindo desproporcionalmente e de maneira desigual populações mais vulneráveis. A adequada oferta de assistência aos transtornos mentais e decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas é uma questão anterior à crise sanitária e que persistirá como importante ponto de atenção. O tema atravessa países do Norte ao Sul Global, com impacto negativo acentuado nas localidades com menor aporte de recursos. O endereçamento das iniquidades nesta área precisa permear as discussões acerca da melhoria da saúde das populações, garantia de direitos e justiça social, sendo ainda parte importante das discussões sobre a agenda de desenvolvimento dos países.

A melhoria da assistência também implica a realização de pesquisas que elucidem os fatores associados às dificuldades de acesso e uso de serviços entre as faixas etárias, sexo e raça/cor, conforme identificado neste estudo, permitindo intervenções que auxiliem na efetiva redução das desigualdades. Por fim, o debate sobre a assistência direta aos transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas não dispensa discussões ampliadas sobre os fatores sociais, políticos, e econômicos que interagem e determinam a saúde das populações em sua dimensão coletiva e nos diferentes contextos em que se encontram.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. D.; ABADE, A. S.; PERES, W. P.; BORGES, J. E.; SANTOS, S. M.; SCHOLZE, A. R. Impact of COVID-19 on the indigenous population of Brazil: a geo-epidemiological study. **Epidemiology and Infection**, v. 149, p. 1-11, 2021. <https://doi.org/10.1017/S0950268821001849>.
- BESSA, J. Breast imaging hindered during COVID-19 pandemic, in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 8, 2021. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003375>.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. **Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

BRASIL. Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019. **Aprova a política nacional sobre drogas**. 2019.

BRASIL. Decreto legislativo nº 6 de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, 2020.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS; CEBRAP - CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020, 2021. 33 p.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

CUNHA, A. R.; ANTUNES, J. L. F.; MARTINS, M. D.; PETTI, S.; HUGO, F. N. The impact of the COVID-19 pandemic on oral biopsies in the Brazilian National Health System. **Oral Diseases**, v. 28, p. 925-928, 2020, suppl.1. <https://doi.org/10.1111/odi.13620>.

CUNHA, A. R.; ANTUNES, J. L. F.; MARTINS, M. D.; PETTI, S.; HUGO, F. N. The impact of the COVID-19 pandemic on hospitalizations for oral and oropharyngeal cancer in Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 3, p. 211-215, 2021. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12632>.

DAVID, E. C.; VINCENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 264-277, 2020.

GARCIA-CERDE, R.; VALENTE, J. Y.; SOHI, I.; FALADE, R.; SANCHEZ, Z. M.; MONTEIRO, M. G. Alcohol use during the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, 2021. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.52>.

GERBALDO T. B.; ARRUDA, A. T.; HORTA, B. L.; GARNELO, L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079-1094, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00150>.

GERBALDO, T. B.; ANTUNES, J. L. F. O impacto da pandemia de COVID-19 na assistência à saúde mental de usuários de álcool nos Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 4, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210649pt>.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KOHN, R.; ALI, A.; PUAC-POLANCO, V.; FIGUEROA, C.; LÓPEZ-SOTO, V.; MORGAN K.; SALDIVIA, S.; VICENTE, B. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.165>.

KOLA, L. et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. **Lancet Psychiatry**, v. 8, 2021. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)

LEUNG, C. M. et al. Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: a systematic review and meta-analysis. **Translational Psychiatry**, v. 12, 2022. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01946-6>.

LOLA, K. et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. **Lancet Psychiatry**, v. 8, n.6, p. 535–550, 2021. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0).

MAHOMED, F. Addressing the problem of severe underinvestment in mental health and well-being from a human rights perspective. **Health and human rights journal**, v. 22, n. 1, 2020.

MALTA et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>.

ORNELL, F. et al. The next pandemic: impact of COVID-19 in mental health care assistance in a nationwide epidemiological study. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 4, 100061, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100061>.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Caracas, 1990.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Panama consensus. Ciudad de Panamá, 2010.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological, and Substance Use Services in the Americas: Results of a Rapid Assessment, 2021. 25 p.

PANDEY, K. Mental health issues during and after COVID-19 vaccine era. **Brain Research Bulletin**, v. 176, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2021.08.012>.

PATEL, V. et al. Global mental health. IN: MERSON, M.H.; BLACK, R.; MILLS, A. (ed.). **Global health: diseases, programs, systems, and policies**. 4. ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2020.

SARACENO, B. La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. In: RODRIGUÉZ, J. J. **La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas**. Washington, DC: OPS, 2007.

SAXENA, S. et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p. 878–889, 2007.

ROBERTS, A.; ROGERS, J.; MASON, R.; SIRIWARDENA, A. N.; HOGUE, T.; WHITLEY, G. A.; LWA, G. R. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 229, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109150>.

SANTOS, H. L. P.; MACIEL, F. B. M.; SANTOS, K. R.; CONCEICAO, C. V. D. S.; OLIVEIRA, R. S.; SILVA, N. R. F.; PRADO, N. M. B. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência e saúde coletiva**, v. 25, suppl 2, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Geneva: WHO, 2018. 450 p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health atlas 2020**. Geneva: WHO, 2021. 136 p.

XU, Y. et al. The socioeconomic gradient of alcohol use: an analysis of nationally representative survey data from 55 low-income and middle-income countries. **Lancet Global Health**, v. 10, n. 9, E1268-E1280, 2022. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00273-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00273-X).

The background is a solid orange color with several stylized, semi-transparent virus particles scattered across it. Each virus particle is spherical with numerous small, protruding spikes or receptors on its surface.

8

Enquadramentos nos estudos críticos da Saúde Global: uma análise da infodemia de Covid-19 no Brasil

Felipe dos Reis Campos
Ione Maria Mendes
Fernanda Luchiari de Lima
Gabriela Marques Di Giulio

INTRODUÇÃO

Em quase três anos, a Covid-19 atingiu cerca de 700 milhões de pessoas e 7 milhões mortes ao redor do mundo, tirando a vida de mais de 700 mil brasileiros (OUR WORLD IN DATA, [2022]) e transformando nossas vidas para sempre. Ao longo da crise, vivenciamos sentimentos de esperança, frustração, angústia e indignação, ao mesmo tempo em que fomos expostos a uma abundância tanto de informação quanto de desinformação, que se espalharam como o próprio vírus. Não por acaso, foi emblemática a declaração do diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Tedros Adhanom, de que a luta não seria “apenas contra uma pandemia”, mas também contra uma “infodemia”, em que as *fakes news* que se espalham “mais rápidas que o próprio SARS-CoV-2”. Especialmente no Brasil, onde diversos pesquisadores puderam constatar políticas oficiais e extraoficiais para desinformar, negligenciar ou minimizar os riscos da Covid-19 (GIORDANI et al., 2021; HALLAL, 2021; VENTURA et al., 2021; FONSECA et al., 2022, DI GIULIO et al., 2023), a declaração de Adhanom pareceu um tanto otimista. No País, diferentes indivíduos e grupos buscaram moldar a percepção pública de forma contrária ao consenso científico e às recomendações da OMS, difundindo desinformações habilmente em redes sociais e aplicativos de mensagens, se beneficiando tanto do funcionamento dos algoritmos de plataformas (CESARINO, 2019; VASCONCELLOS-SILVA e CASTIEL, 2020) quanto da incompreensão e de preconceitos pré-existentes entre indivíduos na sociedade (COSTA et al., 2021).

As declarações proferidas pela OMS de que se tratava de uma “emergência de saúde global e, posteriormente, de uma “pandemia” não se deram de forma fortuita. É inegável que foram consideradas características epidemiológicas como, por exemplo, taxas de transmissão e infecção, letalidade, gravidade dos sintomas, e respostas imunológicas. Contudo, a despeito de sua materialidade factual, pode-se dizer que a Covid-19 em si não “existe socialmente” até que seja enquadrada e legitimada enquanto tal. Como preconiza a abordagem da sociologia construcionista, importa menos se um problema existe objetivamente. Importa mais, de fato, como a questão foi e é tratada por diferentes atores sociais, indivíduos e sociedade, que atribuem seus interesses, valores e visões de mundo. É precisamente pelos processos de construção social que indivíduos, grupos e instituições definem quando a Covid-19 será enquadrada como uma emergência de saúde global e a partir de quando o surto passa à condição de pandemia. Em última instância, construir a Covid-19 socialmente determina os modos que indivíduos e grupos se relacionam com seus riscos e ameaças no cotidiano, sendo capaz de explicar comportamentos tais como a aderência ao distanciamento social e uso de máscaras,

mas também o uso de substâncias não comprovadas ou, ainda, a hesitação vacinal e a adoção e difusão de teorias de conspiração.

A infodemia, característica marcante da crise da Covid-19, tem sido definida como o excesso de informações, algumas precisas e outras não, que torna difícil, a qualquer indivíduo a tarefa de encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020). Com a ampla adoção de smartphones, redes sociais e aplicativos de mensagens, há facilidades para a difusão de um amplo espectro de desinformações, tais como, rumores, boatos, falsidades, teorias da conspiração, conteúdos fora de contexto e discursos de ódio. Produzidos, consumidos e compartilhados em razão da incompreensão (WARDLE e DERAKHSHAN, 2017) ou motivada pela ação coordenada e patrocinada de grupos intencionados (DI GIULIO et al., 2023), seus efeitos negativos são análogos a um vírus: se propagam rapidamente, amplificando exponencialmente as externalidades causadas na medida em que infecta mais indivíduos. Este contexto tem se mostrado particularmente adverso ao debate público necessário, equilibrado e plural, que avalia implicações e critérios de comparação e suportado por evidências científicas, causando sérias perturbações à governança de risco (GIORDANI et al., 2021), bem como ao ambiente democrático (WARDLE e DERAKHSHAN, 2017; ZIMDARS e MCLEOD, 2020).

Durante o Governo Bolsonaro (2019-2022), a difusão massiva de enquadramentos e narrativas de cunho negacionista sustentaram em grande medida decisões governamentais que não só foram na contramão do consenso científico (DI GIULIO et al., 2023), mas também favoreceram interesses privados (FONSECA et al., 2022) e impulsionaram a própria circulação do vírus (ESPINOSA et al., 2022). Sem embargo, combinada com a complexidade intrínseca de uma pandemia, que exhibe múltiplas causas, efeitos, contingências e reverberações difusas e não-lineares, a infodemia favoreceu ainda mais para um clima generalizado de dúvidas e incertezas, retroalimentando, assim, a própria infodemia. Por conseguinte, houve oportunidade para que grupos hábeis com o funcionamento de algoritmos de plataformas, buscassem moldar a opinião pública e influenciasse processos decisórios a partir do produção e compartilhamento da desinformação.

Diante de uma emergência de saúde global, comum a todos os indivíduos da sociedade e cujos riscos ameaçam a vida humana, é intrigante observar como um mesmo problema é “enquadrado” e “narrado” de maneiras distintas e não raro paradoxais. Desde ser tratado como “só “uma gripezinha” aos “que anunciaram “o apocalipse”, dos “que enxergaram uma “ameaça à liberdade individual”, aos que “ansiavam por “decisões técnicas baseadas em evidências científicas”, etc. Enquadramentos e narrativas presentes em cada possibilidade de se apreender os fenômenos da realidade material, além de promoverem conexões de um indivíduo com o outro, também refletem na própria

noção (individual e/ou coletiva) de sentido com o mundo. Eles persuadem e são atraídos às crenças e valores vigentes de um grupo. Eles facilitam o entendimento de um problema complexo e auxiliam a lidar com as implicações na vida cotidiana. É nessa direção que propomos que as noções e “enquadramento” e “narrativa” ajudam a compreender situações contemporâneas de riscos e emergências globais, bem como suas relações com a comunicação de risco (e desinformação), ciência, política e sociedade.

A literatura de enquadramentos enfatiza que, ao se enquadrar certa questão social, problema, risco ou mesmo uma pandemia, salientam-se alguns aspectos da realidade em detrimento de outros (GAMSON e MODIGLIANI, 1989; ENTMAN, 1993). Enquadramento, assim, remete a um processo dinâmico de interpretação de indivíduos e grupos, de mediação da informação pelos meios de comunicação de massa (TUCHMAN, 1976; PJESIVAC et al., 2020), de circulação de conteúdo nas redes sociais e aplicativos de mensagens (YU et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2021), e de sustentação de políticas adotadas nos processos decisórios acerca das questões da vida cotidiana (ENTMAN, 1993). Por exemplo, se a Covid-19 é enquadrada como uma “uma gripezinha” por trás disso existe a intenção de enfatizar a semelhança da doença com a gripe, com seus riscos já conhecidos e presentes no cotidiano. O diminutivo “zinha” invocaria, assim, uma gripe fraca. Sendo fraca, comum, cujos sintomas passam em poucos dias, não haveria a necessidade de considerar seus possíveis riscos no dia a dia, tampouco quaisquer recomendações de enfrentamento e/ou mitigação da disseminação da doença. Ainda, caso algum político populista hipoteticamente defenda o uso de substâncias sem comprovação científica para evitar o fechamento do comércio, a análise de enquadramentos poderia lançar luz aos processos que permeiam as políticas e decisões que favorecem seus interesses, valores e ideologias.

A análise de enquadramentos não se propõe a explicar causalmente as políticas resultantes das diferentes instâncias de um processo decisório complexo, com diversos participantes, interações, estratégias para influenciá-lo e contingências gerais. Sua potência analítica reside, justamente, em possibilitar tornar mais visíveis interesses, valores e ideologias vencedoras (e perdedoras) sobre determinado problema social (ENTMAN, 1993). Enquadramentos são comumente utilizados para descrever princípios prevalentes que indivíduos e grupos empregam para atribuir sentido às suas vidas, organizar as experiências cotidianas e orientar ações e comportamentos. Nas palavras de Entman (1993, p. 52):

Enquadrar é selecionar alguns aspectos de uma realidade percebida e fazê-los mais salientes [...], de tal forma a se promover uma definição particular de um problema, uma interpretação causal, uma avaliação moral e/ou recomendações de tratamento a um item descrito.

A literatura sinaliza quatro aspectos centrais acerca de um enquadramento. O primeiro indica que, ao se enfatizar certos aspectos de uma questão, problema ou política pública, negligencia-se outros aspectos, promovendo uma delimitação do que é e do que pode ser debatido. Por exemplo, durante a definição dos grupos de risco na vacinação, ainda que populações indígenas e quilombolas apresentassem maior vulnerabilidade social (FIOCRUZ, 2021), a Covid-19, no Brasil, não foi enquadrada de uma forma que lançasse luz às diversas dimensões de vulnerabilidade deste grupo social.

O segundo aspecto elucida a interpretação causal do problema. No caso da Covid-19, é possível observar tentativas de preconizar que algo necessariamente precisaria ‘causar’ a doença (ainda que materialmente não a cause). Por exemplo, quando se atribui um plano arquitetado intencionalmente pelo conluio do governo chinês, mídia e esquerda para justificar a existência do vírus e da pandemia. Esse conluio visaria, nesse entendimento, impor um regime totalitário à civilização ocidental, atacando as instituições da família, religião e da ética judaico-cristã. Esse aspecto é particularmente problemático em situações caracterizadas por riscos sistêmicos (como as pandemias), cujas causas e efeitos são multiescalares, transfronteiriços, não-lineares e estocásticos (SCHWEIZER et al., 2022). Ora, se as evidências científicas fornecem as bases para as políticas sanitárias necessárias para enfrentar riscos complexos (AVEN e RENN, 2019), quando causas e efeitos são mal compreendidos, cria-se uma via livre para a proliferação de falsas controvérsias, incertezas, descrença nas instituições, ceticismos desmedidos, além da desinformação generalizada.

O terceiro aspecto refere-se à avaliação moral de um problema. Assim, crenças, valores, visões de mundo, ideologias, preconceitos, percepções e atitudes moldariam a forma de se enquadrar um problema. Por exemplo, endossar que as medidas restritivas e de isolamento social adotadas ao longo da pandemia seria um “ataque à liberdade” pode acionar interpretações relativas ao fato de que decisões individuais e setoriais deveriam se sobrepor à saúde pública. Se nos discursos científicos encontramos maneiras paradoxais de se lidar com a Covid-19¹, nas situações em que ela é explicada majoritariamente por valores morais, tal enquadramento, de forma perigosa e com significativos efeitos, pode ser mais próximo e palatável aos indivíduos.

Finalmente, o quarto aspecto refere-se a uma recomendação de tratamento, ação, política, ou mesmo a negligência. Esse aspecto estaria presente, assim, nas tentativas de colocar em xeque os riscos e ameaças associados à Covid-19 para justificar determinadas

¹ Até abril de 2020, a hidroxicloroquina era uma forte candidata ao combate à infecção de Covid-19, com estudos *in vitro* publicados em revistas prestigiadas sugerindo sua eficácia. Porém, desde maio de 2020, muitos experimentos comprovaram sua ineficácia contra a doença em seres humanos, o que não interrompeu, em absoluto, que os primeiros estudos continuassem a ser referenciados em redes sociais, aplicativos de mensagens, *lives*, declarações informais à apoiadores e sites pró Governo Bolsonaro.

ações (e não ações). Por exemplo, se o coronavírus não representa uma ameaça global, afinal, por que usar máscara? Ou, ainda, se é apenas uma gripezinha, não seria melhor favorecer o espalhamento da infecção até alcançar a imunidade de rebanho? Por último, caso haja um tratamento precoce eficaz, bastaria blindar o sistema imunológico dos indivíduos e a economia nunca precisaria ter parado.

Enquadramentos também podem atuar como “pacotes” culturais de interpretação cognitiva que organizam as ideias que indivíduos empregam para dar sentido à vida cotidiana. De acordo com Gamson e Modigliani (1989), o enquadramento opera como um centralizador de ideias, discursos ou narrativas que fornecem sentido para uma sequência não revelada de eventos e, dessa forma, é possível “construir significados ao longo do tempo, adicionando novos eventos ao processo de enquadramento interpretativo” (1989, p. 4). Destacamos dois tópicos nessa perspectiva. Primeiramente, enquadrar é, de certa forma, centralizar ideias, narrativas, discursos e/ou signos dispersos em determinada direção interpretativa. Segundo, há uma implícita orientação para se criar certos símbolos em detrimento de outros que, por sua vez, representam arbitrariamente crenças, valores, e visões de mundo particulares. Em outras palavras, para estes autores, enquadrar seria “aglutinar” ideias, discursos e narrativas difusas que, a priori, não se relacionam entre si, para então atribuir algum sentido desejado. Ao mesmo tempo em que enquadramentos operam como um conceito amplo e genérico que abrange ideias, narrativas e discursos disponíveis, eles também podem ocorrer quando essas partes constituintes juntas acionam um determinado enquadramento. À título de ilustração, narrativas de que “o coronavírus foi financiado pelo Governo Comunista Chinês” e “o vírus chinês visa desestabilizar os valores ocidentais” podem acionar o enquadramento de Teorias da Conspiração, delimitando o que da Covid-19 deve ser salientado e o que não deve.

As proposições de Gamson e Modigliani (1989) vislumbram algumas possibilidades analíticas discutidas neste capítulo. Considerando o argumento de que enquadramentos são “pacotes interpretativos”, entendemos que estes podem ser “desempacotados” em elementos textuais internos (e.g., metáforas, exemplos, retratos, imagens, frases de efeito) em textos de comunicação. Isso possibilita, por meio da identificação das narrativas mobilizadas por determinados atores, extrair os enquadramentos predominantes e acionados por distintos atores em diferentes situações. No caso deste capítulo, esse “desempacotamento” é proposto por meio da identificação de narrativas mobilizadas ao longo da pandemia pelo chamado “gabinete paralelo” - grupo composto pelo ex-presidente Bolsonaro, seus filhos, o alto escalão de seu governo, empresários e influenciadores digitais (SENADO FEDERAL, 2021). Essa tentativa visa extrair quais enquadramentos foram acionados por eles, e, dessa forma, buscar compreender suas intersecções com as políticas públicas adotadas e negligenciadas pelo Governo Bolsonaro na pandemia.

Neste capítulo, narrativas são compreendidas como histórias que descrevem uma questão ou um problema, com causas, efeitos, soluções ou recomendações de tratamento (VIGLIO et al., 2019; SQUIRE, 2020), especialmente no contexto que são empregadas para explicar riscos socialmente construídos (MAIRAL, 2008; AVEN e RENN, 2019). Atualmente, as sociedades em grande medida confiam na autoridade científica para a resolução prática de problemas do cotidiano, sendo a mobilização do discurso científico uma estratégia potente de chancelamento político (CURRIE e STERELNY, 2017; KOCH et al., 2021). Outrossim, narrativas atuam como veículos de raciocínio e significado que podem determinar as origens de um problema, adentrando à sua complexidade, além de fornecer um modo prático para se lidar com ele (KOCH et al., 2021). Por conseguinte, a habilidade de manejar narrativas atraentes e compreensíveis em torno de questões sociotécnicas complexas pode favorecer determinados enquadramentos em detrimento de outros. Isso é particularmente mais determinante em instâncias de debates mediados pelas redes sociais, cujos algoritmos detêm uma preferência em disseminar conteúdos que engajam mais (VALENZUELA et al., 2019; ZIMDARS e MCLEOD, 2020), o que nem sempre encoraja o compartilhamento de informações idôneas e precisas.

Apesar do termo “narrativa” estar presente nas conversas do dia a dia, redes sociais, aplicativos de mensagens, blogs de opinião e meios de comunicação, em suma, nas múltiplas esferas do debate público contemporâneo, sua banalização sofre duras críticas quanto a uma definição dura (RYAN, 2007; WEBER, 2020). Como um primeiro tópico a ser discutido, destacamos a definição formal de Squire (2020, p. 2), em que narrativas são:

[...] uma cadeia de signos com sentidos sociais, culturais e/ou históricos particulares, e não gerais [...] narrativas podem implicar conjuntos de signos que se movimentam temporalmente, causalmente ou de alguma outra forma sócio culturalmente reconhecível e que, por operarem com a particularidade e não com a generalidade, não são reduzíveis a teorias.

Dito de outro modo, narrativas denotam expressões culturais essenciais na interpretação e criação de sentidos particulares, ligadas a um fato concreto, com declarações com intenção específica de validade (MAIRAL, 2008; KOCH et al., 2021). As diferentes narrativas da Covid-19, assim, têm maior ou menor aderência na sociedade na medida em que a pandemia passa a ser construída, percebida, reconhecida e comunicada como um problema digno de atenção pública. Viglio et al. (2019) enfatizam que narrativas são capazes de evidenciar argumentos, escolhas, conceitos e legitimação na elaboração e implementação de políticas públicas. Portanto, a compreensão de narrativas pode lançar luz às maneiras como discursos científicos são mobilizados para influenciar decisões políticas.

Narrativas tendem a ganhar força por meio de arranjos institucionais que crescem como uma resposta a ela (KELLER, 2009). Tais arranjos podem consolidar uma narrativa na medida em que as atividades institucionais reproduzem e reforçam uma visão de mundo particular. Narrativas também influenciam processos decisórios sobre problemas sociais e ajudam a delimitar o espaço do que é politicamente viável. Isso porque, segundo Hermwille (2016), elas sugerem maneiras particulares nas quais devem se desenvolver ou transformar para produzir um determinado conjunto de resultados. Logo, quando há alguma controvérsia, atores políticos tendem a aceitar mais determinadas narrativas à medida que essas se relacionam com as crenças e motivações políticas (HERMWILLE, 2016). Portanto, narrativas que contam com dispositivos retóricos e enredos familiares, apoiam-se em valores ou crenças vigentes, tendem a ser mais palatáveis para audiências leigas.

Particularmente sobre narrativas científicas, Viglio et al. (2019) sustentam que estas apresentam elementos descritivos e prescritivos, implicando em interpretações, avaliações e soluções particulares para um problema. Apesar disso, em situações em que se combinam elementos normativos (como as coisas deveriam ser) e factuais (como as coisas são), cruzam-se as fronteiras entre ciência e política. Assim, as narrativas mais aderentes a uma população são potencializadas quando legitimadas pelo discurso científico. Esse ponto é particularmente importante na discussão de narrativas científicas. Dahlstrom (2014) argumenta que, diferentemente do consenso científico, em que casos específicos convergem para uma conformidade geral (o saber dedutivo), narrativas científicas fornecem um caso específico a partir do qual indivíduo e grupos generalizaram e até inferem quais deveriam ser as verdades gerais - o chamado saber indutivo.

No caso particular da pandemia de Covid-19 no contexto brasileiro, a despeito do poder argumentativo de narrativas ser amplificado pelo uso do discurso científico, a desinformação patrocinada e instituída pelo Governo Bolsonaro, seus filhos e o alto escalão de seu governo (ALBUQUERQUE, 2021), nos provoca a pensar uma nova forma de narrativas: as narrativas *pseudo-factuais*. Tal proposta é embasada no estudo de Rajão et al. (2022) sobre falsas controvérsias difundidas por um grupo de agrônomos brasileiros aliados a Bolsonaro e seus impactos ambientais na não adoção de políticas de conservação florestal. De acordo com o autor, a estratégia empregada para difusão de falsas controvérsias apresenta três dimensões: a fabricação de incertezas, o uso indevido de credenciais científicas e o desprezo à literatura científica.

Em suma, com base na argumentação de Gamson e Modigliani (1989), propomos que os enquadramentos podem ser “desempacotados” por meio da análise de seus elementos textuais internos. A perspectiva analítica proposta se debruça, assim, sobre os argumentos mobilizados pelo “gabinete paralelo” no tocante à fabricação de incertezas, uso indevido de credenciais científicas e desprezo à literatura científica. Dessa forma, ao

identificar as narrativas *pseudo-factuais* disseminadas, poderemos extrair os enquadramentos acionados e nestes, as ações e omissões do Governo Bolsonaro em sua resposta à Covid-19.

MÉTODOS

O estudo apresentado ancora-se na análise textual de conteúdo e análise interpretativa (BARDIN, 1977; MENDES e MISKULIN, 2017) das narrativas *pseudo-factuais* identificadas nos seguintes conjuntos de documentos:

- (i) Relatório Final da CPI da Pandemia (SENADO FEDERAL, 2021), sobretudo os capítulos 6 (Análise) e 9 (Desinformação na pandemia);
- (ii) Publicação “A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19” de Ventura et al. (2021);
- (iii) Linha do tempo de eventos diários da pandemia de Di Giulio et al. (2023).

A partir dessas três fontes, construímos nosso corpus de análise, sendo que o recorte temporal desses documentos abrangeu o período de março de 2020 a outubro de 2021. A CPI da Pandemia apurou ações e omissões do Governo Federal no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil, nos casos de negligência e obstrução da vacinação, no agravamento da crise sanitária em Manaus e na atuação de um “gabinete paralelo” que promovia desinformação. Segundo o Relatório Final da CPI da Pandemia (2021), a comissão investigativa colheu elementos suficientes que comprovam a existência de um “gabinete paralelo”, composto por médicos, políticos, influenciadores digitais e empresários, que defendeu a estratégia de buscar imunidade de rebanho e deu suporte ao ex-Presidente da República. O “gabinete paralelo”, segundo o relatório, também teria dado suporte às ações do governo referentes ao endosso para uso de substâncias comprovadamente ineficazes.

O estudo “A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19” foi baseado em pesquisa documental de caráter público, realizada por equipe interdisciplinar com competências nas áreas de Saúde Pública, Direito, Ciência Política e Epidemiologia. A partir de análises sobre normas federais, jurisprudência, discursos oficiais, manifestações públicas de autoridades federais e de busca em plataformas digitais, o estudo concluiu que houve uma estratégia deliberada de disseminação da Covid 19, promovida de forma sistemática pelo Governo Federal (VENTURA et al., 2021).

Por último, a linha do tempo dos principais eventos diários da pandemia envolve um banco de dados em que os autores Felipe Campos e Ione Mendes coletaram diariamente notícias referentes à pandemia de Covid-19 no Brasil no período de janeiro de 2020 a outubro de 2021. Resultados deste estudo estão disponíveis em Di Giulio et al. (2023). As principais fontes para essa coleta foram três grandes portais digitais de notícias no Brasil: UOL, R7 e Globo.com. Esses portais publicaram tanto notícias próprias como redirecionamentos para notícias de outros veículos (e.g. Folha de S. Paulo, O Globo, O Estado de S. Paulo, G1, BBC, El País, Veja, entre outros).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de conteúdo do *corpus* possibilitou a identificação de 30 narrativas *pseudo-factuais* mobilizadas pelo “gabinete paralelo”. Cada uma delas pode ser agrupada em seis enquadramentos principais: (A) “Teorias da conspiração”; (B) “Tratamento precoce”; (C) “Só uma gripezinha”; (D) “Ataque à liberdade”; (E) “Imunidade de rebanho”; (F) “Brasil não pode parar”. O Quadro 1 apresenta 30 narrativas *pseudo-factuais* identificadas, os respectivos enquadramentos que elas acionaram e as ações políticas e omissões do Governo Bolsonaro suportadas por estes últimos. A seguir são apresentadas e discutidas as principais características identificadas em cada enquadramento.

Quadro 1 – Narrativas mobilizadas pelo “gabinete paralelo”, enquadramentos acionados e ações políticas e omissões do Governo Federal

Enquadramentos Acionados	Narrativas <i>pseudo-factuais</i> identificadas	Ações políticas e omissões do Governo Bolsonaro (2019-2022)
(A) Teorias da Conspiração	(1) O coronavírus foi financiado e patrocinado pelo Governo Comunista Chinês	O Presidente desautorizou a compra de 46 milhões de doses da CoronaVac (vacina chinesa) pelo Ministério da Saúde.
	(2) O vírus chinês visa desestabilizar os valores e as instituições ocidentais	O Presidente editou medida provisória retirando poder de ação no enfrentamento da pandemia de estados e municípios. Dias depois o STF concedeu liminar assegurando que a Medida Provisória não afastaria a competência concorrente nem a tomada de providências normativas e administrativas pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

Continua...

Enquadramentos Acionados	Narrativas <i>pseudo-factuais</i> identificadas	Ações políticas e omissões do Governo Bolsonaro (2019-2022)
	(3) Há chips de controle do Governo chinês inseridos nas vacinas	Ato antidemocrático no dia 07 de setembro de 2021 com presidente no palanque com ataques ao STF, instituições democráticas e jornalistas.
	(4) As vacinas da Pfizer e CoronaVac são experimentais	Brasil menosprezou a cúpula em que China ofereceu crédito de US\$ 1 bi para vacina.
	(5) Existe uma sabotagem contra o Governo Federal pelos governadores e mídia	Crise diplomática com a China dificultou negociação de insumos para produção da CoronaVac pelo Instituto Butantan (Estado de São Paulo).
	(6) O Supremo Tribunal Federal impediu o Governo Federal de agir	
(B) Tratamento Precoce	(7) Tratamento precoce salva vidas	Ministério da Saúde buscou insumos para a produção da cloroquina em outros países. O Ministério das Relações Exteriores buscou junto ao governo indiano a liberação de importação de ingrediente farmacêutico ativo de hidroxicloroquina por parte de empresas brasileiras, em especial, Ap-sen e SEM.
	(8) Existe um tratamento precoce contra a Covid-19	Produção de cloroquina pelo Laboratório Químico do Exército, que chegou a pagar 167% a mais pelo principal insumo da cloroquina.
	(9) Tratamento precoce é cientificamente comprovado, receitado por vários médicos	Em 2020, o valor gasto pelo Fundo Nacional de Saúde com compra de hidroxicloroquina e cloroquina em diversos formatos deu um salto
	(10) Hidroxicloroquina, cloroquina, ivermectina e nitazoxanida são eficazes contra a Covid-19	Várias tentativas de fazer a ANVISA mudar a bula da cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina e nitazoxanida no sentido de indicá-los como medicamentos para o tratamento da Covid-19. A Agência Pública, através da Lei de acesso à informação apurou que em janeiro de 2021, a (Secretaria de Comunicação do Governo Federal (SECOM) contratou quatro influenciadores, que receberam um montante de R\$ 23 mil para falar sobre atendimento precoce com verba integrante de um investimento total de R\$19,9 milhões da campanha publicitária denominada “Cuidado Precoce Covid-19.

Continua...

Enquadramentos Acionados	Narrativas <i>pseudo-factuais</i> identificadas	Ações políticas e omissões do Governo Bolsonaro (2019-2022)
		<p>O SecomVC, canal criado pelo governo em redes sociais, estimulou o tratamento precoce e o uso de cloroquina com a publicação intitulada “Tratamento precoce para salvar vidas”. O Ministério da Saúde lançou em Manaus o aplicativo TrateCov para “auxiliar” os profissionais de saúde e a população na coleta de sintomas e sinais de pacientes visando aprimorar e agilizar os diagnósticos e tratamento da Covid-19, indicando o uso de medicamentos do Kit Covid.</p> <p>Conselho Federal de Farmácia, em documento entregue à CPI da Covid, informou que a venda a varejo de ivermectina teve um crescimento de 557,26% em 2020, comparado com as vendas de 2019, e a de hidroxicloroquina, um aumento de 113,15%.</p>
(C) Só uma gripezinha	(11) A Covid-19 está superdimensionada	Ministério da Saúde mudou a forma de publicar dados da pandemia alegando superdimensionamento.
	(12) Só uma gripezinha	O Presidente multiplicou viagens a diferentes estados, gerando aglomerações, em muitos momentos sem máscara e tendo contato físico com pessoas, inclusive crianças.
	(13) Dados de mortes são inflados; toda morte passou a ser considerada Covid-19	O Presidente da República declarou, por diversas vezes, que a pandemia estaria superdimensionada.
	(14) Geração hoje em dia é Nutella, pandemia é frescura e mimimi	
(D) Ataque à liberdade	(15) Liberdade aos médicos para receitar	Vetos presidenciais a dispositivos de lei que determinavam medidas não farmacológicas (uso de máscara, restrição de circulação, disponibilização de álcool em gel 70%), reforçando que essas medidas seriam escolhas individuais.
	(16) Vacinação obrigatória é um projeto fascista	Apoio a grupos que defendem a autonomia médica (médicos pela vida entre outros) em detrimento de um planejamento de saúde pública nacional articulado.

Continua...

Enquadramentos Acionados	Narrativas <i>pseudo-factuais</i> identificadas	Ações políticas e omissões do Governo Bolsonaro (2019-2022)
	(17) Passaporte de vacina é um ataque à liberdade individual	Ampliação de atividades essenciais no sentido de obstruir restrições de circulação.
	(18) Vacina obrigatória é precedente para o totalitarismo	O governo buscou beneficiar grupos econômicos que teriam prejuízos financeiros com a restrição de circulação e planos de saúde privados ao defender a autonomia médica.
	(19) Passaporte de vacina é um ataque à liberdade individual	
(E) Imunidade Rebanho	(20) Há um nível de contaminação adequado; quanto mais se propagar, melhor	Governo se contrapôs à adoção de medidas não farmacológicas que contribuiriam para evitar a contaminação, sobretudo o distanciamento social e o uso de máscaras.
	(21) Isolamento vertical é a melhor solução	Mobilização da estrutura governamental contra o distanciamento social persistiu, partindo para o ataque a gestores públicos que acertadamente usavam essa estratégia nos territórios dos estados e municípios.
	(22) Imunidade de rebanho está salvando o Brasil	Ampliações de atividades essenciais sabotando a restrição de circulação de pessoas.
	(23) Imunizados têm maior proteção	O Presidente República vetou vários dispositivos que tratavam do uso de máscaras e da assepsia das mãos com álcool em gel contidos na Lei nº 14.019.
	(24) Se infectar é mais efetivo que vacina	A testagem em massa foi menosprezada pelo Ministério da Saúde. “O ex-ministro Pazuello afirmou em entrevista: “vieram com a ideia de que tem de testar para dizer que é coronavírus. Não tem de testar, tem de ter diagnóstico médico para dizer que é coronavírus. E, se o médico atestar, deve se iniciar imediatamente o tratamento”.
	(25) Como uma chuva, vai atingir você	O Ministério da Saúde rejeitou doação de, pelo menos, 20 mil kits de testes RT PCR para Covid-19 da empresa LG, dois meses após a oferta. O Presidente desautorizou a compra de 46 milhões de doses da CoronaVac pelo Ministério da Saúde em outubro de 2020.

Continua...

Enquadramentos Acionados	Narrativas <i>pseudo-factuais</i> identificadas	Ações políticas e omissões do Governo Bolsonaro (2019-2022)
		Pfizer apresentou a primeira proposta de venda de vacinas, com possibilidade de entrega inicial em 20/12 /20. Várias outras propostas foram enviadas pela farmacêutica e ignoradas pelo governo federal.
(F) O Brasil não pode parar	(26) É preciso preservar a economia	Secretaria de Comunicação (SECOM) elaborou e disseminou o vídeo intitulado “O Brasil não pode parar”
	(27) É preciso preservar empregos	Houve demora e obstruções do Governo Federal na definição e pagamento do auxílio emergencial.
	(28) Distanciamento social destrói a economia	Defesa do isolamento vertical.
	(29) Distanciamento social causa fome e miséria	Governo federal atribuiu a prefeitos e governadores os problemas da economia.
	(30) Distanciamento social causa desemprego	

(A) Teoria da conspiração

Este enquadramento se caracteriza por alegações, discursos, menções ou hipóteses acerca do conluio de grupos articulados, detentores de poder político e financeiro, que buscam causar ou dissimular deliberadamente alguma ação considerada maligna, manipulativa, antiética ou prejudicial. Frequentemente, os inimigos em destaque são a China, a “esquerda”, “comunistas”, “globalistas”, “petistas”, membros do Foro de São Paulo, jornalistas da mídia “corrompida”, que atuam coordenadamente, seja porque sofreram algum tipo de influência - marcadamente referenciada como “lavagem cerebral” (não-intencional) -, seja por agirem por interesse próprio (intencional). Exemplos de narrativas, extraídos da análise, que acionam o enquadramento da “Teoria da Conspiração” incluem: “a mídia sabotou o Governo Federal”, “governadores politizaram o vírus para atacar o Governo Federal”, “comunistas tramam contra a liberdade individual”, “a OMS alia-se à China e ao globalismo, quer quebrar a economia de países para impor um regime autoritário”, “o vírus chinês foi criado propositalmente em laboratório”, “a vacinação é um projeto fascista”, “querem destruir os valores da sociedade ocidental, como a liberdade”. Dando ênfase ao estigma relacionado à China,

além do endosso do ex-presidente norte-americano Donald Trump, tal enquadramento enfatiza que o SARS-CoV-2 seria um vírus produzido pelo país asiático. Na voz de Ernesto Araújo que ocupava cargo de Ministro das Relações Exteriores, a Covid-19 seria um vírus originário de laboratórios chineses (o “Comunavírus”), com o objetivo de destruir a economia dos países ocidentais e projetar a China em posição hegemônica internacionalmente (BIRMAN, 2020).

(B) Tratamento precoce

Esse enquadramento enfatiza a indicação para que as pessoas administrem substâncias sem comprovação científica com o objetivo de prevenção da Covid-19, como, por exemplo, hidroxicloroquina, cloroquina, ivermectina, nitazoxanida, azitromicina, zinco e vitamina D. O uso dessas substâncias blindaria o sistema imunológico da infecção ou, ao menos, diminuiria a carga viral do coronavírus, minimizando os riscos da doença. Sob o enquadramento de tratamento precoce, recomendações como o uso de máscaras, vacinação e distanciamento social deveriam ser descartadas, o comércio nunca deveria ter sido fechado e a economia deveria continuar. Exemplos de narrativas presentes no enquadramento: “hidroxicloroquina salva vidas”, “ivermectina reduz a carga viral”, “estudos comprovam o tratamento precoce”.

Neste enquadramento, a negação da racionalidade científica se configura como um mecanismo de autodefesa, que apareceu, em particular, na forma como o Governo Bolsonaro se utilizou de omissões estatísticas e do vocabulário científico para inverter a lógica “certo *versus* errado”. A insistência de um tratamento precoce não passou de tentativas infrutíferas de profissionais, sem amparo científico e autorização da Anvisa. Todavia, as narrativas disseminadas pelo “gabinete paralelo” e o Governo Bolsonaro não apenas manipularam a incompetência na condição política da crise sanitária como inverteu-se a lógica da medicina como remediadora para uma “superior” preventiva (VARELLA, 2021). Não obstante, tais narrativas reforçaram a alegação de que algumas experiências individuais exitosas equivaliam às evidências científicas, e mobilizaram o próprio discurso científico, indicando substâncias e mobilizando médicos que as validavam (CASSIMIRO e LYNCH, 2022). As falsas controvérsias produzidas, em meio às controvérsias existentes, desviaram a atenção da possibilidade de surgirem antivirais capazes de evitar que a doença se agravasse. Tal condução também esteve presente no próximo enquadramento identificado na análise: a tese da Imunidade de Rebanho (KROPF, 2022).

(C) Só uma gripezinha

Esse enquadramento se caracteriza, sobretudo, como uma chamada para minimizar os riscos da pandemia. A Covid-19 é comparada a uma gripe, afirmando-se que o contágio deve ser algo natural, sem alardes, e até positivo. O advérbio “só” e o diminutivo “inha” reforçam a ideia de que se trata de uma infecção fraca, que não incorre em riscos. O enquadramento questiona, assim, a gravidade dos dados sobre mortes, infecções e efeitos colaterais e se vale da divulgação do número de recuperados. Se sobrepõe, principalmente, ao enquadramento de “imunidade de rebanho”. Exemplos de narrativas presentes no enquadramento: “só uma gripezinha”, “um histórico de atleta te blinda da infecção”, “os dados estão inflados”, “qualquer morte é contabilizada como Covid-19”.

Neste enquadramento é válido salientar que as formas mais dominantes de masculinidade exacerbam um modo de se relacionar pautado na honra, na virilidade, na força, na credibilidade e na agressividade valoradas de forma positiva. Nessa hierarquização que distribui características de pessoas segundo gênero, o masculino corresponde à racionalidade incontestável e está muito interseccionada com os elementos de classe, raça, origem e atuação profissional, dentre outros marcadores sociais de diferença e hierarquia. O monopólio masculino da veridicção pode se exprimir, nas interações cotidianas, de diferentes formas que passam pelas interrupções da fala no cotidiano, por exemplo, e também atravessa a postura afirmativa diante de assuntos, como a Covid-19 reforça, que “não se tem familiaridade, buscando atalhos explicativos e teorias que corroborem opiniões simplistas como forma de não perder a face pública da racionalidade” (FIORI et al., 2022, p. 367).

Como argumenta Birman (2020), ainda que o ex-presidente estadunidense Donald Trump soubesse da gravidade sanitária e mortal da pandemia, preferiu manter o discurso oposto, de minimizar ostensivamente a catástrofe, com o intuito de não gerar pânico (BIRMAN, 2020). No Brasil, o presidente Bolsonaro também diminuiu a Covid-19 a uma “gripezinha” em especial quando foi conveniente resgatar traços da masculinidade branca que impõe as regras, nomeia e julga os comportamentos (MELLO, 2020).

(D) Ataque à Liberdade

Esse enquadramento reúne alegações de que a liberdade individual está ameaçada. Assim, a decisão, de âmbito individual, em aderir ou não às medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias, ainda que traga riscos à saúde coletiva e gere prejuízos, é

colocada como prioritária em relação às decisões coletivas. Muitas vezes, esse enquadramento se sobrepõe ao de “teoria da conspiração”. Alguns exemplos de narrativas encontradas: “médicos devem ter a liberdade para receitar o que julgarem adequado”, “o indivíduo deve ser livre para tomar as decisões que julgar corretas (independente das consequências)”; “políticas de obrigação do uso de máscaras, fechamento do comércio e passaporte vacinal abrem precedente para o totalitarismo”; “é preciso liberdade para os médicos receitarem”; é preciso liberdade para usar ou não máscaras”; “é preciso liberdade para se tomar e cloroquina”; o passaporte vacinal é um projeto para o totalitarismo”.

Birman (2020) mostra que pesquisas preliminares norte-americanas de opinião apontaram para uma avaliação negativa do ex-presidente norte-americano Donald Trump frente à pandemia. Tendo em vista essas avaliações e ao reconhecer que a pandemia se agravaria, Trump passou a defender o uso de máscaras e da vacinação. Com a mesma licença para mobilizar a ideia de liberdade irrestrita, o ex-Presidente Bolsonaro, numa tentativa de responder à perda da sua popularidade, em algumas situações também mudou o seu discurso, capitalizando a compra das vacinas e fazendo uso da máscara em ocasiões específicas. Estes exemplos evidenciam como a liberdade é mobilizada a partir do interesse particular. O que se notou ao redor do mundo, e no Brasil em especial, foi a prevalência do entendimento da liberdade de expressão calcado na liberdade para proferir discursos que colocam em questão a ordem democrática, no plano jurídico e no que tange a liberdade de imprensa.

Em diversas manifestações públicas, Bolsonaro promoveu atos e discursos que representaram ataques à Constituição e ao Estado Democrático de Direito, evidenciando crimes de responsabilidade à saúde pública e instituições democráticas (NOBRE, 2020; CALIL, 2021; MONARI et al., 2021). O Governo Bolsonaro construiu argumentos que reforçaram falsas controvérsias, polêmicas, conspirações, ideologias revisionistas e a noção de super individualização da pandemia. As ações políticas evidenciam o descaso (ou negligência) do governo e uma necropolítica direcionada a sacrificar classes populares, trabalhadores, povos indígenas, negros e negras de baixa escolaridade e alta vulnerabilidade social (BIEHL et al., 2021).

(E) Imunidade de Rebanho

Este enquadramento baseia-se na tese de que determinado nível de contaminação pelo SARS-CoV-2 seria a forma mais adequada para lidar com a Covid-19. Ou seja, a partir de certo nível de contaminação, a população se tornaria resistente ao coronavírus, re-

duzindo sua contaminação e seus riscos. O enquadramento reúne alegações contrárias aos riscos da Covid-19, baseando-se na premissa de que a doença estaria superdimensionada e que os dados de infecção, letalidade e mortes estariam inflados, sobrepondo-se por vezes aos enquadramentos de “teorias da conspiração”, “ataques à liberdade” e “tratamento precoce”. Exemplos de narrativas presentes no enquadramento: “existe um nível de contaminação adequado benéfico para frear a Covid-19”, “o isolamento vertical é a melhor solução”, “o coronavírus está superdimensionado”.

A indagação sobre se a contaminação do SARS-CoV-2 era “democrática” por não havermos “controle” do ar caiu por terra com o argumento sobre as maneiras de se precaver ou evitar o contágio iminente. Diferentemente de alguns postos de trabalho ocupados pela classe de renda média e que possibilitaram o trabalho remoto sem prejuízos, os mais pobres implicados em trabalhos informais seguiram obrigados a irem às ruas, muitas vezes com a superlotação dos sistemas de transporte, que também não dispõem de ventilação adequada. As recomendações da OMS, na prática, não foram compatíveis com a parcela mais vulnerável da população brasileira por suas condições social, econômica e habitacional concretas. Dado que os indivíduos vulneráveis não conseguiram realizar o confinamento pela própria natureza de suas atividades produtivas, pela falta de espaço físico, e, ainda, pela ausência ou dificuldade de acesso à água tratada e sistema de esgoto, sofreram de forma mais recorrente e amplificada os impactos decorrentes do subfinanciamento crônico do SUS, da desigualdade social profunda e da falta de gestão da pandemia (PIRES et al., 2020).

(F) O Brasil não pode parar

Este enquadramento enfatiza que a economia não pode parar sob quaisquer circunstâncias, nem mesmo diante de uma emergência que põe em risco a própria sobrevivência da espécie humana. Este enquadramento estrutura-se sobre a premissa de que distanciamento social mata, aumenta as taxas de suicídio, atenta à saúde mental (causando depressão e ansiedade), exacerba a violência doméstica e a fome, e favorece a letalidade do vírus. Além disso, *lockdowns* destroem empregos e negócios locais, causando fome e miséria. Propõe, assim, o isolamento vertical, indicando que somente idosos e indivíduos de grupos de risco deveriam ficar em casa. Tal ação seria suficiente para que a economia não parasse, sem considerar que o vírus circulando poderia vir a atingir eventualmente esses grupos. “O Brasil não pode parar” se sobrepõe, algumas vezes, aos enquadramentos de “tratamento precoce” e “imunidade de rebanho”. Exemplos de narrativas presentes neste enquadramento: “os mercados não devem ser

fechados”, “o fecha-tudo destrói empregos”, “a economia deve ser preservada”, “não há evidências para o distanciamento social”, “a vida continua e todos eventualmente serão infectados”.

Observamos nesse enquadramento a priorização do imperativo da economia em detrimento da vida, sem considerar que a último é formada por pessoas. Presenciamos em “O Brasil não pode parar” a lógica neoliberal dando todas as cartas em uma individualização e autonomização da política. Nessa esteira, a inclusão é transformada em competição; os valores coletivos e de pertencimento social são transpostos para valores familiares; a liberdade é contraposta na desregulação dos mercados ou fragilização de valores democráticos. Nesse viés, a preocupação política pelo Governo Federal foi direcionada à manutenção das atividades econômicas e à militarização de ministérios, em particular o Ministério da Saúde, que teve sua coordenação assumida por um general e a substituição de diversos quadros técnicos da área da saúde por militares, com múltiplos impactos relacionados à condução inadequada da resposta à pandemia (VENTURA et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das narrativas *pseudo-factuais* mobilizadas pelo “gabinete paralelo” nos possibilitou compreender os principais enquadramentos acionados, ou seja, as características da Covid-19 que foram enfatizadas (e negligenciadas). Isso pode explicar, em grande medida, as políticas adotadas pelo Governo Bolsonaro, que foram na contramão dos cientistas, da mídia e da própria OMS. Em um contexto de infodemia, especulamos várias características que explicam em alguma medida a desinformação encontradas nas narrativas e enquadramentos identificados nessa pesquisa. Primeiramente, reforça-se a atuação de grupos socialmente hábeis, patrocinados e intencionados que veiculam conteúdos fora de contexto, adulterados e enganosos, com notório poder de persuasão e que favorecem enquadramentos de seu interesse. Em segundo, eles se beneficiam do funcionamento de algoritmos de plataforma, difundindo informações condizentes com preconceitos preexistentes na sociedade, *clickbaits*, sensacionalismos, exibindo maior chance de se tornarem virais. Em terceiro, a polarização política e bolhas comunicacionais das plataformas, com seus conteúdos altamente personalizados tendem a exibir informações que criam uma visão estreita e particular do mundo, reforçando crenças e valores vigentes e eliminando a possibilidade de acessar o contraditório. Em quarto, é preciso repensar a atual falta de regulação das *big techs* no que se refere à “caixa preta”

de seus algoritmos. Patenteados, obscuros e sem o debate público, eles servem aos interesses de suas empresas criadoras que nem sempre são capazes de dimensionar os impactos de seu funcionamento. Ora, se algum algoritmo indiscriminadamente busca que usuários fiquem o maior tempo possível conectados em suas redes, para então melhor calibrar seu entendimento do indivíduo e assim poder oferecer publicidade mais assertivas, conteúdos sensacionalistas, apoiados em informações imprecisas (e falsas), que de algum modo engajam e obscurecem o debate sério, equilibrado e plural sobre um problema, a disseminação de *fake news* sobre vacinas, por exemplo, pode triunfar em um ambiente em que a mídia e a ciência estão descredibilizadas.

Também pudemos observar consistências das narrativas mobilizadas identificadas com a lógica neoliberal do Governo Bolsonaro: i - a minimização da ação do Estado, ii - a individualização do enfrentamento da pandemia, reforçando a liberdade para os médicos e indivíduos sem levar em consideração os impactos a toda sociedade; iii- priorização de interesses privados e setoriais em detrimento do interesse público. Ao individualizar o enfrentamento da doença, o Governo Federal obstruiu tanto nos enquadramentos e suas narrativas como em ações, uma política eficaz de saúde pública e consequentemente uma estratégia com foco na epidemiologia e no coletivo. Isto é, priorizou-se estratégias clínicas (individuais, sem comprovação científica e que enriquecerem atores políticos e empresariais) em detrimento de estratégias epidemiológicas (coletivas, baseado em evidências científicas). Com essa estratégia, o governo ampliou e reforçou a vulnerabilidade de grupos com pouca ou nenhuma possibilidade de enfrentamento e proteção (NUNES, 2019).

As narrativas científicas, como discutido por Viglio et al. (2019), podem apresentar tanto elementos descritivos quanto prescritivos, e isso implica em interpretações, avaliações e soluções particulares para um problema. Nas situações em que se combinam elementos normativos e factuais, caracterizadas por incertezas e controvérsias (como é o caso da pandemia), cruzam-se as fronteiras entre ciência e política, e as decisões são, muitas vezes, apoiadas em um enquadramento que vai ao encontro de um ou outro interesse. Contudo, ao optar por uma abordagem clínica alinhada com premissas do neoliberalismo, nossa análise mostrou que o “gabinete paralelo” não mobilizou narrativas científicas em disputa, mas lançou mão de narrativas *pseudo-factuais* e muitas vezes negacionistas, confundindo a população, embaralhando discursos, influenciando e endossando as decisões tomadas pelo Governo Federal.

Os enquadramentos e as narrativas identificadas na nossa análise apontam uma recusa de conciliação da possibilidade racional na política e na vida social. Elas endossam a opção pela divergência política “não como um antagonismo regulado por procedimentos, mas como guerra aberta”, que reivindica a cisão com a democracia e produz versões da realidade apesar de qualquer prova e evidência contrária (CASSIMIRO e LYNCH,

2022). No sentido de simplificar, potencializar e espetacularizar a crise de Covid-19, vimos também a emergência de uma infodemia amplificada nos meios de comunicação em um “circuito midiático” (D’ACCI, 2004), abrangendo não somente os meios de comunicação de massa, mas especialmente novos aparatos técnicos de comunicação que têm permitido a circulação de informação (redes sociais e aplicativos de mensagem).

Sob a égide de “Deus, da liberdade, da família” e ancorada nos enquadramentos destacados nesta análise, a resposta do governo federal à pandemia criou também terreno fértil para tecer ataques e desqualificações à ciência, enfatizados explícita e articuladamente nos enquadramentos supracitados. A mobilização de um populismo sanitário (CASARÕES e MAGALHÃES, 2020), que trata como inimigos da nação todos aqueles que impedirem (o populista) de tomar decisões não necessariamente pautadas em bases e diretrizes técnicas, mas em atitudes rápidas, produtivistas, derradeiras, supostamente eficientes diante de um problema, parece ser uma das características centrais da resposta brasileira à crise da Covid-19. Portanto, a leitura à luz dos enquadramentos importa uma vez que essas narrativas e respostas – considerando ou desconsiderando a ciência – devem encontrar instrumentos metodológicos para se produzir e manipular interpretações críticas, a despeito do contexto de infodemia e no campo da Saúde Global.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. As fakes news e o Ministério da Verdade Corporativa. **Revista Eletrônica Internacional de Economia Política da Informação, da Comunicação e da Cultura**, v. 23, n. 1, p. 124-141, 2021.

AVEN, T.; RENN, O. Some foundational issues related to risk governance and different types of risks. **Journal of Risk Research**, v. 23, n. 9, p. 1121–1134, 2019. <https://doi.org/10.1080/13669877.2019.1569099>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BIEHL, J.; PRATES, L. E. A.; AMON, J. Supreme Court v. Necropolitics: The Chaotic Judicialization of COVID-19 in Brazil. **Health and Human Rights Journal**, v. 25, n. 1, 151-162, 2021.

BIRMAN, J. **O trauma na Pandemia do Coronavírus**: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. 1. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2020.

- CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 140, p. 30-47, 2021.
- CASARÕES, G. MAGALHÃES, D. Populismo sanitário. In: RATTON, J. L.; SZWAKO, J. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: Cepe, 2022.
- CASSIMIRO, P. H.; LYNCH, C. E. C. Negacionismo estrutural. In: RATTON, J. L.; SZWAKO, J. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: Cepe, 2022.
- CESARINO, L. On Digital Populism in Brazil. **Polar: Political and Legal Anthropology Review**, 15 April 2019.
- COSTA, C. M. O. et al. Implicações das fake news para a saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Gep News**, Maceió, v. 5, n. 1, p. 102-106, 2021.
- CURRIE, A.; STERELNY, K. In defence of story-telling. **Studies in History and Philosophy of Science**, Part A, v. 62, p. 14-21, 2017.
- DAHLSTROM, M. F. Using narratives and storytelling to communicate science with nonexpert audiences. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 111, n. Supplement 4, p. 13614-13620, 2014. <https://doi.org/10.1073/pnas.1320645111>.
- D'ACCI, J. Cultural studies, television studies, and the crisis in the humanities. In: SPIGEL, L.; OLSSON, J. (Eds.). **Television after TV: Essays on a medium in transition**. Durham: Duke University Press, 2004. p. 418-445.
- DI GIULIO, G. M. et al. Risk governance in the response to global health emergencies: understanding the governance of chaos in Brazil's handling of the Covid-19 pandemic. **Health Policy and Planning**, czad016, Mar. 2023. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad016>.
- ENTMAN, R. Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. **Journal of Communication**, v. 43, n. 4, p. 51-58, 1993.
- ESPINOSA, S. et al. Negative-Binomial and quasi-poisson regressions between COVID-19, mobility and environment in São Paulo, Brazil. **Environmental research**, v. 204, 112369, 2022.
- FIOCRUZ. Pandemia reforça vulnerabilidade dos povos indígenas. logotipo do projeto Comunicação e Informação. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. **Informe ENSP**, 19 abril 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51250> Acesso em: 20 abr. 2023.
- FIORI, J. et al. Masculinidade. In: RATTON, J. L.; SZWAKO, J. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: Cepe, 2022.

- FONSECA, P. F. C. et al. Demarcating Patriotic Science on Digital Platforms: Covid-19, Chloroquine and the Institutionalisation of Ignorance in Brazil. **Science as Culture**, v. 31, n. 4, p. 530-554, 2022.
- GAMSON, W. A.; MODIGLIANI, A. Media discourse and public opinion on nuclear power: A constructionist approach. **American Journal of Sociology**, v. 95, n. 1, p. 1-37, 1989.
- GIORDANI, R. C. F. et al. A ciência entre a infodemia e outras narrativas da pós-verdade: desafios em tempos de pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 2863-2872, 2021.
- KELLER, A. C. **Science in environmental policy: the politics of objective advice**. Cambridge: MIT Press, 2009.
- KOCH, L.; GORRIS, P.; PAHL-WOSTL, C. Narratives, narrations and social structure in environmental governance. **Global Environmental Change**, v. 69, p. 102317, 2021.
- KROPF, S. P. Negacionismo Científico. In: RATTON, J. L.; SZWAKO, J. **Dicionário dos negacionismos no Brasil**. Recife: Cepe, 2022.
- HALLAL, P. C. SOS Brazil: science under attack. **The Lancet**, v. 397, n. 10272, p. 373-374, 2021.
- HERMWILLE, L. The role of narratives in socio-technical transitions - Fukushima and the energy regimes of Japan, Germany, and the United Kingdom. **Energy Research & Social Science**, v. 11, p. 237-246, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.erss.2015.11.001>.
- MAIRAL, G. Narratives of risk. **Journal of Risk Research**, v. 11, n. 1-2, p. 41-54, 2008.
- MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017. <https://doi.org/10.1590/198053143988>
- MELLO, P. **A máquina do ódio: jornalismo, fake news, violência digital**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- MONARI, A. C. P. et al. Legitimando um populismo anticiência: análise dos argumentos de Bolsonaro sobre vacinação contra Covid-19 no Twitter. **Liinc em revista**, v. 17, n. 1, e5707, 2021.
- NOBRE, M. **Ponto-final: A guerra de Bolsonaro contra a democracia**. São Paulo: Todavia, 2020.
- NUNES, J. Critical Security Studies and Global Health. In: MCINNES, C.; LEE, K.; YOUDE, J. (Eds.), **The Oxford Handbook of Global Health Politics**. Oxford University Press, 2019.

- OLIVEIRA, L. et al. **Exploring the public reaction to COVID-19 news on social media in Portugal**. Proceedings of the 8th European Conference on Social Media. ECSM 2021, p. 167-176.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Repositório Institucional para Troca de Informações – Iris**. Fichas Informativas COVID-19: entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.
- OUR WORLD IN DATA. **Brazil: Coronavirus Pandemic Country Profile**. [2022]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/brazil> Acesso em: 25 abr. 2023.
- PIRES, L. N. et al. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. **Experiment Findings**, v. 21, p. 1-3, 2020.
- PJESIVAC, I. et al. To Eat or Not to Eat: Framing of GMOs in American Media and Its Effects on Attitudes and Behaviors. **Science Communication**, v. 42, n. 6, p. 747-775, 2020.
- RAJÃO, R. et al. The risk of fake controversies for Brazilian environmental policies. **Biological Conservation**, v. 266, p. 109447, 2022.
- RYAN, M. Toward a definition of narrative. In: HERMAN, D. (Ed.). **The Cambridge Companion to Narrative**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. p. 22-36.
- SCHWEIZER, P. J. et al. Social Perception of Systemic Risks. **Risk Analysis**, n. 42, p. 1455-1471, 2022.
- SENADO FEDERAL. **Relatório Final da CPI da Pandemia**. 2021. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/comissoes/comissao?codcol=2441> Acesso em: 2 ago. 2022.
- SQUIRE, C. O que é narrativa? **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, n. 14, p. 272-284, 2020.
- TUCHMAN, G. Telling stories. **Journal of Communications**, v. 26, p. 93-97, 1976.
- VALENZUELA, S. et al. The paradox of participation versus misinformation: social media, political engagement, and the spread of misinformation. **Digital Journalism**, v. 7, n. 6, p. 802-823, 2019.
- VARELLA, M. **Há grupos de risco para covid?** Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/coluna-2/ha-grupos-de-risco-para-covid-coluna/> Acesso em: 20 out. 2022.
- VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D. COVID-19. As fakes news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, e00101920, 2020.

VENTURA, D. et al. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19. **Boletim Direitos na Pandemia**, n.10, p. 6-31, 2021.

VIGLIO, J. E. et al. Narrativas científicas sobre petróleo e mudanças do clima e suas reverberações na política climática brasileira. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 21, n. 51, p. 124-158, 2019.

WARDLE, C.; DERAKHSHAN, H. **Information disorder**: Toward an interdisciplinary framework for research and policy making. Strasbourg Cedex: Council of Europe, 2017.

WEBER, W. Exploring narrativity in data visualization in journalism. In: ENGBRETTSEN, M.; KENNEDY, H. (Eds.) **Data Visualization in Society**. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2020. p. 295-311.

YU, J.; LU, Y.; MUÑOZ-JUSTICIA, J. 2020. Analyzing Spanish News Frames on Twitter during COVID-19 A Network Study of El País and El Mundo. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, 5414, 2020.

ZIMDARS, M.; MCLEOD, K. **Fake news**: understanding media and misinformation in the digital age. Cambridge: MIT Press, 2020.

The background is a solid orange color with several stylized, semi-transparent virus particles scattered across it. Each virus particle is spherical with numerous protruding spikes or receptors. The particles vary in size and are positioned at different depths, creating a sense of a three-dimensional space filled with these microscopic entities.

9

**Interações entre território
e pandemia de Covid-19 na
cidade de São Paulo: das
dinâmicas pré-existentes às
novas perspectivas**

Ana Carolina Carvalho Figueiredo
Gabriela Marques Di Giulio

INTRODUÇÃO

Embora os impactos diretos da Covid-19 na saúde e na vida da população global tenham sido irrefutáveis, os reflexos da declaração da pandemia também permearam com força as dinâmicas urbanas. Dentre as principais indicações para conter a disseminação da doença, o uso de máscaras e de álcool em gel para higienizar as mãos, o distanciamento social e determinações para evitar aglomerações representaram mudanças expressivas nas dinâmicas da maior parte das cidades pelo mundo (WHO, 2022).

Em regiões urbanas muito populosas, a reunião de pessoas em shows, academias esportivas, eventos, universidades, shoppings e metrô se alterou (REIS-FILHO, QUINTO, 2020). Na mobilidade urbana, evitando-se as aglomerações, ações fomentando modos motorizados de micromobilidade, tais como patinetes eletrônicos e scooters, bicicletas e mesmo passeios à pé se tornaram mais comuns em cidades chinesas, por exemplo (LOURENÇO e CHIQUETTO, 2020).

Em São Paulo, quinta cidade mais populosa do globo, os impactos foram imediatamente sentidos, mas as reverberações não foram iguais pelo território, uma vez que a capital paulista possui desigualdades e vulnerabilidades socioeconômicas e territoriais que são anteriores à chegada do vírus. Além disso, a cidade já passava por algumas mudanças atreladas a crises ou desenhos econômicos, políticos e sociais que apontavam para novas configurações urbanas; o que foi certamente agravado pela pandemia.

Historicamente, o desenho das cidades sempre esteve atrelado a fenômenos econômicos, sociais e ambientais, sem excluir as relações com a saúde, higiene e doenças. Sobre tudo porque a aglomeração de pessoas em um ambiente como o urbano transforma a população em vetores de transmissão de doenças. Assim, em vários momentos anteriores, pandemias, epidemias e a busca por cidades mais saudáveis e salubres refletiram em soluções e decisões urbanísticas (MARQUES et al., 2021).

Isso aconteceu também com a Covid-19? Quais as interferências e interlocuções entre o desenvolvimento urbano e a doença, no caso da cidade paulista? A territorialização da pandemia refletiu diretamente as desigualdades estruturais da cidade? Que novas configurações urbanas conformam ao longo da crise sanitária? Essas são algumas das questões a serem abordadas neste capítulo, a fim de contemplar dois eixos de análises propostos: 1) assinalar dinâmicas urbanas pré-existentes em São Paulo e suas relações diretas com a pandemia; 2) apontar perspectivas socioeconômicas e territoriais que já estavam em andamento e foram evidenciadas pela Covid-19.

Para avançar nessas análises, a estrutura proposta do capítulo traz, inicialmente, um olhar histórico sobre a construção territorial de São Paulo e sobre a pandemia no Brasil e na cidade. Em um segundo momento, apresentam-se as ferramentas metodológicas usadas para o desenvolvimento das reflexões em ambos os eixos. Posteriormente, são apresentados e discutidos os principais *insights*, a partir dos resultados alcançados no estudo. Finalmente, destacam-se as possíveis intersecções deste estudo com o campo da Saúde Global e da Sustentabilidade.

Um olhar para a São Paulo pré-pandemia

São Paulo nasceu em uma colina entre os rios Tamanduateí e Anhangabaú, onde se instaurou a Ordem dos Jesuítas e, por muito tempo, seus limites urbanos foram ditados pela presença destes corpos d'água. Desde sua fundação em 1554 até o início do século XX, a configuração urbana estava concentrada na região central, se expandindo aos poucos e em detrimento da constituição de chácaras e loteamentos no entorno desta área. A transposição das barreiras impostas pelas águas foi um importante marco para o posterior espraiamento da cidade (REIS FILHO, 2004; FERRAZ, 2011).

Essa configuração refletia, naquele momento, o cenário predominante no Brasil até meados do século XX: a população era principalmente rural, subordinada às atividades econômicas agrárias. Até 1950, cerca de 33 milhões de brasileiros viviam em áreas rurais, em confronto com aproximadamente 19 milhões vivendo em cidades. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que a população em São Paulo era de cerca de 239.820 pessoas em 1900, aumentando de forma exponencial a cada década, como mostra o Gráfico 1 (IBGE, 2006, 2022), consolidando o predomínio da condição urbana (DEÁK, 2010).

Hoje, o território paulistano se estende por 1.521,202 km² e há uma estimativa populacional de mais de 12 milhões de pessoas. Quando considerada toda a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), que abarca 39 municípios do seu entorno, a população se amplia para mais de 22 milhões, o que representa quase 50% da população total do Estado de São Paulo (IBGE, 2022).

Assim como ocorre em relação à distribuição da população pelo Estado, na cidade de São Paulo há regiões mais e menos adensadas e com maiores vulnerabilidades contrastando com espaços onde estão as concentrações de renda mais altas do país. Mas isso não significa que o entendimento destas dinâmicas é simples, uma vez que elas se conformaram, muitas vezes, em detrimento do aumento populacional.

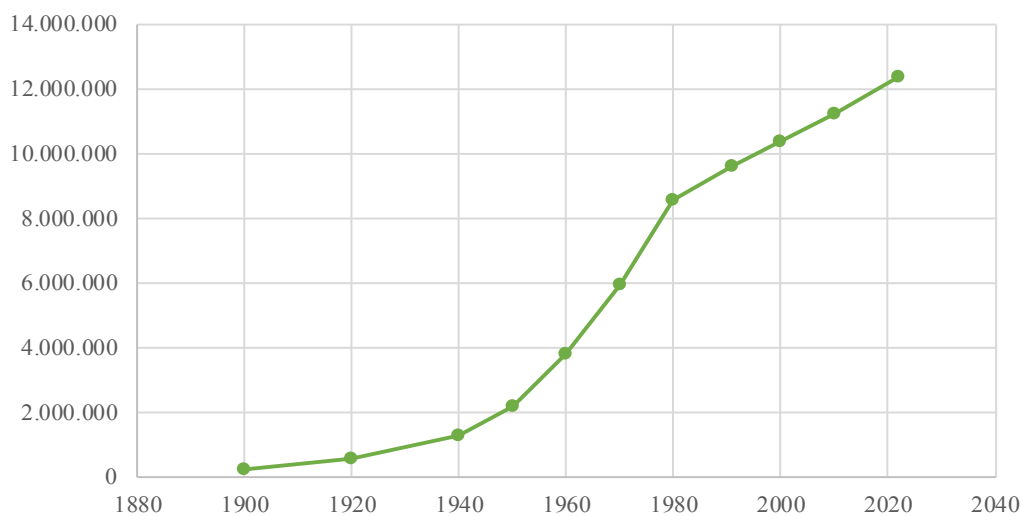


Gráfico 1 – Estimativa populacional de São Paulo, de 1900 até 2022

Fonte: Baseado em IBGE, 2006, 2022.

Villaça (1998, 2010) discute o processo de urbanização em suas diversas fases, e relata uma relação intrínseca entre crescimento da população urbana, atividades econômicas e desordens sociais. Para o autor, é claro que a ausência de planejamento efetivo e ações de Estado ao longo de todo o século XX – mesmo em face da necessidade que as levas populacionais trouxeram – auxiliou a conformar diversas cidades, como São Paulo, à configuração atual.

O urbanismo surge como vocábulo na França e é trazido para o Brasil em uma clara associação à arte e ao embelezamento urbano, o que explica ações como os diversos planos de embelezamento pelos quais algumas cidades, como São Paulo, passaram no fim do século XIX e início do XX. A referência era o Plano de Haussmann para Paris, em 1853 o que, para Villaça (2010), explica a aderência do urbanismo ao ensino da arquitetura no Brasil:

Essa foi a razão pela qual o ensino do urbanismo nasceu no Brasil junto com o ensino da arquitetura. Mesmo quando o urbanismo era ensinado nas escolas de engenharia, desenvolveu-se entre os engenheiros arquitetos. Se o aspecto sanitário ou de saúde pública tivesse dominado no urbanismo brasileiro, este ter-se-ia desenvolvido nas faculdades de Medicina (VILLAÇA, 2010, p. 205).

Esse processo não impediu, entretanto, que faces do sanitarismo fossem adotadas em algumas operações urbanas de cidades brasileiras. O engenheiro Saturnino de Brito foi um dos

principais defensores do urbanismo sanitarista, e seu projeto para a cidade de Santos é um dos principais nesta vertente. Contudo, para cidades como São Paulo, este tipo de urbanismo muitas vezes representou os desejos da classe dominante de sanitizar determinadas áreas e expulsar dos seus espaços dominantes a população de menor renda (VILLAÇA, 2010).

Bógus e Pasternak (2015) reiteram essa ideia a partir dos processos de expulsão da população de classe social mais baixa do centro da cidade de São Paulo para as periferias distantes. Ao longo de todo século XX, a infraestrutura urbana se consolidava na região central e em suas adjacências, não alcançando as regiões mais distantes, não apenas do próprio município paulista como de cidades adjacentes e pertencentes à RMSP, sobretudo no eixo leste.

Esta organização do território não é exclusiva da cidade de São Paulo, mas fica bastante clara nela. Estudos de Maricato (1996), Sposati (1996), Porta (2004), Marques e Torres (2005) e Rolnik (2022) tratam da história da construção do território paulista a partir das desigualdades de distribuição populacional, considerando suas rendas, o domínio de classes altas e os processos econômicos. Para os autores, a economia é um dos principais agentes transformadores das áreas urbanas e movimentos como o sanitarismo, apenas para citar um exemplo já assinalado, serviram a ela.

A capital paulista é resultado de um conjunto complexo de processos econômicos, mas também políticos que ocorrem há décadas. A desigualdade se acentuou historicamente com o deslocamento forçado de parcelas da população das regiões mais centrais para espaços distantes, com a ocupação de áreas verdes, mananciais e entornos de rios e a constituição de loteamentos irregulares e favelas, que foi ainda mais intenso a partir dos anos 1970 (SALATA e RIBEIRO, 2021).

Para Rolnik (2022), a cidade se segmentou de forma cada vez mais brusca a partir dos anos 2000, tanto pela atuação do próprio setor imobiliário nos espaços urbanos construídos quanto pelas divergências econômicas. Ao mesmo tempo em que as favelas se ampliaram, uma parcela da população optou por habitar áreas muradas e ditas seguras e saudáveis, também distantes dos centros.

Conforme sinalizado por Bógus e Pasternak (2015), esta tendência indica que, ainda hoje, existe uma forte dualidade na configuração centro-periférica de São Paulo, mas com novos contornos. Nas duas primeiras décadas do século 20, sobretudo, a ocupação de regiões distantes do centro da cidade deixou de ser exclusiva da população de baixa renda e tornou-se uma escolha para algumas parcelas da população mais rica, através da configuração dos condomínios fechados ao modelo americano.

Entretanto há diferenças enormes: os condomínios fechados se organizam, principalmente, ao longo de eixos de mobilidade consolidados – como grandes rodovias da

região sudoeste da cidade; enquanto as áreas mais vulneráveis, social, ambiental e economicamente, se expandem nas áreas sudeste e leste da capital paulista. Muitas vezes, essas últimas se configuram por meio de favelas ou comunidades¹ com pouca mobilidade e com outros problemas de infraestrutura contundentes, como ausência de redes de água e esgoto tratado, coleta de lixo e acesso à internet e energia elétrica regulares (MIRANDA, 2021). Ou seja, o território paulista é pautado por grandes dualidades, mas que tem mostrado uma tendência: a de esvaziamento da área central em detrimento da ampliação das fronteiras e periferias, por parte de populações com perfil socioeconômico totalmente diferentes. Quando da eclosão dos casos de Covid-19, este era o cenário urbano que se conformava em São Paulo.

Dados e reflexões sobre a pandemia de Covid-19 no Brasil e em São Paulo

Uma pandemia é definida por ser uma doença nova e/ou desconhecida até então e que possui disseminação global. O termo se aplica quando uma epidemia, que inicialmente afetava uma região específica, se espalha por todos os continentes, com uma forte transmissão direta entre indivíduos (WHO, 2022).

A Covid-19 foi declarada como pandemia no início do mês de março de 2020, quando diversos países já vinham apresentando uma quantidade crescente de casos do Sars-CoV-2. No Brasil, o vírus teve sua porta de entrada na cidade de São Paulo onde foi confirmado o primeiro caso da doença, em 27 de fevereiro de 2020 (SMS, 2022).

Os dados brasileiros apontam para um total de casos, até setembro de 2022, de 34.624.427 e de 685.750 óbitos (SUS e MS, 2022). Para a cidade de São Paulo, os números registrados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS, 2022) em setembro de 2022 são de 2.286.113 casos e 43.836 óbitos. Esse número ainda indica que a capital tem quase metade de todos os casos de Covid-19 identificados em todo o Estado, com alguns picos de maior e menor incidência da doença, mas com queda do número de óbitos a partir da vacinação, que iniciou em 2021 (Figura 1).

A análise dos dados sem relações espaciais, entretanto, não permite identificar alguns pontos que estão relacionados com as características urbanas de São Paulo comentadas

¹ Segundo o IBGE (2011), as áreas de favelas podem ser denominadas de aglomerados subnormais e são áreas de ocupação irregular em terrenos particulares ou públicos para fins de habitação e que se configuram por carências infraestruturais e por urbanização precária. São usados como sinônimo de favelas.

anteriormente, e que podem mostrar padrões importantes para compreender a pandemia na cidade. Com a existência de uma série de desigualdades socioeconômicas e territoriais, é possível verificar, a partir de uma análise sobre número de casos, óbitos, internações e distribuição de doses da vacina contra a Covid-19, que há diferenças claras entre regiões da cidade. Além disso, mesmo com a tendência de diminuição dos números de casos e da retomada de atividades econômicas, algumas conformações territoriais parecem ter novas configurações, que se acentuaram no decorrer da pandemia.

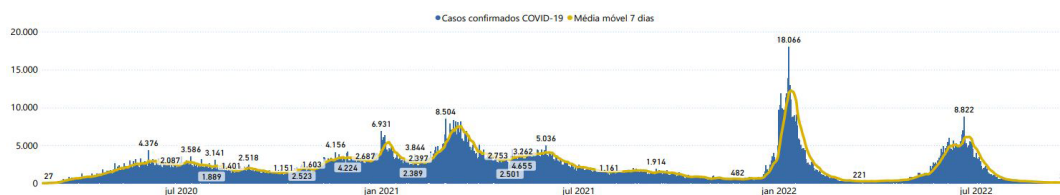


Figura 1 – Gráfico de casos de Covid-19 confirmados em São Paulo, até 21/09/2022

Fonte: SMS, 2022.

METODOLOGIA

A partir de uma pesquisa descritiva (BARROS e LEHFELD, 2007), baseada na consulta e coleta de dados de bibliografia científica e/ou literatura cinza e documentos, é possível compreender as dinâmicas da pandemia de Covid-19 e suas relações com o território de São Paulo, tanto quanto das dinâmicas urbanas da cidade e das mudanças que se atrelam às perspectivas econômicas e sociais, acentuadas pela crise sanitária.

O conjunto de dados recolhido foi analisado a partir de dois eixos centrais: a pandemia como fator de agravamento de dinâmicas urbanas anteriores; e novas perspectivas socioeconômicas e suas relações com a cidade.

A partir dos achados bibliográficos e/ou documentais, é possível trabalhar sobre a hipóteses destas duas ocorrências, definidas em eixos que, em comum, apresentam a perspectiva de que a pandemia afetou diretamente as configurações urbanas.

RESULTADOS

As informações apresentadas anteriormente revelam alguns predecessores urbanos da Pandemia de Covid-19 na cidade de São Paulo, bem como indicam dados sobre os casos no Brasil e especificamente no território paulista. A seguir, são realizadas articulações diretas entre estes temas.

A pandemia como agravante de dinâmicas urbanas pré-existent

Desde a declaração de pandemia de Covid-19 em março de 2020, uma série de medidas sanitárias foi orientada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Muitas delas tiveram a capacidade de reformular por completo o cotidiano das populações ao redor do globo. Uma das que mais reverberaram no contexto urbano foi a orientação de distanciamento social que gerou, nas cidades, uma preocupação constante com a circulação de pessoas e com a sua concentração para exercer tanto suas funções sociais quanto econômicas e de lazer (WHO, 2022).

A chegada do vírus no Brasil, a partir da cidade de São Paulo, e a rapidez de seu espalhamento fez com que muitas atividades econômicas passassem a ser realizadas remotamente, com empresas adotando o *Home Office* – regime onde os funcionários fazem seus trabalhos de suas casas e conectam-se por redes de computadores e internet, geralmente.

Essa foi uma importante medida para conter a disseminação do vírus, mas gerou importantes contrastes: em primeiro lugar, parte das atividades econômico-produtivas não pode ser realizada de forma remota, levando funcionários a serem expostos ao vírus ao saírem de casa; em um segundo momento, a falta de consumo em determinados setores fez com que a economia atingisse uma crise persistente que ampliou os níveis de desemprego no país; e, finalmente, este movimento em alguns casos tornou-se permanente e tem ajudado a moldar novas perspectivas de ocupação urbana (COSTA, 2020).

Vulnerabilidades urbanas e exposição ao vírus

As grandes desigualdades estruturais da cidade de São Paulo já existiam quando da chegada do coronavírus. Parte da população vivia em áreas de vulnerabilidade social,

econômica e ambiental, em regiões periféricas da cidade, dependentes de transporte público coletivo para seus deslocamentos diários e, muitas vezes, ocupando postos de trabalho autônomos e/ou informais.

Este relato inicial aponta para alguns cenários: 1) as áreas de vulnerabilidade social nem sempre se encontravam preparadas para uma emergência sanitária; 2) a maior parte da população destas regiões não apresentava condições de teletrabalho tanto pelas suas funções exercidas quanto pela inexistência de infraestrutura e equipamentos adequados a tal; 3) grandes parcelas ainda precisavam deslocar-se pela cidade para manter seus postos de trabalho e utilizavam, predominantemente, o transporte público para isso; 4) diversos empregos foram perdidos neste período.

Os cenários, assim, conformam uma realidade: foi em regiões periféricas de São Paulo que a contaminação pela Covid-19 se ampliou de forma mais rápida, sobretudo a partir de trabalhadores que não podiam realizar suas atividades de casa e, com isso, deslocavam-se pela cidade (LABCIDADE, 2022b).

Para Miranda (2021), os moradores das áreas da periferia da cidade eram os mais sujeitos a adoecerem e morrerem com a Covid-19, uma vez que permaneceram usando o transporte público já que não possuíam condições econômicas de aderirem ao isolamento social. Mais do que isso, a autora assinala que as próprias condições de moradia precária auxiliaram na eclosão de casos: muitas das habitações de áreas vulneráveis possuem poucos cômodos em relação ao número de moradores e pontos limitados de água potável para a adoção de medidas como a lavagem constante das mãos para evitar o contágio.

Assim, é possível estabelecer uma articulação espacial entre a Covid-19 e as condições sociais da população paulistana. O LabCidade, laboratório da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (USP), acompanhou os dados divulgados a respeito da pandemia e sua distribuição espacial, relacionando a quantidade de casos, hospitalizações, óbitos e vacinação com as determinantes sociais e as territorializações em São Paulo. Como produtos, foram confeccionados uma série de mapas que serão discutidos a seguir, relacionando às condições urbanas pré-existentes (LABCIDADE, 2022a).

As Figuras 2 a 6 trazem mapas que, segundo Rolnik (2022), exemplificam que a pandemia de Covid-19 recebeu na cidade de São Paulo um tratamento “classemidiocêntrico”, o que significa que as parcelas mais pobres da população ficaram desassistidas pelas medidas de contenção da doença. O primeiro mapa, Figura 2, traz o número de óbitos pela Covid, já no primeiro momento da pandemia, distribuído pelos Distritos da cidade e mostra que em regiões com concentração de cortiços e favelas das zonas leste, norte e sul, o número de óbitos foi mais acentuado entre os dias 11/03/2020 e 30/04/2020. Enquanto isso, o eixo sudoeste, onde se encontra a população de maior renda, apresentou a menor quantidade de óbitos.

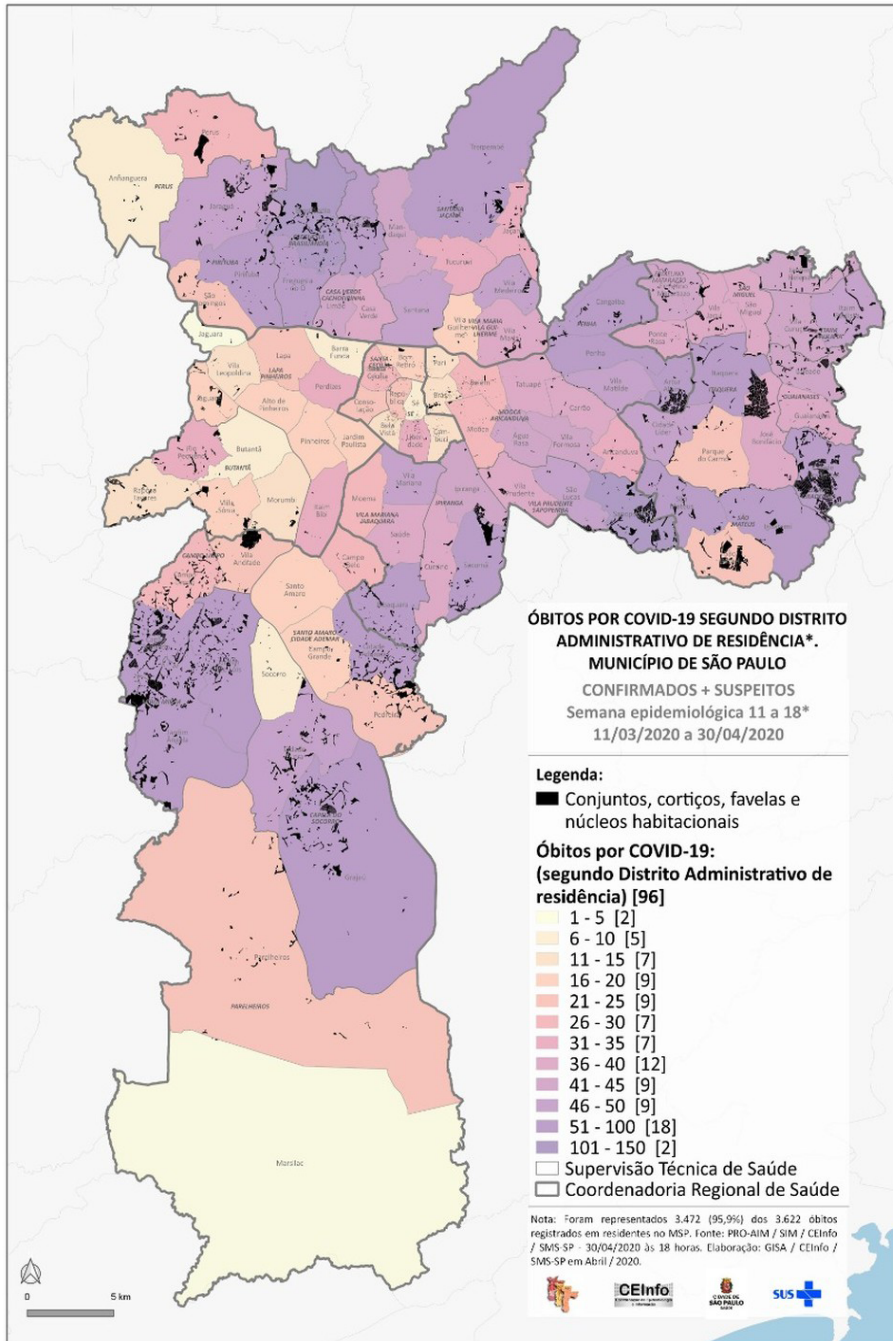


Figura 2 – Mapa de óbitos por Covid-19 por Distrito de São Paulo (11/03/2020-30/04/2020)

Fonte: LabCidade, 2022b

A Figura 3 estende essa análise para um período maior, entre março de 2020 e março de 2021, mas continua corroborando o dado anterior: a mortalidade foi maior nos extremos norte, sul e leste do município de São Paulo. Essas são regiões que, tradicionalmente, já estão expostas a um conjunto de vulnerabilidades socioambientais, dificuldades de acesso à saúde de qualidade, moradias com condições de habitabilidade e higiene precárias, bem como densidades elevadas de ocupação foram mais atingidas pelas mortes por Covid-19.

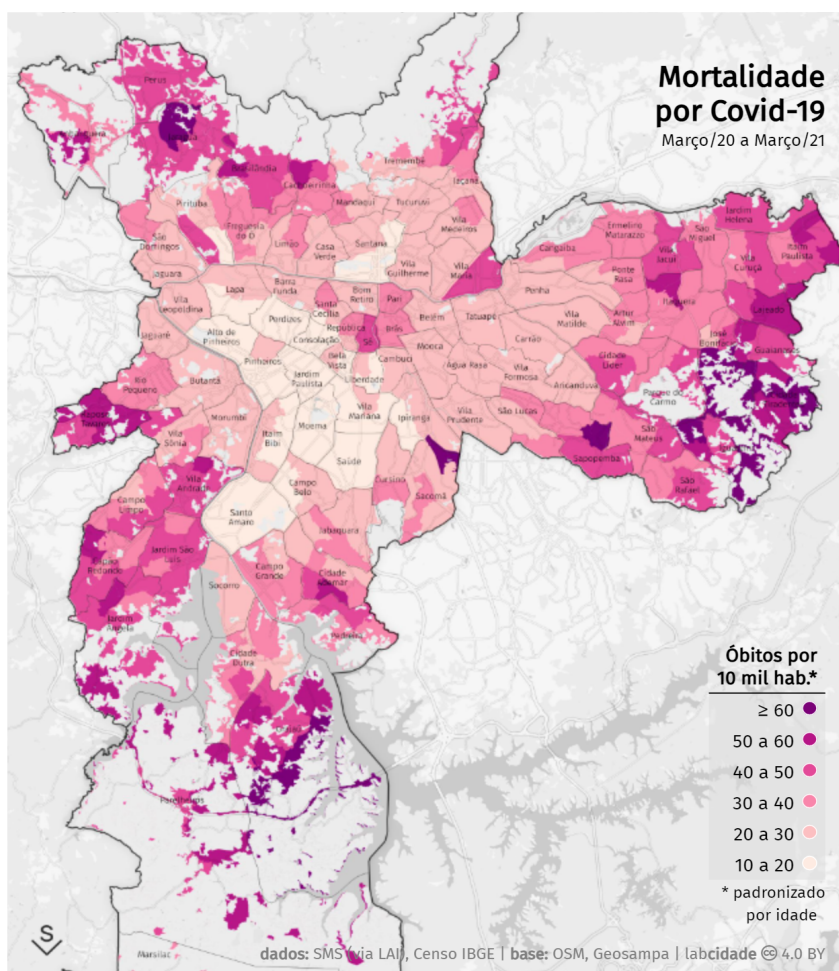


Figura 3 – Mapa de mortalidade por Covid-19 em São Paulo (março/2020-março/2021)

Fonte: LabCidade, 2022b.

A Figura 4 amplia esta análise quando traz números não apenas de óbitos, mas das hospitalizações na cidade de São Paulo e as relacionam com um fator fundamental no espalhamento das infecções por Covid-19: o transporte público. Sabe-se que desde o início de seu desenvolvimento, São Paulo é um município de base rodoviarista, que prioriza a circulação de automóveis individuais em detrimento dos meios de transporte públicos (VILLAÇA, 2010).

Neste sentido, a ausência de uma maior quantidade de linhas de transporte público para minimizar a quantidade de pessoas a cada viagem, bem como de uma maior qualidade, implica uma quantidade grande de usuários. Nesse contexto fica explícito nos mapas dois dos cenários apontados anteriormente: em áreas mais vulneráveis, a possibilidade de realizar teletrabalho e distanciamento social era limitado e os principais deslocamentos ocorreram por transporte público. Assim, nas regiões com mais viagens por transporte público as infecções foram maiores e, em consequência, o número de hospitalizações também foi maior.

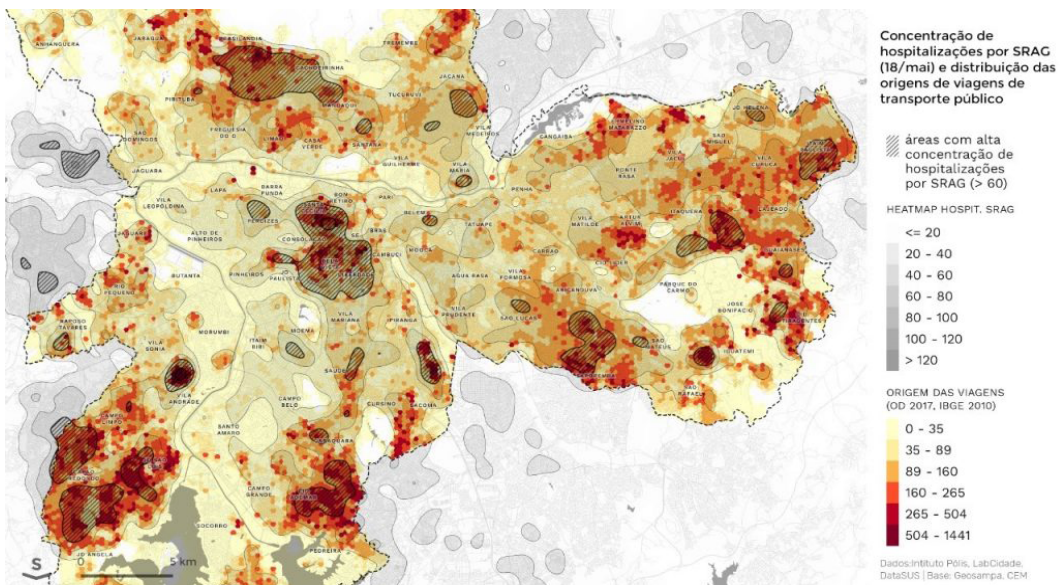


Figura 4 – Hospitalizações por SRAG (Síndrome respiratória aguda grave) e Covid-19 e pontos de origem de viagens por transporte público

Fonte: LabCidade, 2022b

Nesta análise, mais uma vez, destacam-se zona norte e extremos sul e leste, mas o centro da cidade também apresenta um número elevado de hospitalizações nesta análise. Um motivo possível e apontado pelos estudos conduzidos pelo LabCidade (2022b) é a

condição do centro enquanto um ponto nevrálgico para interligação de diversos modos de transporte públicos, bem como as grandes concentrações de postos de trabalho que não se transferiram para o teletrabalho na região. Além disso, destaca-se a ocupação pela população de rua nesta área, que será discutida posteriormente, mas que certamente pode trazer reflexos para o aumento dos casos ali.

As divergências, entretanto, não permaneceram apenas quando se trata dos casos de Covid-19 na capital paulista. A Figura 5 indica que a distribuição das primeiras doses da vacina também não atendeu às necessidades territoriais apontadas anteriormente. Enquanto as infecções cresciam nas regiões da cidade mais carentes, como é o caso da Zona Leste, a vacinação no eixo sudoeste da cidade apresentava-se muito mais significativa até o dia 12 de julho de 2021, devido ao perfil populacional. Importante situar que a vacinação iniciou pelos profissionais da saúde e, posteriormente, utilizou o critério etário para sua aplicação. Ressalta-se, que entre as populações mais vulneráveis, estão os maiores de 65 anos ou menores dessa idade, com comorbidades (IOANNIDIS et al., 2020).

Mais uma vez, há um descolamento entre a necessidade real e as diretrizes de vacinação, indicando que o fato de a população das classes de renda mais baixa estar mais exposta ao vírus não significou que a aplicação das doses começasse por ela.

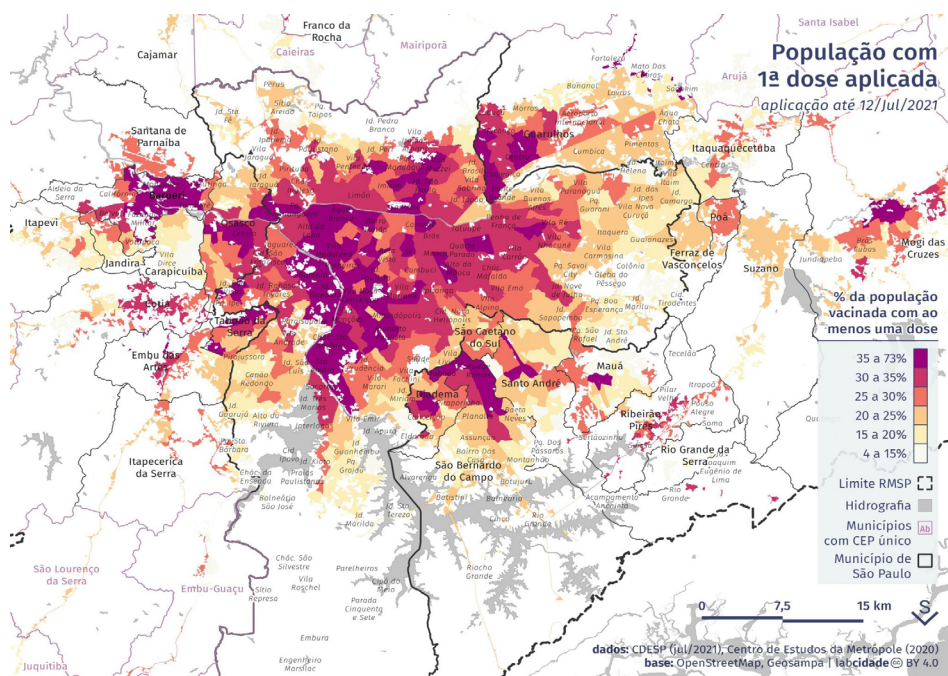


Figura 5 – Aplicação da primeira dose da vacina na população até 12/ julho/ 2021

Fonte: LabCidade, 2022b

Na Figura 6, é realizada uma comparação destes mapas, deixando clara a divergência entre população mais atingida e/ou exposta ao vírus e a aplicação das vacinas contra a Covid-19.

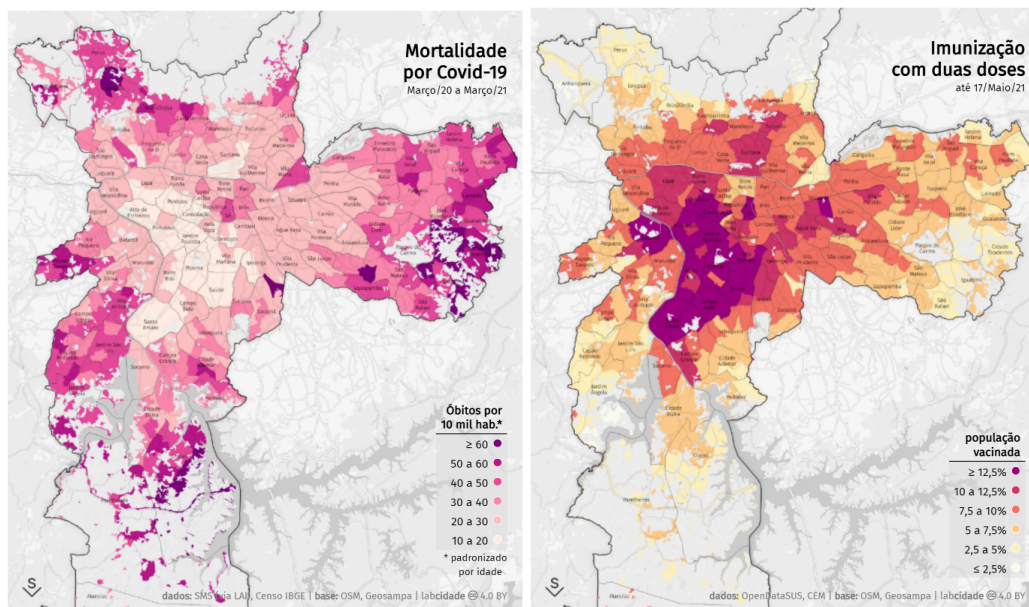


Figura 6 – Comparação entre os mapas de Mortalidade por Covid-19 (de março/2020 a março/2021) e de Imunização por duas doses (até maio de 2021)

Fonte: LabCidade, 2022b

Embora os mapeamentos e análises do LabCidade já deixem claras as relações entre Covid-19 e as dinâmicas da cidade, reforçando as tendências de desigualdade verificadas anteriormente; os estudos do Laboratório não foram os únicos a explicitarem este contexto. As análises da Rede Nossa São Paulo, uma organização da sociedade civil fundada em 2007 e que atua em prol da proposição de agendas mais sustentáveis para as cidades, considerando o apoio à gestão pública para a consolidação de políticas inclusivas (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2021), também são relevantes nesse cenário.

Considerando os 96 distritos de São Paulo, a Figura 7 apresenta um panorama de casos de internação por Covid-19 que foram a óbito, indicando a predominância de óbitos nos distritos nas zonas Leste e Norte da capital paulista entre janeiro e julho de 2021. A região sudoeste, eixo de classe social mais alta da cidade, é a que apresenta os menores índices, o que reforça, novamente, as condições explicitadas anteriormente: nas áreas de população de menor renda, o número de óbitos pela pandemia foi mais expressivo.

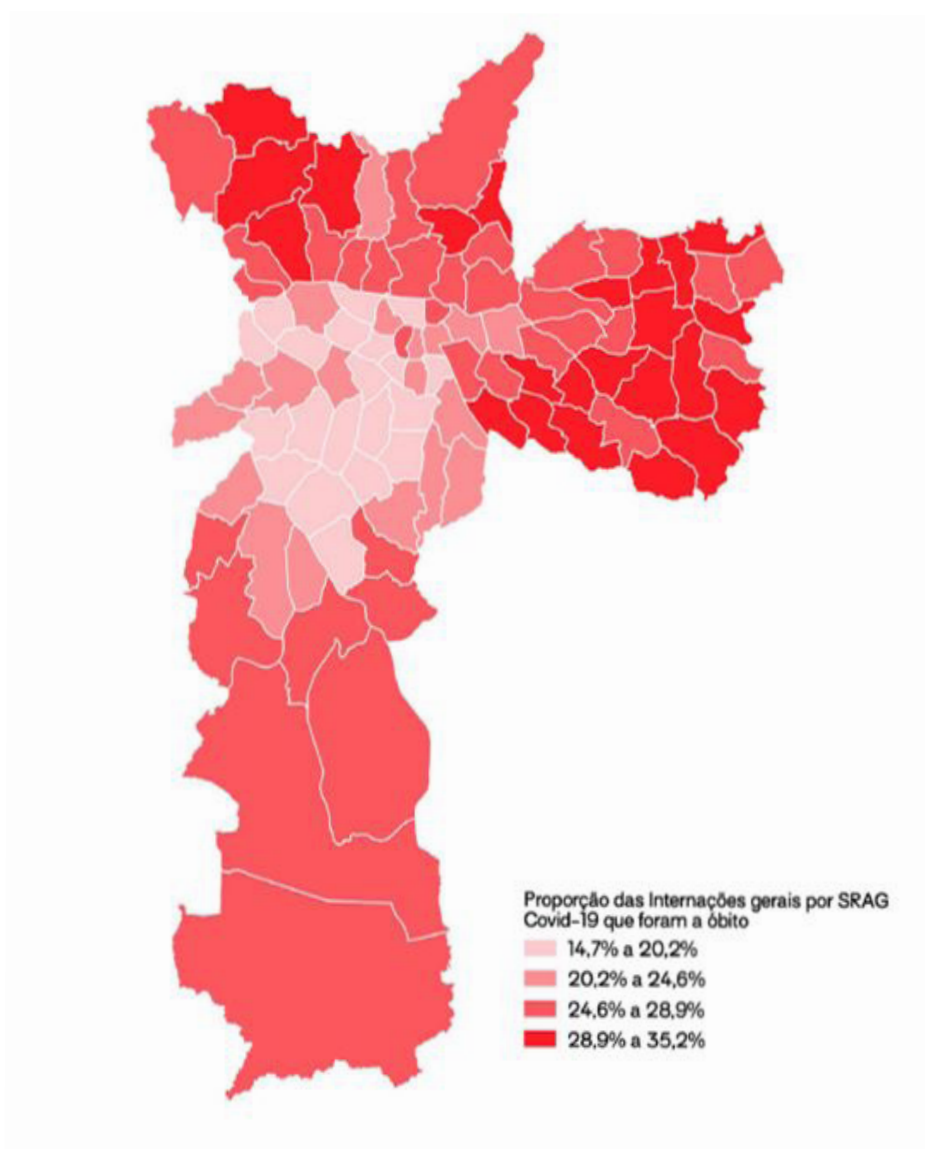


Figura 7 – Mapa de interações que geraram óbito por Covid-19 entre janeiro e julho de 2021

Fonte: Rede Nossa São Paulo, 2021.

Uma análise dos dados publicados pela Rede Nossa São Paulo (2021) sinaliza que, dentre estes territórios, a região do Parque do Carmo, na Zona Leste da cidade de São Paulo, registrou a maior taxa de mortalidade por Covid-19 em 2021. De todos os indivíduos que contraíram a doença neste distrito, mais de 23% vieram a óbito, enquanto a média da cidade foi de cerca de 18% no período.

Também estavam na Zona Leste os territórios de São Miguel, Itaim Paulista e São Mateus; e na Zona Norte, Penha e Freguesia-Brasilândia, que registraram os menores números de leitos de UTI disponíveis para pacientes com Covid-19 em 2021. Os dados convergem com as pesquisas da mesma instituição (REDE NOSSA SÃO PAULO, 2021) sobre a relação entre mortalidade por Covid-19 e renda familiar mensal. Os estudos indicaram que em subprefeituras e/ou distritos onde a renda média é mais baixa, como Lajeado, Perus, Parelheiros, Cidade Tiradentes e São Rafael, o coeficiente de mortalidade permaneceu mais elevado.

Segundo as análises da Rede Nossa São Paulo (2021), estes índices também se relacionam diretamente com alguns determinantes importantes que foram levantados em pesquisas realizadas com internautas sobre a pandemia de Covid-19 e suas reverberações. Para 46% das pessoas que responderam o questionário aplicado pela organização a moradores das classes ABC da cidade, o local de trabalho não mudou com a pandemia (ou seja, o *Home Office* não foi adotado); 42% perderam totalmente sua fonte de renda; e, finalmente, 40% delas indicaram que uma das principais desvantagens da pandemia em São Paulo era a desigualdade entre regiões da cidade.

População em situação de rua

As desigualdades foram e têm sido fator de preocupação durante a pandemia de Covid-19, em seus diversos âmbitos. Contudo, a população em situação de rua é uma das mais vulneráveis. Dois pontos específicos são importantes neste contexto: a exposição da população de rua ao vírus é ampla; e a própria pandemia tem contribuído para exacerbar ainda mais o número de moradores na cidade de São Paulo nesta situação.

Se a instabilidade gerada pela crise da Covid-19 já era preocupante para a população que vive em áreas de vulnerabilidade social, entende-se que o atingimento pela população de rua pela doença também foi um fator de atenção (LABCIDADE, 2022a). Os pesquisadores do LabCidade chamam atenção para a imprecisão dos números e registros em relação a moradores em situação de rua que contraíram ou que foram a óbito em decorrência da infecção por Covid-19.

No mesmo sentido, a Figura 8 traz um gráfico produzido a partir de duas fontes de dados: o Projeto Recovida e a Prefeitura Municipal de São Paulo, ambos cobrindo o período entre abril de 2020 e maio de 2021. Embora eles permitam ter um panorama geral sobre os óbitos da população de rua, há grandes divergências entre eles.

É possível visualizar que os dados oficiais da Prefeitura Municipal permanecem muito inferiores aos do Projeto. Este último é uma parceria entre docentes e pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo (IME-USP) e servidores da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo. Um dos principais eixos de pesquisa do Recovida é fazer pesquisa territorial, identificando as características urbanas e as condições de moradia da população, sinalizando a sua influência na disseminação da pandemia e na mortalidade pela Covid-19 (RECOVIDA, 2022).

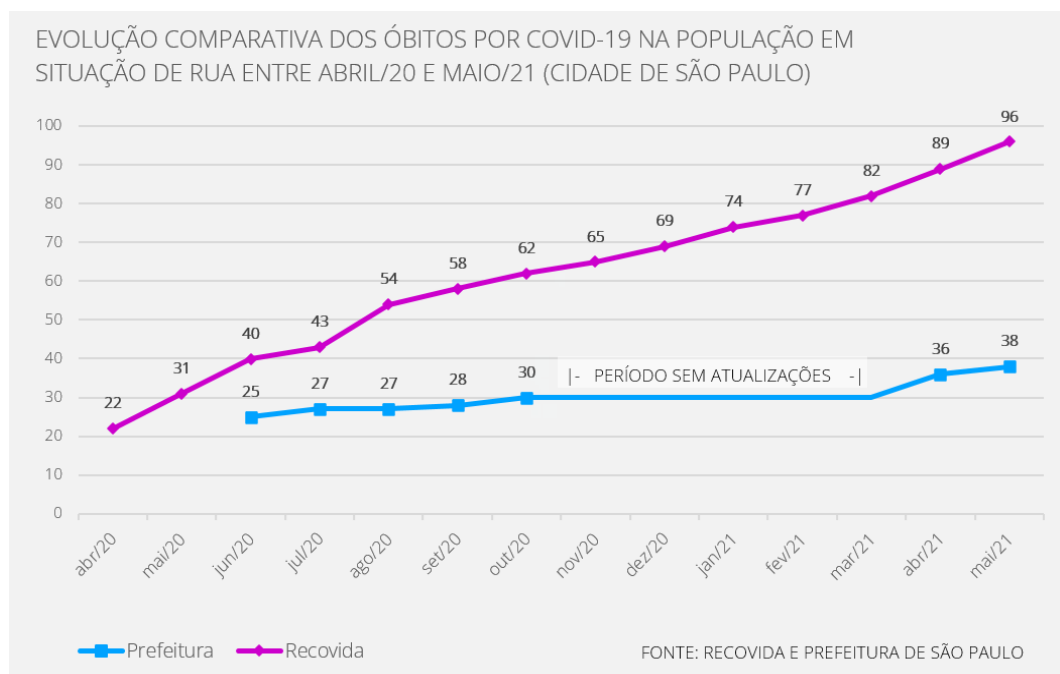


Figura 8 – Gráfico de óbitos em população de rua de São Paulo entre abril/2020 e maio/2021

Fonte: LabCidade, 2022a

Esta análise indica relações claras entre pandemia da Covid-19 e agravamento de desigualdades sociais em consonância com dinâmicas territoriais e habitacionais na cidade de São Paulo.

É o que aponta, também, a ampliação da população em situação de rua no município, decorrente da crise econômica provocada pela pandemia e que fez com que muitos indivíduos perdessem suas fontes de renda.

Segundo o Comitê Intersetorial da Política Municipal de São Paulo para a População em Situação de Rua (Comitê PopRua), no ano de 2019, a cidade apresentava cerca de 24.344 moradores de rua cadastrados pelo Censo. Para o ano de 2021, o levantamento feito indicou 31.884 pessoas vivendo em situação de rua – um aumento de mais de 30%. A maior parte desse aumento se concentra na subprefeitura da Sé, com destaques para os distritos da Sé e da República. O que não significa que em outros bairros da cidade esse aumento não tenha sido significativo também (COMITÊ POPRUA, 2022).

A Figura 9, extraída do Censo realizado pelo Comitê PopRua em 2021 e divulgado no início de 2022, territorializa essa realidade. Ela indica os distritos do município que apresentam os maiores índices de população de rua e, como assinalado, dão destaque para o eixo central.

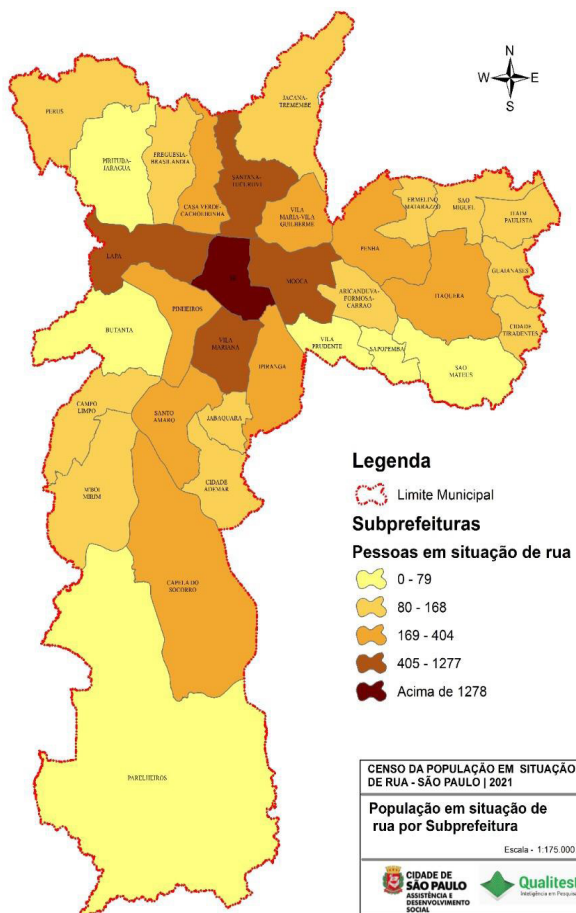


Figura 9 – Mapa de pessoas em situação de rua por subprefeitura

Fonte: Comitê PopRua, 2022.

Mas, por que a região central da cidade é a mais ocupada pela população de rua? O esvaziamento populacional para moradia nesta área nos últimos anos pode ser um fator importante e que auxiliará a realizar uma ponte entre as desigualdades e as novas perspectivas urbanas, segundo eixo de análise deste capítulo.

Novas perspectivas socioeconômicas refletidas nas cidades

A cidade de São Paulo tem sido palco de transformações que não são novas, em sua maioria, mas que a pandemia acentuou ou acelerou. A seguir, dois aspectos importantes desta discussão serão assinalados: por um lado, a forte atuação dos planos urbanos na área central da cidade e, por outro (e na contramão), as tendências territoriais de fuga da população das classes mais altas para as regiões adjacentes ao município.

Configuração urbana central de São Paulo

O setor central de São Paulo tem sido alvo de especulações a respeito de projetos de recuperação urbana. Sobretudo a partir de 2018, quando foi divulgado o Projeto de Intervenção Urbana (PIU), que inclui as regiões da Sé, República, Brás, Belém, Pari, Bom Retiro e Santa Cecília, em um perímetro de 2.098 hectares (GESTÃO URBANA SP, [2020]).

No PIU Centro, como é conhecido, o incentivo à habitação é o principal mote, incluindo propostas para a atração de até 220 mil moradores para a área, com qualificação do território e fortalecimento de uma região que já contempla uma série de infraestruturas de mobilidade e setores econômicos. O projeto tenta, justamente, minimizar a saída de moradores do local como tem acontecido recentemente e reforça as ações propostas pelo urbanismo teórico contemporâneo que, segundo Deák (2010), prioriza o adensamento em áreas onde as infraestruturas urbanas já estão consolidadas e onde é possível realizar o maior número de atividades a partir dos deslocamentos a pé.

Embora o projeto seja liderado pela Prefeitura Municipal, parte das intervenções é custeada por atores privados a partir da outorga onerosa do direito de construir: um instrumento urbanístico previsto nos Planos Diretores Estratégicos (PDE) municipais, onde paga-se pela construção além dos limites estabelecidos em lei desde que esta proporcione benefícios para a cidade (GESTÃO URBANA SP, [2020]).

A proposta da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano é que a principal população atendida pelo Projeto Urbano seja a de baixa renda, para a qual devem ser

destinadas 40% das moradias produzidas. Há também melhorias previstas para equipamentos públicos e projetos de preservação em áreas de patrimônio histórico, arquitetônico, ambiental e cultural.

O projeto, que conta também com consultas populares e participação da sociedade civil, está em andamento desde antes da eclosão da pandemia, mas ainda não apresentou nenhuma pauta capaz de sinalizar soluções que contemplem a população em situação de rua da região que cresceu nos últimos dois anos. Ao contrário, propõe a reforma de áreas de calçadas, edifícios e terrenos abandonados ou que não sejam potencialmente usados; bem como a revitalização de Parques, do Largo do Arouche e da Praça Roosevelt, além da criação do Parque Minhocão e da concessão da cobertura do Martinelli ao setor privado, visando a implantação de equipamentos de interesse do público em geral (GESTÃO URBANA SP, [2020]).

O fator preocupante é que o processo de revitalização parece seguir na contramão do que se poderia imaginar, e assim como no urbanismo sanitarrista e de embelezamentos (VILLAÇA, 2010), não é capaz de auxiliar a população de rua em sua reinserção na sociedade, adequação às condições de salubridade e saúde humana ou conquista de uma moradia. A tendência é que os moradores da região sejam gradualmente expulsos para outras áreas adjacentes, sem que o problema de fato seja solucionado. Esse tipo de ação se distancia de qualquer planejamento e desenvolvimento urbano sustentável (FIGUEIREDO et al., 2021).

O termo “Desenvolvimento urbano sustentável” não é consensual em sua definição. Sua referência na Constituição Federal e no Estatuto da Cidade indica um modelo ideal de desenvolvimento, de caráter normativo (dever ser) (SOUZA, 1998). Além disso, foros internacionais chefiados pela Organização das Nações Unidas (ONU) têm assinado um desenvolvimento urbano sustentável, resiliente, inclusivo, de baixo carbono e seguro como um modelo a ser buscado: é o caso da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável (2015), do Acordo de Paris sobre Mudanças climáticas (2015), Marco de Sendai sobre cidades resilientes e redução de risco de desastres (2015) e Nova Agenda Urbana (Habitat III) (2016) (ROMERO-LANKAO et al., 2018; SOTTO et al., 2019).

Tendências na economia e reverberações na ocupação do território

Segundo Costa (2020), a pandemia da Covid-19 impôs não só desafios à saúde global, mas novas dinâmicas econômicas para os países nos quais a propagação do vírus e as necessárias medidas para sua contenção expuseram desigualdades econômicas e sociais.

Ao final de 2019, no Brasil, os postos de trabalho informais representavam cerca de 37,3 milhões e os impactos da crise sanitária foram enormes para esses trabalhadores.

Em relação ao trabalho formal, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) (2020) constituiu o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda, pela Medida Provisória nº 936, de 2020. Esta medida trouxe a redução da jornada de trabalho e, conseqüentemente, dos salários, como o principal instrumento para evitar demissões em diversos setores, visando minimizar a crise econômica decorrente da Covid-19.

O IBGE, em um relatório que traz os “Indicadores sociais e análise das condições de vida da população brasileira”, de 2021, apresenta a tendência entre os anos de 2012 e 2020 de desocupação da população entre 14 e 60 anos ou mais de idade. Conforme mostra a Figura 10, o ano de 2020 trouxe crescimento expressivo no número de pessoas desocupadas, com um total de 13,8% da população. A maioria jovens entre 14 e 29 anos.

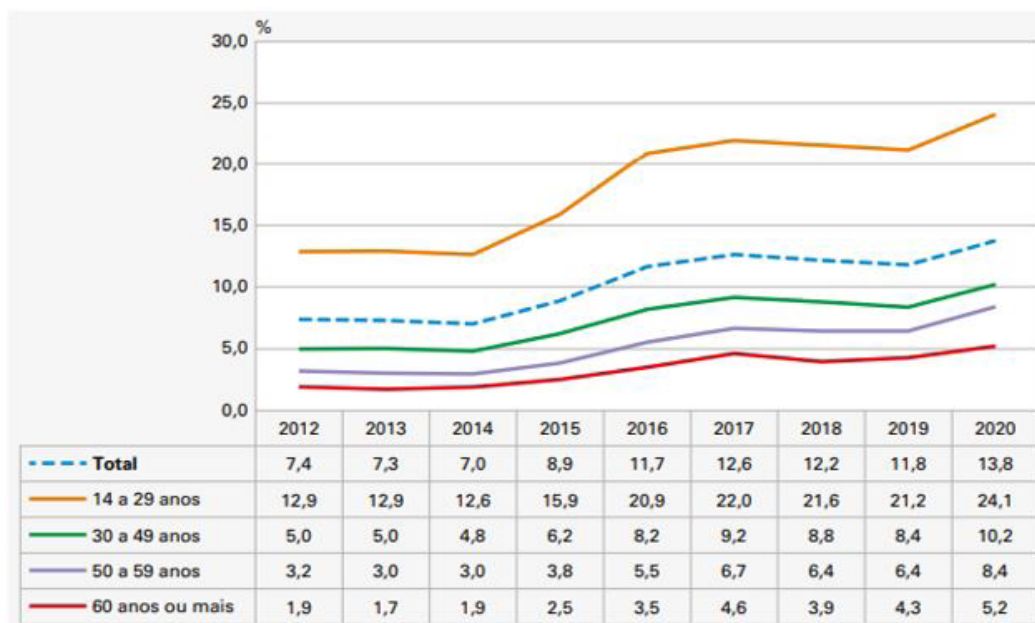


Figura 10 – Taxa de desocupação por grupos de idade no Brasil – 2012-2020

Fonte: IBGE, 2021.

Em seus boletins mensais sobre a economia do Brasil, a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e o Instituto Brasileiro de Economia (IBRE) destacam tanto as tendências de melhoria quanto os motivos de retração do setor. Em novembro de 2019, a publicação

denominada “Recuperação doméstica em curso, mas os desafios persistem” destacava que o Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil estava em crescimento (cerca de 1%). No período, chamava-se atenção para as boas estimativas existentes para os trimestres que se seguiam (FGVe IBRE, 2019).

A pandemia, entretanto, impulsionou uma crise generalizada. Em novo boletim de abril de 2020, os dados da FGV e da IBRE (2020) apontavam que o cenário de economia para o Brasil era alarmante, com perspectivas de crescimento negativo do PIB (-3,4%).

Segundo a publicação (FGV e IBRE, 2020), no início da pandemia, a manutenção da economia brasileira se apoiou na produção e comercialização de bens não duráveis e de primeira necessidade. Além de altos índices de desconfiança e incerteza, verificou-se a alta taxa de desemprego e a redução salarial de parte significativa da população. Estava constituído, de acordo com o Boletim, o maior desafio econômico global desde a Segunda Guerra Mundial.

Ao longo dos dois anos seguintes, o acompanhamento mensal do Boletim Macro indicava períodos de maior ou menor recuperação dos setores econômicos nacionais. O desenvolvimento e aplicação da vacina contra a Covid-19, desde o início de 2021, foi um dos sinais mais claros de uma retomada da economia mundial. Entretanto, outros processos frearam as melhorias na economia do País, como a guerra entre Rússia e Ucrânia no contexto global, e as eleições no cenário brasileiro (FGV e IBRE, 2022).

Segundo Galindo e Arroyo (2020), dados isolados sobre a economia não deixam claras algumas perspectivas importantes para situar as reverberações da pandemia. A primeira é de que o isolamento social foi uma medida que pode ser adotada prioritariamente pelas classes média e alta, tanto pela sua disponibilidade de espaços cômodos para permanecerem isolados, quanto pela manutenção de sua renda sem riscos de perda de emprego. Além disso, a população de maior renda, em grande medida, buscou o distanciamento dos centros urbanos mais densos, deslocando-se para áreas adjacentes às regiões metropolitanas (GALINDO e ARROYO, 2020). Para São Paulo, o cenário foi o mesmo.

Para Monteiro (2021), essa mesma perspectiva parece evidente. A pandemia de Covid-19 acentuou desigualdades que já existiam no Brasil, pois a população de menor renda dificilmente se adequou à realização do *home office*, que só é possível em determinadas atividades econômicas e com a existência de uma infraestrutura básica e condições econômicas para aquisição de equipamentos.

A Figura 11 mostra Potencial do *home office* no Brasil, por regiões. Nela, evidencia-se que a região Sudeste do país é a que apresenta a melhor infraestrutura disponível para a adoção deste tipo de trabalho: a região Sudeste possui 28% de potencial total para a

implementação do *home office*, ainda que deste percentual 20,8% das pessoas a adotarem esse regime de trabalho possuam infraestrutura pronta e 7,1% não tenham infraestrutura já preparada para tal (MONTEIRO, 2021).

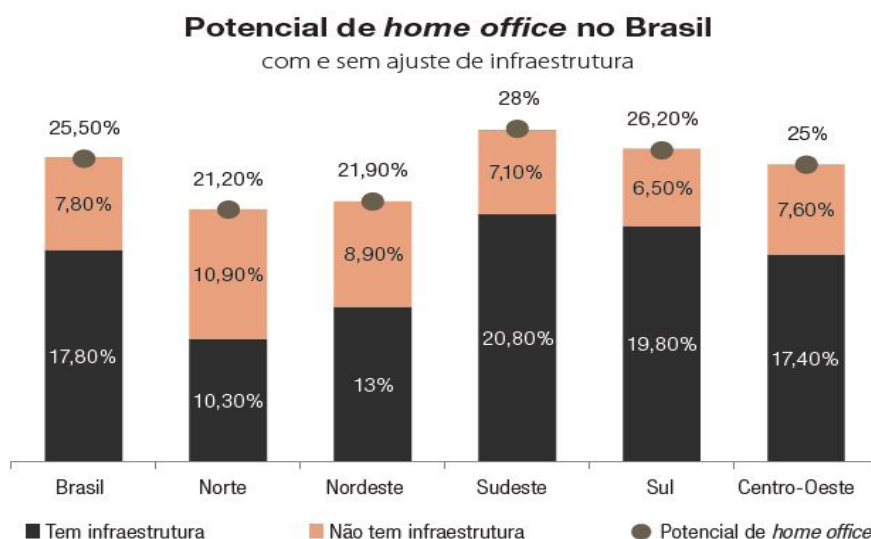


Figura 11- Potencial de *home office* no Brasil

Fonte: Monteiro, 2021, p. 31.

O teletrabalho ressalta, ainda, um aspecto fundamental: ele permitiu maior liberdade geográfica e corroborou com o movimento já em curso de saída de pessoas de áreas centrais e mais densas para as áreas circundantes ou cidades próximas ao centro econômico (MONTEIRO, 2021).

Esta tendência também pode ser reafirmada por dados do Sindicato das Empresas de Compra, Venda, Locação e Administração de Imóveis Residenciais e Comerciais de São Paulo (Secovi). Em seu anuário de 2021, o Sindicato apontou um crescimento no número de vendas de imóveis residenciais novos em cidades da RMSP: do ano de 2020 para 2021 houve um aumento de 2,7% nesta oferta. No mesmo período, 3,21% a mais de imóveis em planta foram ofertados. No interior, os destaques foram para as cidades de Sorocaba e Campinas, com aumentos de 18,5% e 17,9%, respectivamente, no número de lançamentos de unidades residenciais de 2020 para 2021 (SECOVI, 2021).

Chama atenção, ainda, o fato de que este movimento faz parte de um processo de recuperação expressiva do setor da construção civil no cenário nacional, retomando uma tendência anterior à pandemia, que ocorria pelo menos desde 2017. Atrás apenas das

exportações, o setor da construção tem alavancado o PIB nacional e vem mostrando bom crescimento no segundo trimestre de 2022 (FGV e IBRE, 2022).

Para Rolnik (2022), há uma grande contradição neste cenário: o *boom* da construção civil e do setor imobiliário contrastam gravemente com uma crise sem precedentes em relação à moradia urbana para a população de baixa renda. De acordo com a autora, a produção imobiliária foi tomada pelos interesses de mercados financeiros que gerenciam a construção de condomínios fechados e shoppings centers, sem atuar sobre a cidade informal ou regiões urbanas de intensas desigualdades e vulnerabilidades. Ela, ainda, está diretamente relacionada com a ocupação de áreas como o centro da capital paulista, repetindo movimentos de discriminação em relação aos moradores mais carentes.

CONCLUSÃO

São Paulo, assim como outras cidades brasileiras, é um território dinâmico que está em constante mudança. Desde sua configuração original uma característica importante foi a dominação do planejamento territorial pelas classes sociais de mais alta renda, com expulsão da população de menor renda para as regiões mais distantes ou periféricas. Ao longo de várias décadas esse processo deu luz à ampliação das fronteiras urbanas, à conurbação entre cidades adjacentes e à ocupação de espaços inaptos à moradia.

Esta diretriz configurou um território de desigualdades e vulnerabilidades, com regiões que apresentam deficiências de infraestrutura urbana básica, bem como problemas graves nas residências e dificuldades de acesso às áreas formais da cidade onde estão a maior parte dos postos de emprego, as redes hospitalares mais equipadas, os principais espaços de lazer e a oferta de transportes mais interconectada, por exemplo. Mesmo antes da pandemia, esta parcela da população já enfrentava crises, mas estas foram visivelmente agravadas pela Covid-19.

Ademais às áreas onde as residências apresentam uma série de vulnerabilidades, com a perda de poder aquisitivo durante a pandemia, bem como o aumento dos níveis de desemprego, muitos moradores de São Paulo foram expulsos de suas moradias. O índice de moradores de rua atingiu um pico que até então não havia sido observado. A área central da cidade recebeu uma parcela significativa destes novos moradores que, agora possuem um novo perfil: trata-se, muitas vezes, de uma “família em situação de rua”.

Mas, essa não foi a única reconfiguração do território e do cenário paulistanos. Há algumas décadas, sobretudo com a virada para o século XXI, parte da população urbana de

alta renda já aderiu a uma nova forma de morar caracterizada pela total segregação em relação aos espaços urbanos “abertos a todos”. Os condomínios fechados aumentaram de forma expressiva, tanto em bairros já consolidados quanto em regiões adjacentes, como é o caso do eixo da Rodovia Presidente Castelo Branco, a sudoeste, que dá acesso a áreas como a dos condomínios Alphaville ou a cidades como Sorocaba. Com a adoção do *home office*, esse movimento se ampliou e aumentou as ofertas imobiliárias nestes locais.

Este conjunto de complexidades impõe à cidade de São Paulo um enorme desafio do ponto de vista da sustentabilidade e da busca pela igualdade social e econômica. A pandemia representa uma tendência epidemiológica, mas possui relações diretas com condições ambientais, socioeconômicas, culturais e coletivas. Com a configuração desta crise, várias fragilidades e desigualdades que já estavam presentes no território paulistano se agravaram. Para o campo da saúde global e sustentabilidade, um novo desafio se desenha: como propor soluções e respostas políticas que envolvam diversos atores e níveis da sociedade para reagir a essas profundas incertezas e complexidades no território deste município, conhecendo estes determinantes socioambientais complexos.

REFERÊNCIAS

- BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- BÓGUS, L.; PASTERNAK, S. (Orgs.). **São Paulo: transformações da ordem urbana**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.
- COMITÊ POPRUA - COMITÊ INTERSETORIAL DA POLÍTICA MUNICIPAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. 2022. **Publicações**. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/participacao_social/conselhos_e_orgaos_colegiados/comitepoprua/. Acesso em: 25 set. 2022.
- COSTA, S. da S. Pandemia e Desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 969-978, jul. - ago. 2020.
- DEÁK, C. Prefácio. O processo de urbanização no Brasil: Falas e façanhas. In: DEÁK, C.; SCHIFFER, S. R. (Orgs.). **O processo de urbanização no Brasil: Falas e façanhas**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2010. p. 9-18.

DIEESE - DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **O Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda diante dos impactos da Covid-19**. Nota Técnica, 232, 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/notatecnica/2020/notaTec232ProgramaEmergencialGoverno/index.html?page=1> Acesso em: 19 jun. 2022.

FERRAZ, C. S. **Entre Rios** - a urbanização de São Paulo. YouTube, 25 mai. 2011. Disponível em: <https://youtu.be/Fwh-cZfWNlc>. Acesso em: 19 jun. 2022.

FGV - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS; IBRE - INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA. **Boletim Macro**: Recuperação doméstica em curso, mas os desafios persistem. Nov., 2019.

FGV - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS; IBRE - INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA. **Boletim Macro**: A crise econômica se intensifica no Brasil e no mundo, ainda sem saídas claras. Abr., 2020.

FGV - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS; IBRE - INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA. **Boletim Macro**: Aumento da incerteza global e doméstica. Jul., 2022.

FIGUEIREDO, A. C. C.; XAVIER, G. H. S.; INSUELA, T. A. Planejamento urbano sustentável: A importância do entorno em um estudo para implantação de habitação de interesse social. **Revista Científica ANAP Brasil**, v. 14, n. 32, out. 2021. <https://doi.org/10.17271/19843240143220212881>.

GALINDO, J.; ARROYO, L. Os mapas da pandemia revelam as desigualdades na América Latina. **El País**, Bogotá, 04 ago. 2020.

GESTÃO URBANA SP. Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento. Prefeitura de São Paulo. **PIU Setor Central**. [2020]. Disponível em: <https://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/estruturacao-territorial/piu/piu-setor-central/> Acesso em: 20 set. 2022

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010, primeiros resultados**: aglomerados subnormais. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro, 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. N. 44. Rio de Janeiro, 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades, São Paulo- População**. Rio de Janeiro, 2022.

IOANNIDIS, J. P. A. et al. Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters. **Environmental Research**, v. 188, 109890, 2020.

LABCIDADE - LABORATÓRIO ESPAÇO PÚBLICO E DIREITO À CIDADE. **A invisibilidade da população de rua e de suas mortes por COVID-19 parece ter sido uma escolha**. Jan. 2022a. Disponível em: <http://www.labcidade.fau.usp.br/a-invisibilidade-da-populacao-de-rua-e-de-suas-mortes-por-covid-19-parece-ter-sido-uma-escolha/>. Acesso em: 02 ago. 2022.

LABCIDADE - LABORATÓRIO ESPAÇO PÚBLICO E DIREITO À CIDADE. **Coronavírus**. 2022b. Disponível em: <http://www.labcidade.fau.usp.br/especial-coronavirus/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

LOURENÇO, L. F. A.; CHIQUETTO, J. B. A vida urbana e a mobilidade: implicações atuais e futuras em tempos de pandemia. **Jornal da USP**, São Paulo, 01 out. 2020.

MARICATO, E. (Org.). **Metrópole na periferia do capitalismo: ilegalidade, desigualdade e violência**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MARQUES, E.; TORRES, H. (Orgs.). **São Paulo: segregação, pobreza e desigualdades sociais**. São Paulo: Senac, 2005.

MARQUES, T. H. N.; RIZZI, D.; FERRAZ, V.; HERZOG, C. P. Soluções Baseadas na Natureza: conceituação, aplicabilidade e complexidade no contexto latino-americano, casos do Brasil e Peru. **Revista LabVerde- Laboratório Verde**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 6-11, 2021.

MIRANDA, L. I. B (Org.). **As Metrôpoles e a Covid-19**. Dossiê Nacional: Volume II. Rio de Janeiro: Observatório das Metrôpoles, 2021.

MONTEIRO, S. Futuro do trabalho: Recuperação recente do emprego é puxada pela informalidade, e mudanças na estrutura do mercado podem levar ao aumento persistente da desigualdade. **Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 11, p. 24-33, nov. 2021.

PORTA, P. **História da cidade de São Paulo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

RECOVIDA. 2022. Disponível em: <https://recovida.com.br/>. Acesso em: 16 ago. 2022.

REDE NOSSA SÃO PAULO. **Mapa da desigualdade 2021**. São Paulo, 2021.

REIS FILHO, N. G. **São Paulo: Vila, cidade, metrópole**. São Paulo: Takano, 2004.

REIS-FILHO, J. A.; QUINTO, D. COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. **SciELO Preprints**, p. 1-26, 2020.

ROLNIK, R. **São Paulo: o planejamento da desigualdade**. São Paulo: Fósforo, 2022.

ROMERO-LANKAO et al. Urban transformative potential in a changing climate. **Nature Climate Change**, 8, p. 754-756, 2018. <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0264-0>

SALATA, A. R.; RIBEIRO, M. G. **Boletim Desigualdade nas Metrôpoles**. Porto Alegre, RS, n. 06, 2021. Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2022/01/BOLETIM_DESIGUALDADE-NAS-METROPOLES_06.pdf Acesso em: 10 abr. 2023.

SECOVI - SINDICATO DAS EMPRESAS DE COMPRA, VENDA, LOCAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE IMÓVEIS RESIDENCIAIS E COMERCIAIS DE SÃO PAULO. **Anuário do Mercado Imobiliário 2021**. 2021.

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. São Paulo. **Boletim Diário Covid-19 no MSP**. 2022. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=295572. Acesso em: 16 ago. 2022.

SOTTO, D. et al. Sustentabilidade urbana: dimensões conceituais e instrumentos legais de implementação. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 33, n. 97, p. 61-80, dez. 2019.

SOUZA, M. L. Desenvolvimento urbano: a problemática renovação de um “conceito”. **Problema Revista Território**, a. III, n. 5, p. 5-29, jul.- dez., 1998.

SPOSATI, A. O. (Org.). **Mapa de exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo**. São Paulo: Educ, 1996.

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Covid-19 no Brasil**. 2022.

VILLAÇA, F. **Espaço intraurbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel/Fapesp/Lincoln Institute, 1998.

VILLAÇA, F. Uma contribuição para a história do planejamento urbano no Brasil. In: DEÁK, C.; SCHIFFER, S. R. (Orgs.). **O processo de urbanização no Brasil: Falas e façanhas**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2010. p. 169-244.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Timeline: WHO's COVID-19 response**. 2022. Disponível em: [who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#event-72](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#event-72). Acesso em: 09 ago. 2022.

10

As migrações e o refúgio sob o prisma da Saúde Global: a gênese do Grupo de Trabalho do PPG em Saúde Global e Sustentabilidade da USP e do Centro de Relações Internacionais da Fiocruz¹

Ananda Melo King

Jameson Martins

Deisy de Freitas Lima Ventura

Marina Sujkowski

Harim Baek

Caio Murta Cesar

Júlia Moraes

¹Este capítulo reúne os principais resultados dos relatórios do Grupo de Trabalho sobre Migrações, Refúgio e Saúde Global, do PPG em Saúde Global e Sustentabilidade da FSP-USP, que compuseram os Cadernos do Centro de Relações Internacionais da Fundação Oswaldo Cruz (CRIS-Fiocruz) ao longo do ano de 2022. A versão completa dos Cadernos pode ser consultada em: <https://portal.fiocruz.br/cadernos-cris-informe-sobre-saude-global-e-diplomacia-da-saude>

INTRODUÇÃO

A liberdade de circulação internacional de pessoas é uma das promessas não cumpridas da globalização econômica. Mesmo antes da pandemia de Covid-19, dois terços da população mundial estavam impedidos de circular livremente em razão da exigência de vistos e outras autorizações de viagem (WITHOL DE WENDEN, 2012). Migrar exige recursos financeiros; vínculos familiares, inserção em redes ou em nichos de trabalho; conhecimentos de algum idioma que torne viável a circulação; e saúde suficiente para realizar deslocamentos que frequentemente implicam esforço físico e até risco de morte. Logo, apesar da intensa propaganda contrária às migrações e aos migrantes, a realidade é que 94,6% da população mundial reside no país onde nasceu (OIM, 2021).

A mera referência à saúde obriga a reconhecer o migrante ou o refugiado como uma pessoa cuja integridade física e mental deve ser levada em consideração. Quando analisadas sob a perspectiva sanitária, as políticas restritivas adotadas pelos Estados, cada vez mais pressionados pela ascensão de movimentos nacionalistas xenófobos, revelam sua verdadeira natureza: são promotoras de violações sistemáticas de direitos humanos. Porém, em muitos países, ainda que as extremas direitas não cheguem ao poder, a agenda conservadora acaba por influenciar negativamente o conjunto dos programas de governo nas disputas eleitorais, fazendo com que as políticas migratórias restritivas constituam o denominador comum de grande parte das forças políticas sobretudo nos países de alta renda.

Nos países de média e baixa renda, a ascensão das extremas direitas gera, em alguns deles, um mimetismo inquietante com os países ricos em relação aos temas de migração e refúgio. Eles também podem adotar políticas migratórias restritivas a depender da correlação de forças políticas, e as experiências positivas de acolhimento, de modo geral, são escassamente institucionalizadas e sofrem o impacto da alternância de poder em diversos níveis. Isto pode ocorrer com as políticas públicas de saúde destinadas a migrantes e refugiados ou, na ausência delas, com os temas relacionados ao acesso à saúde por migrantes e refugiados.

Nos últimos anos, a comunidade internacional tem reconhecido de forma crescente a importância da intersecção entre saúde global, migrações e refúgio, e com isso a necessidade de incrementar as iniciativas de cooperação internacional em saúde relacionadas a esta temática. Neste sentido, surge a necessidade de acompanhamento da agenda das organizações internacionais ligadas à saúde que se relaciona a migrações e refúgio, assim como das entidades especializadas em migrações e refúgio no que tange à saúde.

No PPG em Saúde Global e Sustentabilidade (PPG-SGS) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), essa intersecção se impôs como um tema de pesquisa incontornável. Entre outras iniciativas, surgiu a parceria com o Centro de Relações Internacionais da Fundação Oswaldo Cruz - CRIS/Fiocruz, cujo Observatório de Saúde Global e Diplomacia da Saúde realiza o acompanhamento da conjuntura política internacional, com ênfase nos campos da saúde global e diplomacia da saúde, visando internalizar o debate internacional nestas áreas, com foco nas comunidades políticas, técnico-científicas e de práticas da saúde pública, das relações internacionais e da diplomacia, assim como da sociedade civil em geral.

Desde 2020, o Observatório publica informes quinzenais, denominados Cadernos CRIS sobre Saúde Global e Diplomacia da Saúde (CC-SGDS), que apresentam os resultados do acompanhamento sistemático dos principais documentos, informes, declarações, relatórios, notas, comunicados, eventos, reuniões e notícias, que possam ser considerados orientações estruturais ou conjunturais das agências internacionais sobre seu campo de abrangência, particularmente quando relacionados com saúde (na sua conceituação ampliada), ou atualizações sobre ações das respectivas agências nos planos global, regionais e nacionais, assim como notícias na imprensa nacional e internacional e em periódicos especializados das áreas de saúde global e de diplomacia.

Organizados em cerca de vinte grupos sobre temas ou Estados específicos, os membros do Observatório se reúnem em sessões quinzenais de fechamento e discussão do conteúdo dos CC-SGDS. Composto por dezenas de pesquisadores da Fiocruz e de outras instituições, radicados em todo o Brasil e no exterior, o Observatório tem coordenação geral de Paulo Buss, Pedro Burguer e Erica Kastrup no CRIS/Fiocruz.

Em janeiro de 2022, o Observatório propôs ao PPG-SGS a criação de uma seção sobre Migrações, Refúgio e Saúde Global no informe quinzenal do Observatório. Para este fim, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) do PPG-SGS encarregado de conduzir a pesquisa que subsidiaria esta seção nos Cadernos CRIS/Fiocruz sobre Saúde Global e Diplomacia da Saúde.

No momento em que o PPG-SGS comemora sua primeira década, este capítulo tem por objetivo apresentar o GT e igualmente dar destaque aos principais temas presentes nos 23 informes quinzenais publicados pelo Grupo no ano de 2022. O texto se justifica pela necessidade de reconhecer a crescente importância da intersecção entre migrações, refúgio e saúde global. A produção destes informes só foi possível graças a existência de pesquisas voltadas a esta temática no seio do PPG-SGS, fruto de um longo percurso de pesquisa e extensão de alguns de seus professores credenciados, e da experiência sólida - de pesquisa e extensão ou profissional - de alguns de seus doutorandos nesta temática.

Também se justifica como exemplo exitoso de complementaridade entre pós-graduação e graduação, uma vez que os doutorandos do PPG-SGS coordenam o trabalho realizado por quatro alunos de três diferentes cursos de graduação da USP (Nutrição, Saúde Pública e Relações Internacionais). Ademais, é amostra da sinergia entre pesquisa e extensão, dado que os informes são elaborados em linguagem acessível ao grande público e estão disponíveis on-line, além de constituírem uma parceria do PPG-SGS com instituição de excelência internacional, que é a Fiocruz.

O GT baseou seus informes em documentos produzidos pelas três principais agências do sistema onusiano relacionadas à governança global da migração, do refúgio e da saúde, quais sejam, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, também se deu destaque aos temas abordados por diversos veículos da imprensa internacional e reconhecidas ONGs humanitárias, como Médicos sem Fronteiras e a Federação Internacional da Cruz Vermelha. Cada um dos estudantes de graduação se concentrou em uma das organizações citadas para coletar informações e redigir um sumário dos temas destacados da quinzena. Em seguida, os doutorandos coordenadores do GT editaram os textos para sua adequação formal e substancial, de modo a apresentá-los e discuti-los quinzenalmente nas reuniões do Observatório de Saúde Global e Diplomacia da Saúde. O resultado foi o acompanhamento crítico da agenda internacional relacionada ao tema.

TENDÊNCIAS GERAIS E GRANDES TEMAS

O ano de 2022 foi marcado pelo acirramento de algumas tendências globais relacionadas à mobilidade humana. Entre elas, o volume de deslocamentos forçados, que superou a marca de 100 milhões de pessoas ao fim de maio (UNHCR, 2022a), estimulado por numerosos conflitos armados prolongados ao redor do mundo em países como Etiópia, Burkina Faso, Mianmar, Nigéria, Afeganistão e República Democrática do Congo, além dos efeitos da crise climática sobre a insegurança alimentar em diversas regiões. A guerra deflagrada em fevereiro pela Rússia contra a Ucrânia, em particular, acelerou o número de deslocados internos e internacionais e repercutiu nos preços dos alimentos em outras partes do mundo, o que só incrementou os indutores da migração forçada.

O número recorde de deslocamentos forçados compõe um contexto mais amplo de mobilidade global, uma vez que o total de migrantes internacionais se elevou de 153

milhões a 281 milhões de pessoas entre 1990 e 2020, de acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2021). Ainda assim, trata-se de uma fração reduzida da população mundial (3,9%), que segue em sua maioria sedentária em seus países de origem.

Ao início de 2022, nosso primeiro informe dos Cadernos CRIS/Fiocruz identificava a manutenção, por parte de países desenvolvidos, de políticas migratórias restritivas à mobilidade, que recorrem continuamente ao fechamento e à hipervigilância de fronteiras, à detenção de pessoas em situação migratória irregular em centros de “retenção” que oferecem condições desumanas de abrigo e à banalização das políticas de dissuasão, que incluem a indiferença recorrente ao adoecimento e à morte massiva de migrantes. Tais políticas seguem vigentes, porém tiveram expostas as suas contradições pela guerra da Ucrânia, cujos cidadãos refugiados do conflito receberam a legítima proteção da comunidade internacional, em particular dos países vizinhos membros da União Europeia (UE). Esse tratamento ambíguo aos fluxos de refugiados e a perda contínua de vidas nas rotas migratórias internacionais, além da crescente influência da crise climática sobre os deslocamentos humanos, foram os grandes temas dos informes produzidos ao longo de 2022.

AMBIGUIDADE DA POLÍTICA MIGRATÓRIA EUROPEIA: OS UCRANIANOS E O “RESTO”

Imediatamente após a eclosão do conflito na Ucrânia, em fevereiro de 2022, foi notória a diferença entre o acolhimento oferecido aos refugiados de origem ucraniana e àqueles originários de regiões do Sul Global, especialmente África e Ásia. Diversos países da União Europeia, em particular os vizinhos à Ucrânia (Hungria, Polônia, Romênia e Eslováquia), declararam rapidamente seu apoio e solidariedade aos refugiados e puseram em marcha diversas medidas de acolhimento ao fluxo intenso e crescente vindo do país em conflito. O próprio ACNUR reconheceu e congratulou o bloco pelas medidas favoráveis à proteção das pessoas em deslocamento (UNHCR, 2022b), à medida que toda a UE propunha a facilitação da entrada e circulação dos refugiados no bloco.

É desta forma que se espera que o sistema internacional de proteção aos refugiados opere: os Estados devem manter suas fronteiras abertas àqueles que fogem dos conflitos armados; controles de documentos e de segurança devem ser relativizados, de modo que os que chegam sem documentos de viagem possam usufruir da proteção; medidas de detenção devem ser evitadas e os refugiados podem se juntar a suas famí-

lias ou redes de apoio em outros países, além de contar com apoio público das lideranças políticas e da sociedade civil local (GLOBAL DETENTION PROJECT, 2022). O acolhimento humanizado aos refugiados - brancos - ucranianos desnuda a hipocrisia da política migratória europeia, particularmente se a contrastamos com os discursos racistas e xenófobos dos mesmos líderes que ofereceram seu apoio sumário aos refugiados da Ucrânia em relação àqueles provindos do Oriente Médio e da África.

A mensagem do Alto Comissário das Nações Unidas para os Refugiados, Filippo Grandi, no Dia Internacional para a Eliminação da Discriminação Racial, 21 de março de 2022, deu o devido destaque ao contraste que mencionamos acima em relação ao tratamento de refugiados ucranianos e de outras nacionalidades. Grandi afirmou que “enquanto milhões ao redor do mundo se comoveram corretamente pelo sofrimento do povo ucraniano, as mesmas dificuldades - a mesma dor e tristeza, a mesma perda e angústia, o mesmo alívio por encontrar segurança” são experimentados por refugiados ao redor do mundo que também são dignos de compaixão e apoio. O Alto Comissário reconheceu as dificuldades de pessoas negras que tentavam fugir da Ucrânia, e de outras guerras ao redor do mundo, e não encontraram a devida proteção (UNHCR, 2022c). O próprio Diretor Geral da OMS, Tedros Adhanom, à mesma época, declarou que o racismo explicava a enorme diferença do foco midiático entre crises humanitárias sofridas por pessoas brancas e pessoas negras” (THE GUARDIAN, 2022).

Ao longo de 2022, os informes também se dedicaram a dar relevo a conflitos que encontraram pouca ou nenhuma repercussão internacional, a despeito do grande número de deslocados forçados que geram continuamente. Entre eles, destacamos:

- **Afeganistão:** Cerca de 3,4 milhões de pessoas estão deslocadas internamente no Afeganistão devido a conflitos. No total, aproximadamente 24 milhões em todo o país ainda precisam de apoio humanitário. Além disso, o sistema de saúde está passando por dificuldades por causa da pandemia de Covid-19 e um surto de sarampo.
- **Etiópia:** Na região do Tigray, em específico, a guerra vem ocasionando enormes letalidades, sendo considerada por alguns um genocídio, e por outros, a guerra mais fatal do momento. Segundo o diretor da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, “não há região no mundo em que a saúde de milhões de pessoas esteja mais em risco”. Isso se explica pelo fato de a Etiópia ser o segundo país mais populoso da África, pela brutalidade da guerra civil e pelo bloqueio da região de Tigray. Pesquisadores da Universidade belga de Ghent estimam que até meio milhão de pessoas tenham perdido a vida (entre 50 mil e 100 mil no conflito propriamente, entre 150 mil e 200 mil em decorrência da fome, e mais de 100 mil por falta de cuidados médicos) (GHOSH, 2022).

- **Venezuela:** Em outubro de 2022, havia mais de 7,1 milhões de refugiados e migrantes da Venezuela em todo o mundo, segundo estatísticas oficiais divulgadas pelos países anfitriões e compiladas pela Plataforma de Coordenação Inter-Agências para Refugiados e Migrantes da Venezuela (R4V, 2022). Mais de 80% estão hospedados em 17 países da América Latina e do Caribe. O número de refugiados e migrantes da Venezuela que enfrentam dificuldades no acesso a alimentos, moradia e emprego estável resultam em aproximadamente 4,3 milhões (UNHCR e IOM, 2022).
- **Síria:** Em 2022, com mais de 13 milhões de pessoas deslocadas (dos quais estimam-se 5,6 milhões de refugiadas em outros países), o fluxo migratório sírio ainda era um dos mais volumosos da atualidade. Em outubro de 2022, o país apresentou um surto de cólera após 15 anos, o que fragiliza ainda mais as condições sanitárias da população (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2022).
- **Haiti:** O Haiti passa por uma grave crise de insegurança política e social, potencializada pela frágil economia do país. Diversas regiões são controladas por milícias e gangues armadas, forçando milhares a deixar seu país de origem. A situação agrava ainda mais o cenário de destruição causado pelo terremoto que devastou grande parte do território em agosto de 2021, matando mais de 2.200 pessoas e destruindo mais de 50 unidades de saúde. Vale reiterar que o Haiti ainda se encontra em uma situação de grande fragilidade em decorrência do terremoto de janeiro de 2010, que matou mais de 200.000 pessoas, feriu mais de 300.000 e deixou mais de 1,5 milhão de desabrigados.
- **Sudão do Sul:** depois de aproximadamente uma década de conflito, a população do Sudão do Sul ainda sofre com violência, insegurança alimentar e impactos de grandes inundações, além da fragilidade gerada pela pandemia de Covid-19. O ACNUR pede por assistência financeira para proteger cerca de 2,3 milhões de refugiados do Sudão do Sul e as comunidades locais da República Democrática do Congo, Etiópia, Quênia, Sudão e Uganda.
- **Somália:** A seca alcançou níveis devastadores na Somália, elevando a 1 milhão o número de pessoas deslocadas dentro do país. Estima-se que o número de pessoas que enfrentam a fome na Somália aumente de cerca de 5 milhões para mais de 7 milhões nos próximos meses, agravado pelos efeitos das mudanças climáticas e pelo aumento dos preços dos alimentos devido ao conflito na Ucrânia (UNHCR e NRC, 2022).
- **Bangladesh:** Cerca de 937.000 pessoas já atravessaram a fronteira de Bangladesh, fugindo do Estado de Rakhine, em Myanmar. Esse movimento já ocor-

re há cinco anos e essas pessoas se encontram completamente dependentes de ajuda humanitária no maior campo de refugiados do mundo (IFRC, 2022a).

A extensão e a multiplicidade dos conflitos armados e de condições degradantes de vida ao redor do mundo revelam a urgência e o reforço que o sistema internacional de proteção a migrantes e refugiados necessita. A discrepância entre o tratamento atribuído aos deslocados ucranianos e aos de origem não-caucasiana evidenciou o caráter racial das políticas migratórias dos países de alta renda e a desigualdade forjada politicamente no acesso aos direitos humanos mais básicos das populações em deslocamento. Pode-se afirmar que o obstáculo para uma governança global efetiva das migrações não é a escassez de recursos, mas a falta de reconhecimento dos direitos de migrantes e refugiados.

MORTES EM DESLOCAMENTO

As mortes ao longo das rotas migratórias internacionais, em particular em direção a países desenvolvidos, foi outro tema recorrente dos informes do GT em 2022. As duas regiões do globo de maior letalidade para migrantes e potenciais solicitantes de refúgio são o mar Mediterrâneo e a fronteira México-Estados Unidos. Estas regiões concentram mais da metade das mortes de mais de 52 mil migrantes desde 2014 em todo o mundo (IOM, 2022), embora tais dados sejam reconhecidamente muito subestimados. Observa-se que há uma correlação direta entre a abordagem securitária das políticas migratórias restritivas da União Europeia e dos EUA e o volume inaceitável de óbitos nas linhas fronteiriças que os separam de países de menor renda. Por ação direta ou omissão deliberada de seus governos, milhares de pessoas são expostas aos riscos de travessias extremamente perigosas e frequentemente fatais.

Entre o fim de 2021 e o início de 2022 repercutiram mais casos de naufrágios mortais no mar Mediterrâneo, de embarcações lotadas de potenciais solicitantes de refúgio provenientes de países do Oriente Médio (Síria e Afeganistão, em particular), que partem de portos da Turquia em direção à Itália, tentando desviar dos controles fronteiriços europeus nas costas das ilhas gregas (RAFENBERG, 2021). Trata-se de rotas marítimas ainda mais perigosas do que aquelas que levam à Grécia, conduzidas por atravessadores que chegam a cobrar 9 mil euros de seus passageiros. As autoridades gregas acusam a Turquia da falta de controle sobre esse trânsito, que partiria de grandes portos turcos em direção à Itália, passando pelo Mar Egeu e o sul da ilha de Creta.

O cenário se repete do outro lado do mar Mediterrâneo, onde estima-se que 4.404 vítimas fatais pereceram em naufrágios tentando alcançar a costa espanhola em 2021 (CAMINANDO FRONTERAS, 2021) e no Canal da Mancha, entre França e Reino Unido (FAULKNER e LEE, 2021). Esses casos são mais uma demonstração do quanto os controles fronteiriços ostensivos da UE têm por consequência mais direta a elevação do número de mortes em suas fronteiras, uma vez que as causas fundamentais dos fluxos - conflitos armados e terríveis violações de direitos humanos nos países de origem - não encontram solução imediata e, até certo ponto, são alimentados por interesses dos mesmos Estados que reforçam as fronteiras contra a chegada de potenciais solicitantes de refúgio.

Em junho de 2022, durante a 9ª Cúpula das Américas que reuniu as lideranças dos países do continente americano na cidade de Los Angeles (EUA), foi assinada a Declaração de Los Angeles sobre Migração e Proteção (THE WHITE HOUSE, 2022). Os Estados Unidos, em particular, se comprometeram com a admissão de 20 mil refugiados da América Latina nos próximos dois anos e a emissão de vistos temporários de trabalho em 11,5 mil para a América Central e o Haiti. Esses números ainda representam uma fração muito pequena dos migrantes que tentam atravessar a fronteira a partir do México, um fluxo que alcançou um milhão de pessoas em 2022.

A administração Biden ainda preserva medidas mais duras de contenção da migração do governo Trump, incluindo a restrição de entrada por questões de saúde pública baseada na pandemia de Covid-19, o chamado *Título 42*. Essa política instruiu que as autoridades de fronteira dos EUA impedissem a entrada de requerentes de refúgio e outros imigrantes sem documentos. A expulsão é efetuada sem que os migrantes tenham acesso ao processo de triagem de refúgio exigido por lei. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) planejava retirar a restrição no fim de maio, mas foi impedido pela decisão de um juiz federal (THE NEW YORK TIMES, 2022). O *Título 42* levou à expulsão de mais de 17.700 pessoas dos Estados Unidos de janeiro de 2021 a abril de 2022, de acordo com informações da Alfândega e Proteção de Fronteiras.

MOBILIDADE E CRISE CLIMÁTICA

Sabe-se que as mudanças climáticas já têm e terão ainda mais impacto sobre a saúde humana nos próximos anos, devido a fatores como o surgimento de epidemias/ pandemias, a redução da qualidade do ar e da água, as mortes por ondas de calor e por “empurrar” populações para viver em ambientes insalubres. Para além desses pontos,

é importante considerar a crise climática como grande geradora de fluxos migratórios forçados ao redor do mundo.

Segundo a Organização Meteorológica Mundial, já são mais de quatro bilhões de pessoas em situação vulnerável devido a essas mudanças, e de acordo com a ONU, são 30 milhões de deslocamentos registrados devido a ocorrências climáticas. Além de desastres climáticos, o aumento da temperatura média da Terra também está relacionado ao início de conflitos, como, por exemplo, a disputa pela água escassa em regiões do Burkina Faso, que tem impactado negativamente a vida e o bem-estar da população local.

Conforme relatório da Federação Internacional da Cruz Vermelha, nenhum dos 30 países mais vulneráveis aos efeitos da crise climática está entre os 30 maiores receptores de financiamento de adaptação (*per capita*), ou seja, as comunidades mais afetadas não estão recebendo ajuda suficiente (IFRC, 2022b). Com isso, além de ser urgente frear abruptamente a poluição e a destruição do meio ambiente, é preciso também dar a ajuda necessária às comunidades que dela precisam.

Deve ser sublinhado que 86% dos desastres dos últimos 10 anos foram causados por mudanças climáticas, matando 410 mil pessoas diretamente e afetando outro 1,7 bilhão de pessoas. Além disso, o IPCC demonstrou que mais de 3,3 bilhões de pessoas estão vivendo num contexto de vulnerabilidade climática.

O ACNUR fez um apelo à inclusão de refugiados e deslocados no documento final da COP (Conference of the Parties) 27, em novembro passado. Refugiados e deslocados estão entre os mais expostos à crise climática. Muitos buscam segurança em países que menos contribuíram para a mudança climática, mas têm menos recursos para se adaptar. Além disso, os deslocados esperam participar nas mesas de negociação da COP 28 para garantir que as decisões não sejam tomadas por eles sem eles (UNHCR, 2022d).

Conforme o relatório “*Da reação à ação: antecipando pontos críticos de vulnerabilidade no Sahel*”, se a emergência climática continuar de maneira desenfreada, acabará colocando as comunidades sahelianas em situação de maior perigo, sob enchentes devastadoras, secas e ondas de calor que dificultam o acesso à água, alimentos, meios de subsistência e aumentam o risco de conflitos. Este contexto forçará cada vez mais pessoas a deixarem seus lares.

Em 2022, em particular, o Paquistão e o Sudão do Sul foram países duramente atingidos por longos períodos de chuvas torrenciais e suas devastadoras consequências. No Paquistão, aproximadamente 33 milhões de pessoas foram afetadas, das quais 6,4 milhões tiveram que deixar suas residências, necessitando de abrigo, alimentação e demais itens de necessidades essenciais, além de mais de mil mortes entre junho e agosto de 2022 (AFRIDI, 2022). No Sudão do Sul, mais de 900 mil pessoas foram diretamente

afetadas pelas chuvas, pois as águas varreram casas e animais e inundaram grandes áreas de terras agrícolas, agravando a emergência alimentar, e submergiram poços e latrinas, contaminando as fontes de água e aumentando os riscos de surtos de doenças (UNHCR, 2022e).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento desta temática sob o prisma da saúde global pode ser decisivo para o futuro das migrações e do refúgio pois o enfoque da saúde muda automaticamente os termos do debate sobre mobilidade humana.

A experiência de liderança deste grupo de pesquisa para os doutorandos trouxe uma perspectiva mais concreta para suas análises e temas de pesquisa, o que ocorreu também com os estudantes da graduação. Dada a intensidade e a gravidade dos muitos fluxos migratórios ocorridos em 2022, potencializadas pela pandemia de Covid-19, a produção de textos para a comunidade acadêmica e para o público em geral foi considerada de grande relevância por permitir a divulgação de conhecimento atual - “em tempo real” - através dos informes, que possuem um alcance considerável junto a grupos de interesse pelos temas da migração, saúde global e do acesso à saúde como direito humano.

Como ficou demonstrado nas seções anteriores, as respostas humanitárias promovidas pela comunidade internacional, vistas sob o prisma da saúde, revelam sua incipiência diante dos imensos desafios cotidianos que migrantes e refugiados enfrentam, assim como os governos e as sociedades. De modo geral, os programas internacionais enfrentam resistências dos Estados. Muitas ações carecem de sustentabilidade e frequentemente limitam-se ao assistencialismo, fundado em valores que atentam contra a dignidade humana. A compaixão diante do sofrimento pode ser despolitizada, e acompanhada de uma espécie de condescendência ao agir “em nome da humanidade”, sem reconhecer as inequidades e a violência que acompanham o cuidado em numerosas ações humanitárias (BIEHL, 2016).

Imbuídos de uma abordagem crítica da saúde global, os informes do GT para os Cadernos CRIS/Fiocruz levantaram dados e programas relevantes das principais organizações internacionais implicados nos temas da seção, a fim de subsidiar debates e acompanhar sua evolução ao longo de 2022. A colaboração entre o PPG-SGS e o CRIS/Fiocruz fornece assim as bases para incluir os temas dessa agenda em círculos acadêmicos e profissionais e elevá-los à importância que possuem no âmbito internacional.

REFERÊNCIAS

- AFRIDI, K. **Inundações desastrosas no Paquistão afetam cidadãos e refugiados**. UNHCR. 2 set. 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/2022/09/02/inundacoes-deixam-milhoes-de-pessoas-desabrigadas-no-paquistao/>. Acesso em: 5 set. 2022.
- BIEHL, J. Theorizing global health. **Medicine Anthropology Theory**, v. 3, n. 2, p. 127-142, 2016. <https://doi.org/10.17157/mat.3.2.434>.
- CAMINANDO FRONTERAS. **Monitoreo del Derecho a la Vida en la Frontera Occidental Euroafricana** - Año 2021. Caminando Fronteras, 20 dez. 2021. Disponível em: https://caminandofronteras.org/wp-content/uploads/2022/01/MONITORE-DALVES_v05.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.
- FAULKNER, D.; LEE, D. Channel deaths: More boats arrive after 27 people drown. **BBC News**, 25 nov. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/uk-59412329>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- GHOSH, B. The world's deadliest war isn't in Ukraine, but in Ethiopia. **Bloomberg**, 25 mar. 2022. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/opinion/articles/2022-03-22/ethiopia-s-war-toll-grows-as-the-world-looks-away>. Acesso em: 28 mar. 2022.
- GLOBAL DETENTION PROJECT. **The Ukraine Crisis** - Double Standards: Has Europe's Response to Refugees Changed? 02 mar. 2022. Disponível em: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GDP%20Ukraine%20Crisis%2002.03.2022.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.
- IFRC - INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES. **Nearly 1 million still await life at the world largest displacement camp**. IFRC, 23 ago. 2022. 2022a. Disponível em: <https://www.ifrc.org/press-release/nearly-1-million-still-await-life-world-largest-displacement-camp>. Acesso em: 26 ago. 2022.
- IFRC - INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES. **COP27: The world cannot afford another set of vague promises, warns IFRC**. 2022b. Disponível em: <https://www.ifrc.org/press-release/cop27-world-cannot-afford-another-set-vague-promises-warns-ifrc>. Acesso em: 1 nov. 2022.
- IOM - INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Missing Migrants Project**. IOM. 15 nov. 2022. Disponível em: <https://missingmigrants.iom.int/sites/g/>

files/tmzbd1601/files/publication/file/2022%2050k%20deaths.pdf . Acesso em: 18 nov. 2022.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. **Síria tem primeiro grande surto de cólera em 15 anos.** Médicos Sem Fronteiras, Notícias, Brasil, 18 out. 2022. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/siria-tem-primeiro-grande-surto-de-colera-em-15-anos/>. Acesso em: 21 out. 2022.

OIM - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **World Migration Report 2022.** 1º de dezembro de 2021. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>. Acesso em: 30 jan. 2022.

R4V - INTER-AGENCY COORDINATION PLATFORM FOR REFUGEES AND MIGRANTS FROM VENEZUELA. R4V Latin America and the Caribbean, Venezuelan Refugees and Migrants in the Region. **Refugees and migrants from Venezuela.** 12 dec. 2022. Disponível em: <https://www.r4v.info/en/refugeeandmigrants>. Acesso em: 15 dec. 2022.

RAFENBERG, M. En Grèce, migrants et passeurs empruntent des routes plus périlleuses. **Le Monde**, 30 dez. 2021. Disponível em: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/12/30/en-grece-migrants-et-passeurs-empruntent-des-routes-plus-perilleuses_6107733_3210.html . Acesso em: 23 jan. 2022.

THE GUARDIAN. **Who chief blames racism for greater focus on Ukraine than Ethiopia.** 13 abr. 2022. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2022/apr/13/who-chief-tedros-ukraine-ethiopia-tigray>. Acesso em: 15 abr. 2022.

THE NEW YORK TIMES. Judge Orders Government to Continue Migrant Expulsions on Border. GOODMAN, D. e JORDAN, M. **The New York Times**, 20 mai. 2022. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2022/05/20/us/title-42-border-migrants-court.html?searchResultPosition=4>. Acesso em: 23 mai. 2022.

THE WHITE HOUSE. Los Angeles Declaration on Migration and Protection. **The White House**, 10 jun. 2022. Disponível em: <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/06/10/los-angeles-declaration-on-migration-and-protection/>. Acesso em: 13 jun. 2022.

UNHCR - UN REFUGEE AGENCY. **Ukraine, other conflicts push forcibly displaced total over 100 million for the first time.** 2022a. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/press/2022/5/628a389e4/unhcr-ukraine-other-conflicts-push-forcibly-displaced-total-100-million.html>. Acesso em: 23 mai. 2022.

UNHCR - UN REFUGEE AGENCY. **UNHCR's Grandi praises Europe's welcome for refugees fleeing Ukraine.** 2022b. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/>

press/2022/3/62278f8e4/news-comment-unhcrs-grandi-praises-europes-welcome-refugees-fleeing-ukraine.html. Acesso em: 08 mar. 2022.

UNHCR - UN REFUGEE AGENCY. **High Commissioner's message on the international day for the elimination of racial discrimination.** 2022c. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/press/2022/3/62370dc44/high-commissioners-message-international-day-elimination-racial-discrimination.html>. Acesso em: 22 mar. 2022.

UNHCR - UN REFUGEE AGENCY. **UNHCR: Refugees and displaced people need seats at COP28 table.** 2022d. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/briefing/2022/11/637746ec315/unhcr-refugees-displaced-people-need-seats-cop28-table.html>. Acesso em: 21 nov. 2022.

UNHCR - UN REFUGEE AGENCY. **Devastation in South Sudan following fourth year of historic floods.** 2022e. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/briefing/2022/10/635251694/devastation-south-sudan-following-fourth-year-historic-floods.html>. Acesso em: 24 out. 2022.

UNHCR - UN REFUGEE AGENCY; IOM - INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Three quarters of refugees and migrants from Venezuela struggle to access basic services in Latin America and the Caribbean.** Press Release. UNHCR, 12 de out. 2022. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/press/2022/10/63467b384/three-quarters-refugees-migrants-venezuela-struggle-access-basic-services.html>. Acesso em: 15 out. 2022.

UNHCR - UN REFUGEE AGENCY; NRC - NORWEGIAN REFUGEE COUNCIL. **One million people displaced by drought in Somalia.** UNHCR, 11 de ago. 2022. Press Release. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/press/2022/8/62f4c3894/million-people-displaced-drought-somalia.html>. Acesso em: 14 ago. 2022.

WITHOL DE WENDEN, C. Les dynamiques migratoires dans le monde. **Humanitaire**, n. 33, 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/humanitaire/1412>. Acesso em: 30 jan. 2022.

The background of the page is a solid orange color, overlaid with several semi-transparent, stylized virus particles. These particles are spherical with numerous protruding spikes or filaments, resembling coronaviruses or similar pathogens. They are scattered across the page, with some appearing larger and more detailed than others, creating a sense of depth and movement.

11

Da AH1N1 à Mpox: a sustentabilidade como elemento central de uma resposta democrática às emergências internacionais de saúde

Deisy de Freitas Lima Ventura
Danielle Hanna Rached

Se voltarmos à normalidade é porque não valeu nada a morte de milhares de pessoas (KRENAK, 2020, p. 9)

INTRODUÇÃO¹

As respostas da comunidade internacional e dos Estados às emergências de saúde são frequentemente apresentadas como uma sucessão de períodos de “guerra” intercaladas por “tréguas”, como se a cessação temporária de episódios de propagação de uma doença pudesse corresponder a períodos de apaziguamento de ameaças à saúde global (VENTURA, 2016). Pelo contrário, quando as respostas conjunturais não são acompanhadas pelo confronto permanente das causas destes fenômenos com vista à promoção de mudanças estruturais, vale perguntar, ao final de cada “guerra”, quem estaria realmente a salvo.

Um exemplo perfeito da abordagem “ciclótica” das emergências de saúde (no sentido de alternar momentos de ação e inação) é a singularização da pandemia de Covid-19. Aspectos dessa crise de saúde, muitas vezes percebidos como novos, já estão inequivocamente presentes em emergências anteriores. A ausência de perspectivas que levem em conta a longa e valiosa experiência acumulada na história das epidemias serve para sustentar o mito da imprevisibilidade da pandemia em curso, amplamente difundida na opinião pública. Pelo contrário, os fenômenos pandêmicos têm sido cuidadosamente antecipados pela literatura científica, por organismos internacionais – como a Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo Banco Mundial, pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e pela Organização Mundial para a Proteção da Saúde Animal (OIE), entre outros – e até mesmo em planos de resposta de vários Estados². A singularização das emergências nos impede de pensar no que elas têm em comum, tanto em suas causas profundas, quanto nas respostas que lhes são destinadas, deixando de compreender sua inserção nos processos econômicos, políticos e sociais e a forma como as instituições e sociedades têm reagido a essas crises (BERGERON et al., 2020).

Entre as principais lições de emergências anteriores, que são sistematicamente negligenciadas, estão as abundantes evidências de vários campos do conhecimento, relacio-

¹ Este capítulo é uma versão traduzida, atualizada, revista e ampliada do original em espanhol “La sustentabilidad como elemento clave de una respuesta a las emergencias internacionales de salud”, publicado em von Bogdandy, A., Malamud, A., Antoniazzi, M. M. (eds), Ripplinger, A. (Coord.), *La democracia ante la pandemia. Transformaciones interamericanas*. Buenos Aires/Heidelberg: Katz Editores/Max Planck Institute, 2022, p.33-56. Além de traduzido para o português, o texto foi modificado para tratar da superveniente emergência internacional relativa à Mpox, declarada após a publicação do original, assim como uma seção relativa à *accountability*. As autoras agradecem aos editores a autorização para publicação.

² Entre a imensurável documentação correspondente à previsão de fenômenos pandêmicos, destaca-se o exemplo de Felix Stein e Devi Sridhar, que chegam a falar criticamente de um “mercado de risco pandêmico” cuja criação foi liderada pelo Banco Mundial, em ‘Health as a “global public good”: creating a market for pandemic risk’ (2017).

nadas à “doenças do Antropoceno”, no sentido de que são essencialmente decorrentes da intervenção do ser humano no planeta: “o que vale para o clima, para o meio ambiente, vale igualmente para as doenças infecciosas, principalmente para as emergentes” (SANSONETTI, 2020).

Com a intenção de contribuir para a formulação de respostas mais eficientes às crises de saúde atuais e futuras, este capítulo busca demonstrar o vínculo entre *sustentabilidade*, *democracia* e *emergências internacionais de saúde*. Vale a pena especificar, no âmbito desta abordagem, o significado de cada um destes termos.

A *sustentabilidade* é compreendida como a chave para o enfrentamento das crises sanitárias em duplo sentido: manutenção da consistência e continuidade na preparação da resposta às emergências após o seu término, especialmente por meio da efetivação do direito à saúde e; uma perspectiva para abordar as causas estruturais das pandemias relacionadas ao meio ambiente (VENTURA et al., 2020).

A *democracia*, por sua vez, será tratada neste capítulo de duas formas. A primeira, mais ampla, remete ao conjunto de valores mínimos estabelecidos na tradição jurídica que se construiu na América Latina, sobretudo por intermédio dos mecanismos regionais de controle do cumprimento das obrigações dos Estados, em especial o sistema interamericano de proteção aos direitos humanos, referida pela doutrina jurídica como *Ius Commune*. Assim, tomaremos a ideia de “teste democrático”, surgida na literatura sobre os direitos humanos, como um “quadro de referência para analisar o equilíbrio entre democracia, estado de direito e a salvaguarda de todos os direitos humanos face à pandemia” (ANTONIAZZI, 2021, p. 15). Sob este prisma, uma “resposta democrática” às emergências pode ser entendida como uma ação dos Estados, organismos internacionais, setor privado e sociedade civil que leve em consideração as “linhas vermelhas” que os Estados não podem ultrapassar, em particular o respeito aos direitos humanos e liberdades fundamentais, a sujeição do exercício do poder ao Estado de Direitos, a realização periódica de eleições por meio de sufrágio universal e secreto como expressão da soberania popular, o regime político pluripartidário, entre outros postulados fundamentais que foram afirmados ao longo dos anos pelo acervo jurídico interamericano.

A segunda forma de tratar a democracia que mobilizaremos neste capítulo levará em conta a noção de *accountability* política, a fim de dialogar com uma literatura tão importante quanto imprecisa, que ganha espaço sobretudo nos círculos internacionais de debate sobre esta temática. Para os fins de análise, consideramos que há um regime de *accountability* quando os detentores do poder têm seu poder limitado pelas expectativas, instruções ou participações de um ou vários agentes externos, sendo obrigados a prestar contas pelo que fizeram ou deixaram de fazer (RACHED, 2021). A partir desta definição minimalista, ainda de forma embrionária, trabalharemos algumas dimensões

da *accountability* política que podem ajudar a compreender o quanto é preciso avançar na regulamentação da resposta às pandemias, principalmente no que se refere às questões ambientais. Finalmente, as *emergências de saúde pública de importância internacional* constituem uma nova categoria jurídica criada pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (OMS, 2016), adotado em 2005, no âmbito da OMS. Elas foram definidas como um “evento extraordinário” que “constitui um risco para a saúde pública de outros Estados devido à propagação internacional de uma doença e pode exigir uma resposta internacional coordenada” (Artigo 1º). De acordo com a mesma norma, uma doença “significa qualquer enfermidade ou condição médica, qualquer que seja sua origem ou proveniência, que acarrete ou possa acarretar danos significativos ao ser humano”.

O RSI faz parte do “direito da OMS”, cujas normas se baseiam sobretudo na expertise que costumam ser precisas e permitem que um número expressivo de questões críticas seja considerado, ainda que encontrem certa dificuldade de cumprimento pelos Estados (BOGDANDY e VILLARREAL, 2020). Em vigor desde junho de 2007 em 196 Estados, a versão atual do RSI produziu uma lei de emergência, de caráter transversal, como uma interseção entre o direito internacional e o interno, além da cooperação internacional (VENTURA, 2013). Trata-se de um mecanismo complexo que permite à OMS declarar estado de emergência sem autorização prévia dos Estados (em particular do Estado ou Estados onde for detectada a existência de um evento extraordinário), não propriamente com o apoio de órgãos deliberativos intergovernamentais, mas de comitês de especialistas escolhidos pela OMS de forma autônoma (e até opaca).

As emergências de saúde pública de interesse internacional serão referidas simplesmente como emergências neste capítulo. Até o momento, sete delas já foram declaradas: a pandemia de gripe AH1N1 (2009-2010), os surtos de Ebola na África Ocidental (2014-2015) e na República Democrática do Congo (2019-2020), a poliomielite (desde 2014), a síndrome congênita pelo vírus da Zika no Brasil (2016), a pandemia de Covid-19 (desde 2020) e Mpox (desde 2022).

Chamamos a atenção para o fato de que a emergência relativa ao Mpox foi declarada ainda durante a pandemia de Covid-19, em cabal manifestação de que o imenso impacto social, econômico e político desta emergência está longe de ser suficiente para evitar novas crises. Tamanho é o déficit de aprendizagem com a experiência da Covid-19, que a OMS passou os quatro meses iniciais da emergência do Mpox referindo-se oficialmente à doença como “varíola dos macacos”, descumprindo as suas próprias diretrizes que vedam o uso de nome de animais na denominação das enfermidades, devido ao caráter estigmatizante desta prática. Os ataques violentos contra macacos no Brasil comprovam a pertinência destas diretrizes e os riscos que seu descumprimento implica

(PODER360, 2022). Somente em novembro de 2022, após intensa pressão de entidades e especialistas, a OMS providenciou uma nova denominação (WHO, 2022).

De forma não exaustiva, este capítulo procura identificar as principais interfaces entre sustentabilidade, democracia e emergências, por meio da análise de emergências previamente declaradas pela OMS, e explora os seguintes eixos:

- 1) origem ambiental das doenças que levaram às emergências anteriores;
- 2) reconhecimento do déficit de sustentabilidade nas respostas internacionais e nacionais às emergências, no já referido duplo sentido de sustentabilidade;
- 3) exemplos de respostas a emergências anteriores, ou dos seus efeitos, com potencial dano à democracia e aos direitos humanos; e
- 4) dimensões da *accountability* política que podem ser exploradas no planejamento da resposta às emergências de saúde.

Em forma de ensaio, este texto tem como referencial teórico os estudos críticos da saúde global, cujo objetivo é construir um conhecimento interdisciplinar, com análises geograficamente vastas das constelações de poder, instituições, processos e ideologias que influenciam a forma e no âmbito dos processos relacionados à saúde e à doença (BIEHL, 2016).

ASPECTOS AMBIENTAIS NA ORIGEM DAS EMERGÊNCIAS

A origem biológica do Sars-Cov-2 ainda é cercada de incertezas (HOLMES et al., 2021). Sua origem geográfica amplamente conhecida (detectada pela primeira vez na China, país que também foi o primeiro epicentro da pandemia) gerou imensas repercussões diplomáticas, geopolíticas e até eleitorais em alguns países³. Conseqüentemente, a disseminação de expressões como “vírus chinês”, entre outras expressões altamente estigmatizantes⁴, tem estimulado a discriminação contra descendentes de asiáticos em

³ Por exemplo, a clara exploração da rivalidade sino-americana por parte do governo de Donald Trump, especialmente no início da crise sanitária, Bernal-Meza (2021).

⁴ O estigma social no contexto da saúde se dá por meio da associação negativa entre uma pessoa ou um grupo de pessoas que compartilham determinadas características e uma doença específica. Em um surto isso pode significar que as pessoas sejam tratadas separadamente e/ou experimentem uma perda de status, o que pode afetar tanto a pessoa doente quanto seus cuidadores, suas famílias, amigos e comunidades, bem como pessoas que compartilham algumas características com esse grupo WHO (2020).

todo o mundo, entre outras violações de direitos⁵. As práticas discriminatórias trazem prejuízos, o que explica que em 2015 a OMS, a FAO e a OIE tenham adotado conjuntamente diretrizes sobre a nomenclatura das novas doenças infecciosas que afetam os seres humanos, proibindo-as de aludir a localizações geográficas (cidades, países, regiões, continentes); nomes de pessoas, espécies animais ou alimentos; referências culturais, demográficas, industriais ou trabalhistas; ou termos que despertam medo (como desconhecido, fatal, mortal, etc.) (WHO, 2015).

Nesse sentido, relembrar a origem da pandemia anterior com mais frequência no debate público poderia ajudar a minimizar a exploração política e elevar o nível do debate sobre a origem do Sars-Cov-2. Do ponto de vista geográfico, os primeiros casos em humanos foram relatados nos Estados Unidos e no México, levando à declaração de emergência que acionou o mecanismo do RSI pela primeira vez, em abril de 2009 (WHO, 2009). Dizer hoje que o novo coronavírus é “chinês” seria equivalente a chamar o AH1N1 de “mexicano”, “californiano”, “texano” ou “norte-americano” simplesmente porque os primeiros casos foram relatados nos Estados Unidos (nos Estados da Califórnia e Texas) e no México (VENTURA, 2020).

Mas o esforço crítico mais relevante para os propósitos deste ensaio está relacionado aos aspectos biológicos e econômicos da crise. Em primeiro lugar, deve ser lembrado que o vírus Influenza AH1N1, que causou a emergência declarada em 2009-2010, é um descendente de quarta geração do vírus que causou a pandemia de 1918-1919 (conhecida como “gripe espanhola”, embora tenha surgido em local desconhecido); sua complexa história evolutiva é caracterizada pela mistura genética que ocorre tanto entre vírus adaptados a aves e suínos, quanto entre vírus humanos (MORENS et al., 2009). Assim, no caso específico da pandemia de 2009-2010, a influenza AH1N1 deriva de vários vírus que circulavam em suínos, cuja transmissão inicial para humanos ocorreu meses antes do reconhecimento oficial do surto, chamando a atenção para o já conhecido papel dos suínos domésticos no ecossistema da gripe AH1N1 (SMITH et al., 2009).

A mutação do vírus da gripe suína e sua relação com a forma de produção animal, que consiste em concentrar um grande número de animais em espaços muito reduzidos, já aparecia na literatura científica há muitos anos (WUETHRICH, 2003). Uma variedade crescente de novos subtipos de influenza, capazes de infectar humanos, resulta de uma globalização concomitante do modelo industrial de produção de aves e suínos, uma vez que a pecuária industrial se espalhou pelo mundo desde suas origens no sudoeste

⁵ Nos Estados Unidos, por exemplo, o aumento dos crimes de ódio contra a população de origem asiática durante a pandemia levou o Presidente Joe Biden a adotar, em maio de 2021, um regulamento com vista a facilitar a denúncia deste tipo de crime, v. COVID-19 Hate Crimes Act. El aumento de violaciones similares se verifica igualmente en otros países, v. Ng, (2021).

dos Estados Unidos (WALLACE, 2020). Populações hospedeiras muito densas, resultantes da urbanização e da agricultura, podem levar à evolução de parasitas mais virulentos e, em alguns casos, populações hospedeiras mais resistentes, pois as atividades humanas reduzem a diversidade genética ou impõem estresse aos parasitas. Os hospedeiros podem prejudicar sua capacidade de adaptação a doenças ameaças, enquanto as respostas evolutivas dos parasitas podem frustrar os esforços biológicos de controle e gerenciamento de doenças (ROGALSKI et al., 2017). Assim, foi criado um ecossistema global dominado por humanos que serve como um verdadeiro *playground* para o surgimento e troca de hospedeiros de vírus animais (MORENS et al., 2020), especialmente vírus geneticamente propensos a erros que evoluem a uma velocidade vertiginosa, o que explica por que o aparecimento de zoonoses é cada vez mais visto⁶. A monocultura intensiva, tanto na pecuária quanto na agricultura, também promove o desmatamento e outros empreendimentos que aumentam o alcance taxonômico do transbordamento de patógenos de animais silvestres para os de pecuária e destes para os trabalhadores do setor (WALLACE, 2020).

Portanto, em 2009, quando surgiram os primeiros surtos de gripe AH1N entre humanos na América do Norte, o primeiro nome dado à doença foi “gripe suína”. Vários países passaram a proibir a importação de suínos e derivados, ou a destruir seus rebanhos, à semelhança do que aconteceu em outras crises – entre 2003 e 2007, por exemplo, mais de 20 países da Ásia, África e Europa notificaram casos de gripe aviária em animais, causando o abate de aproximadamente 1,5 milhão de aves para evitar a propagação do vírus (ANDRADE et al., 2009).

Devido à pressão do setor suíno, a OMS, a FAO e a OIE concordaram oficialmente em mudar o nome da doença para influenza ou Influenza AH1N1. A mudança minimizou o impacto negativo da disrupção comercial que afetou grandes produtores, mas também pequenos produtores ao redor do mundo (VALLAT, 2009). No entanto, os aspectos positivos da nova denominação devem ser temperados pela ocultação da verdadeira origem da doença, que promove a ideia de que a gripe é um problema biomédico, isolado dos processos sociopolíticos e econômicos de que resulta. Existe, assim, uma certa decisão política de “eliminar a responsabilidade que recai sobre uma

⁶ As zoonoses ou doenças zoonóticas “são doenças que são transmitidas dos animais – nomeadamente gado, animais selvagens e domésticos – às pessoas e vice-versa. Eles podem trazer sérios riscos à saúde humana e animal e podem ter efeitos de longo alcance nas economias e nos meios de subsistência. Eles normalmente se propagam na interface homem-animal-ambiente, onde pessoas e animais interagem uns com os outros em seu ambiente comum. (...) podem ser transmitidas por alimentos, água ou vetores, por contato direto com animais ou, indiretamente, por fômites ou contaminação ambiental. (...) abrange: ocorrências e emergências de doenças zoonóticas; zoonoses endêmicas; zoonoses novas ou emergentes; outras ameaças na interface homem-animal-ambiente, como as relacionadas à resistência antimicrobiana e segurança alimentar” (OMS et al., 2019).

forma de produção pecuária de risco, responsabilizando, em vez disso, o indivíduo que potencialmente se envolve em comportamentos de risco” (SY e SPINELLI, 2016, p. 1).

Para além das formas globalizadas de produção, a dimensão alcançada pela emergência do vírus Ebola na África Ocidental (2014-2015) coloca a questão da degradação ambiental de forma mais ampla. A febre hemorrágica do Ebola é uma zoonose transmitida acidentalmente pelo contato direto com animais infectados, vivos ou mortos (POURRUT et al., 2005). Nesta região, como em tantas outras do planeta, a pobreza leva as pessoas cada vez mais a ampliarem o leque de atividades para sobreviver, entrando na selva para ampliar a variedade de espécies e o território disponível para a caça, em busca de madeira para produzir carvão ou minerais para extração, aumentando o risco de exposição ao vírus Ebola e outros patógenos (BAUSCH e SCHWARZ, 2014).

No epicentro do surto de Ebola, considerado uma emergência em 2014-2015, houve mudanças ambientais significativas mediadas pelo homem decorrentes das atividades socioeconômicas. A ciência tem feito progressos na demonstração das conexões entre os padrões de mudança de uso da terra e os registros de surtos de Ebola na África Ocidental e Central, concluindo que o último ocorreu principalmente nas áreas mais afetadas pelo desmatamento (RULLI et al., 2017; OLIVERO et al., 2017; 2020) Por exemplo, a floresta guineense ao redor das áreas do surto – conhecida por sua biodiversidade, incluindo um quarto de toda a fauna de mamíferos africanos – sofreu uma invasão humana dramática, com perda cumulativa de floresta estimada em 83%-86%, resultando em uma paisagem agora dominada por mosaicos de agricultura e floresta (KATHLEEN et al., 2015). Essas mudanças ambientais promovem potencialmente a exposição direta a morcegos frugívoros infectados pelo Ebola, gerando possíveis rotas de transmissão que não dependem apenas da exposição à carne de caça, mesmo em áreas mais urbanas, como jardins urbanos próximos a florestas.

A emergência relacionada à síndrome congênita do vírus Zika, por sua vez, destaca a questão das mudanças climáticas. A doença causada pelo vírus Zika é uma das arboviroses transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, assim como a dengue e a chikungunya. As mudanças climáticas provocam, entre outros fatores, a alteração dos ciclos das chuvas e o aumento das temperaturas, com potencial aumento das populações de mosquitos e de sua capacidade vetorial (HALES et al., 2002). Por exemplo, ao causar inundações, contribuem para a deterioração de estruturas públicas e privadas, como estradas, casas, escolas e postos de saúde, o que se traduz em aumento de criadouros de mosquitos, deslocamento e superlotação de pessoas afetadas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (LÓPEZ-LATORRE e NEIRA, 2016). Além disso, impulsionado pelas mudanças climáticas, o crescimento futuro da população humana tende a ser desproporcionalmente concentrado em áreas onde os vetores transmissores já estarão estabelecidos, o que pode ocasionar um grande aumento da população mundial com

risco de contrair doenças transmitidas por essas espécies: estima-se que no ano de 2050 aproximadamente metade da população mundial estará nesta situação (KRAEMER et al., 2019). Além das mudanças climáticas, outros fatores socioeconômicos com importante interface ambiental afetam a distribuição dos mosquitos, como o uso de reservatórios de água e de ar-condicionado, a qualidade das moradias e a taxa de urbanização (KRAEMER et al., 2015).

Embora breve e incompleta, esta visão geral das origens ambientais de três das emergências pré-Covid-19 demonstra a sujeição dessas crises de saúde a determinantes ambientais de longo alcance no tempo e no espaço. Portanto, as emergências podem começar em qualquer lugar do mundo e a qualquer momento, independentemente da intenção específica ou negligência de um ou mais Estados, grupos ou indivíduos. O resgate de emergências anteriores também levanta os desafios da sustentabilidade no campo da saúde global.

O DÉFICIT DE SUSTENTABILIDADE DAS RESPOSTAS DE EMERGÊNCIA

Quando a emergência relacionada à Covid-19 foi declarada em janeiro de 2020, a opinião pública e parte expressiva dos gestores nacionais e locais em todo o mundo desconheciam a existência simultânea de outras duas emergências: a disseminação do poliovírus selvagem e o Ebola na República Democrática do Congo. Passado o período inicial da pandemia, é flagrante a persistência deste desconhecimento, que atua em detrimento do necessário debate sobre a sustentabilidade das respostas às emergências.

A começar pelo poliovírus, ao declarar emergência em maio de 2014, a OMS considerou sua disseminação um evento extraordinário que poderia levar ao fracasso a estratégia global de erradicação de uma das doenças mais graves evitáveis por vacinação (OMS, 2014). Desde 1988, a OMS lidera a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio (GPEI) que já garantiu a vacinação de mais de 2,5 bilhões de crianças em 200 países (IEMP, 2023). É uma parceria público-privada liderada por governos nacionais que atualmente conta com seis parceiros principais: OMS, Rotary Internacional, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), UNICEF, Fundação Bill e Melinda Gates e Gavi, the Vaccine Alliance.

No momento da declaração de emergência da OMS em 2014, o risco de disseminação do poliovírus se espalhava por dez estados: Afeganistão, Camarões, Etiópia, Gui-

né Equatorial, Iraque, Israel, Nigéria, Paquistão, Somália e República Árabe da Síria. Trinta reuniões depois, em novembro de 2021, o Comitê de Emergência da OMS apresentou uma estratificação dos riscos de disseminação internacional do vírus em três categorias envolvendo 35 Estados, estando em maior risco Afeganistão, Paquistão, Madagascar e Iêmen (WHO, 2021).

A persistência de uma declaração de emergência, por quase oito anos, impede qualquer definição possível de sustentabilidade, e lança dúvidas sobre a natureza extraordinária de um evento e a eficiência do mecanismo de resposta internacional. A relação entre os conflitos armados e a emergência ou reemergência do poliovírus está bem estabelecida, face à insegurança, aos danos nos sistemas e infraestruturas de saúde, ao esgotamento de recursos humanos, ao deslocamento massivo e constante de pessoas afetadas por conflitos, entre outros fatores⁷. Pode-se deduzir que a comunidade mundial subestimou a importância dos fatores políticos, sociais e econômicos dos contextos envolvidos no objetivo de erradicar a poliomielite, concentrando seus esforços na resposta farmacêutica (ALONGE, 2020). Assim, os investimentos do campo da saúde global foram amplamente direcionados para o fornecimento de vacinas e trabalho com governos parceiros, com níveis comparativamente baixos de apoio aos sistemas de saúde ou associações civis, levando não apenas ao fracasso na erradicação da doença, mas também às desigualdades existentes na imunização em áreas afetadas por conflitos (GRUNDY e BIGGS, 2019).

No entanto, o caso do poliovírus oferece um exemplo pequeno, mas simbólico, do que pode ser alcançado em termos de sustentabilidade das respostas de emergência. De fato, alguns centros de operações de emergência contra a poliomielite foram adaptados para atuar na resposta à Covid-19, sobretudo no Paquistão e na Nigéria, por meio de vigilância, rastreamento de contatos e transporte de amostras, fornecimento de sabão e desinfetante para as mãos, distribuição de materiais para formação de pessoal médico e da linha de frente e participação da comunidade em medidas de mitigação (OMS, 2021).

À segunda emergência do Ebola, declarada em julho de 2019, teve seu epicentro na República Democrática do Congo. Depois de suscitar um importante debate sobre as disfunções do mecanismo de declaração de emergência do RSI⁸, esta emergência foi completamente obscurecida pela pandemia de Covid-19 e considerada extinta em junho de 2021 (WHO, 2020). A crise do Ebola de 2014-2015 foi um ponto de inflexão no campo da saúde global por diferentes razões, incluindo a intensa exploração da crise nas eleições de meio de mandato nos Estados Unidos⁹, o lançamento da Agenda Global

⁷ Cf. por exemplo, Tangermann et al. (2000); Norris. et al. (2016); Akil e Ahmad(2016).

⁸ Cf. Eccleston-Turner e Kamradt-Scott (2019); Fidler, (2019).

⁹ Ver, por exemplo, as contribuições extraordinárias de Spencer (2015); Gonsalves e Staley (2014).

de Segurança da Saúde (GHSA, em inglês) por Barak Obama, não apenas adotando uma abordagem voltada para a segurança das emergências de saúde, mas também instituindo uma arena claramente rival do mecanismo do RSI (PARANJAPE e FRANZ, 2015). A perda de protagonismo da OMS na resposta à emergência ficou clara em setembro de 2014, quando o então secretário-geral das Nações Unidas, Ban Ki-Moon, criou a primeira “missão de saúde de emergência” da história, a Missão das Nações Unidas para Ação de Emergência contra o Ebola (UNMEER, em inglês), com a aprovação do Conselho de Segurança (ONU, 2014) e da Assembleia Geral (UN, 2014), que considerou a epidemia do Ebola uma ameaça à paz e segurança mundiais. Após as evidentes disfunções da tardia resposta internacional ao Ebola, numerosas recomendações a organizações internacionais e aos Estados emanaram de diferentes painéis de alto nível¹⁰. Algumas delas foram acompanhadas em um processo de reforma da OMS que resultou em maiores iniciativas de preparação do estado, maior compartilhamento de dados e investimento internacional em pesquisa de vacinas (BEZRUKI e MOON, 2021).

Como se explica então que apenas quatro anos depois é declarada uma nova emergência no continente africano? A República Democrática do Congo apresenta também semelhanças impressionantes com os Estados que foram epicentro da emergência 2014-2015 (Guiné, Libéria e Serra Leoa), tanto estruturais como conjunturais, no que diz respeito às origens ambientais da crise, mesmo em termos dos conflitos armados (SHEARS e GARAVAN, 2020).

O déficit de sustentabilidade da resposta internacional às emergências, que acaba de ser demonstrado por meio de dois exemplos entre os tantos que existem, é plenamente reconhecido pelos atores do campo da saúde global. Para efeitos deste capítulo, a principal abordagem a destacar nesta matéria, é a chamada “abordagem multissetorial *One Health*”, liderada pela OMS, em conjunto com a FAO e a OIE, denominadas coletivamente no âmbito desta iniciativa como uma associação tripartite. *One Health* (Uma Saúde, em português) é definida como “uma abordagem colaborativa, multidisciplinar e multissetorial¹¹ que pode abordar ameaças à saúde urgentes, contínuas ou potenciais

¹⁰ Entre os mais importantes estão o Stocking Report (WHO. Report of the Ebola Interim Assessment Panel, Geneva, julho de 2015); o Relatório do Comitê de Revisão sobre o papel do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no surto de Ebola e a resposta a ele (WHO. Implementation of the International Health Regulations (2005) A69/21, 2016); o Relatório do Grupo de Alto Nível sobre a Resposta Global às Crises de Saúde das Nações Unidas (General Assembly. Protecting humanity from future health crises. A/70/723, 2016); o Relatório do Painel Independente Harvard-LSHTM (Suerie Moon et al. ‘Will ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to ebola’ (2015) The Lancet 2204); e o Relatório da Academia Americana de Medicina (Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. National Academy of Medicine, 2016).

¹¹ Especialmente entre os setores de saúde humana, saúde animal e meio ambiente.

na interface homem-animal-ambiente nos níveis subnacional, nacional, global e regional” (OMS et al., 2019). Embora essa abordagem não seja nova, ela vem sendo desenvolvida no âmbito multilateral, especialmente a partir de 2008, graças ao protagonismo da associação tripartite (EVANS e LEIGHTON, 2014).

Os documentos *One Health* reconhecem que a abordagem “foi aplicada de forma eficaz em alguns países para enfrentar a ameaça representada em determinado momento por alguma doença zoonótica; no entanto, depois que a emergência passou, ela foi abandonada”. Os documentos reconhecem, ainda, que “para garantir a eficácia da implementação das atividades de controle de doenças zoonóticas, essa abordagem deve ser aplicada de forma regular e sustentável” (OMS et al., 2019). Para que isso seja possível, é importante apontar os “fatores-chave” da sustentabilidade (Figura 1).

Antes mesmo de se tornar uma emergência internacional, como doença zoonótica, a reemergência da Mpox já era apontada como um indicativo da necessidade de expandir a abordagem *One Health* (REYNOLDS et al., 2019).

Apesar da importância de reconhecer os determinantes ambientais e da falta de sustentabilidade da resposta internacional às emergências, essa abordagem tem limites que colocam em risco o futuro da saúde global. Chama atenção a absoluta ausência de referência aos direitos humanos e à democracia. Ao se referir aos marcos regionais, no fator relacionado à governança, o documento apresenta como exemplo as normas da estratégia Ásia-Pacífico para doenças emergentes e emergências de saúde pública (APSED III), União Europeia, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Bureau Interafricano de Recursos Animais da União Africana (AU-IBAR). Exclui, assim, as contribuições potenciais dos sistemas regionais de proteção dos direitos humanos. Dentre eles, destaca-se o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos (SIDH). No caso da Covid-19, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) ofereceu, de forma pioneira, parâmetros do que seria uma abordagem de direitos humanos à pandemia ao orientar a resposta dos membros da Organização das Nações Unidas Estados Americanos (OEA) por meio de três resoluções seminais – a primeira interpreta as obrigações convencionais dos Estados diante da crise da saúde, oferecendo um verdadeiro quadro de referência para as respostas nacionais; a segunda trata detalhadamente dos direitos das pessoas com Covid-19, seus familiares e cuidadores, enquanto a terceira trata da espinhosa questão do acesso às vacinas (VIEGAS et al., 2022). Outras contribuições do SIDH foram destacadas (PIOVESAN e ANTONIAZZI, 2021).

Focado em sistemas de vigilância e baseado em mecanismos de boas práticas, o *One Health* também não abrange questões ambientais suscitadas por perturbações ecossistêmicas que provocam o surgimento ou ressurgimento de vírus e bactérias (KECK, 2020). Alguns autores percebem as formas dominantes de cooperação internacional

em saúde como uma espécie de troca que daria às organizações internacionais de saúde o direito de monitorar as populações dos países em desenvolvimento em busca de surtos que poderiam ameaçar os países ricos (LAKOFF, 2010).

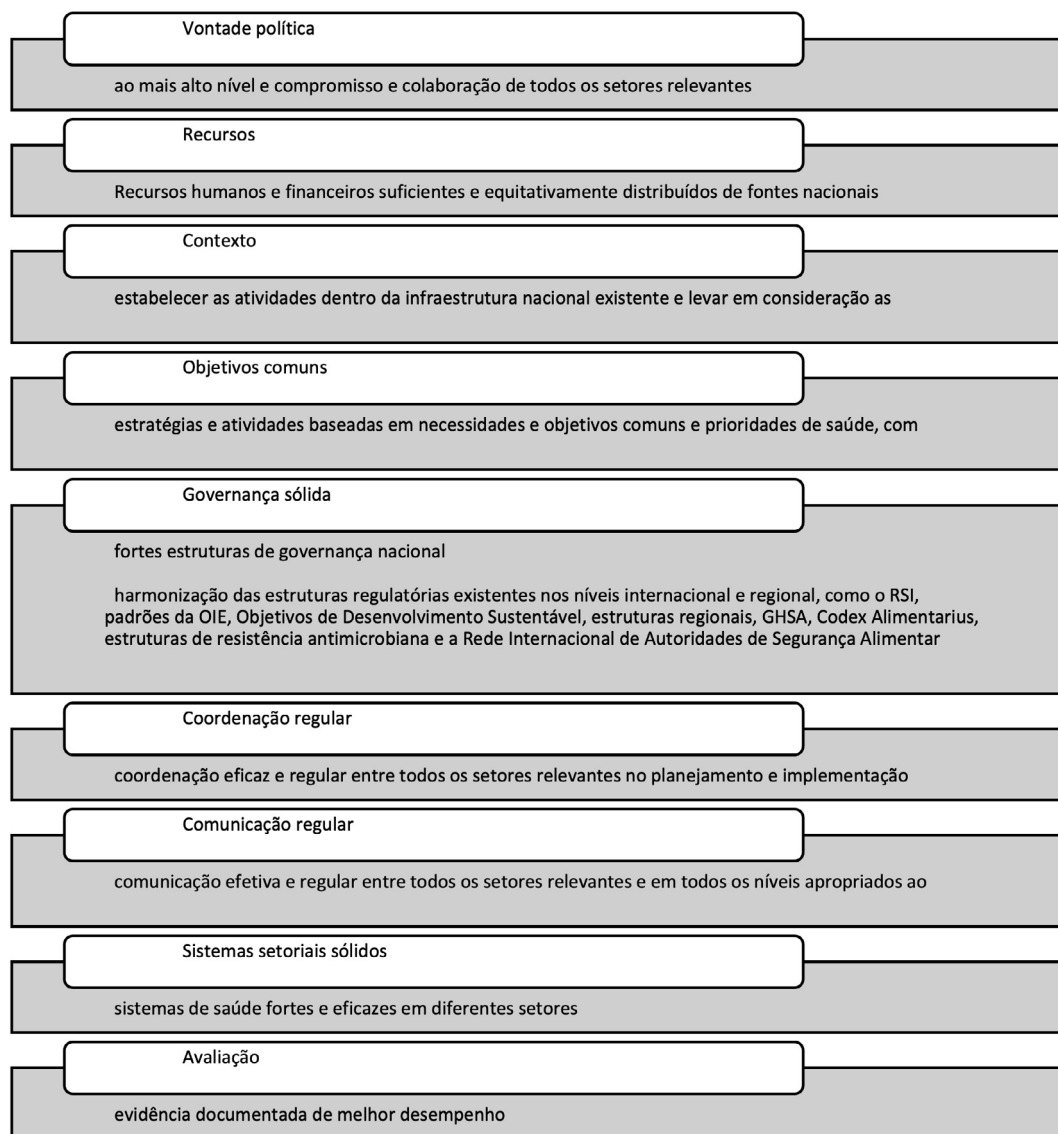


Figura 1 – Fatores-chave para a sustentabilidade da abordagem One Health segundo a associação tripartite

Fonte: Elaborado pelas autoras com base na abordagem da OMS et al. 2019.

Cabe ressaltar que o campo da saúde global surge a partir de uma alteração de marcos anteriores, como “medicina tropical”, do período colonial, e “saúde internacional” (como costuma ser chamada a cooperação entre Estados no pós-guerra), quando duas grandes perspectivas se enfrentaram historicamente e continuam se opondo hoje (CUETO, 2015). A primeira está ligada à medicina social que promove intervenções integrais, valoriza a participação comunitária, considera os sanitaristas como agentes de transformação social e a saúde como um direito humano; a segunda é uma perspectiva tecnocrática, realizada por uma elite de especialistas que consideram a melhoria da saúde como forma de controlar surtos epidêmicos, prestar assistência hospitalar e contribuir para o desenvolvimento econômico em uma sociedade liberal (CUETO, 2015). Enquanto a segunda é tecnocrática, tendendo a perceber a saúde como um grande mercado e priorizando respostas verticais a doenças específicas, a primeira é voltada para a necessidade de reformas estruturais que promovam a saúde e abordem as causas que determinam a incidência de doenças. As respostas verticais têm origem no colonialismo, a partir do conceito de “bala mágica”, uma espécie de medicamento milagroso que permitiria intervenções muito específicas e focadas na doença, independentemente do contexto social¹². A permanência da busca pela “bala mágica” faz parte do processo de “farmaceutização” da saúde global, cujas políticas giram em torno das tecnologias farmacêuticas (BIEHL, 2007).

A favor do primeiro aspecto, muitas vezes referido como o dos “determinantes sociais da saúde” (WHO, 2008), verifica-se que a trajetória da saúde global coincide com a expansão do neoliberalismo, traduzido mais recentemente em políticas de austeridade que buscam reduzir o investimento público em saúde e privá-lo da condição de bem comum, degradando os indicadores de saúde onde quer que sejam aplicados (NUNES, 2020). Na mesma direção, a pandemia de Covid-19 não tem conseguido reverter o fenômeno global de ausência de prioridade política para a saúde e a paulatina privatização das políticas públicas de saúde (KEROUEDAN, 2021). Nas arenas da saúde global, uma grande variedade de agentes públicos e privados gerenciam programas movidos por interesses igualmente variados e nem sempre claros, nos quais não é incomum que as demandas dos doadores se sobreponham às prioridades dos supostos beneficiários da cooperação (BIEHL e PETRYNA, 2013).

Por tudo isto, embora se preocupe com a sustentabilidade das ações de preparação para emergências, *One Health* – tal como outras iniciativas no terreno – está mais pró-

¹² Guilbaud, (2015). A origem dessa expressão encontra-se na abordagem sistemática de Paul Ehrlich para o desenvolvimento de medicamentos, que é a base da farmacologia moderna e abriu caminho para a orientação da pesquisa (e por derivação, ação em saúde pública) de um medicamento totalmente específico para um determinado objetivo, sem produzir efeitos tóxicos adicionais, geralmente aplicável a todos os tipos de patologias, embora a principal área de sua pesquisa ainda seja doenças infecciosas, v. Valent et al. (2016).

xima da temporalidade mais curta das emergências do que na “longa temporalidade de ecologias ameaçadas”, que vem “destruindo os ambientes em que os seres humanos coevoluíram com outros animais e micróbios” (KECK, 2021).

CONTRIBUIÇÕES DAS EMERGÊNCIAS ANTERIORES À REFLEXÃO SOBRE DEMOCRACIA

Os pesquisadores Armin von Bogdandy, Jesús Maria Casal e Mariela Morales Antoniazzi inventariaram os riscos à democracia e ao Estado de Direito gerados pelas respostas nacionais à pandemia, propondo que o *Ius Commune* na América Latina, especialmente o direito interamericano, seja utilizado como referência no processo de resistência contra as ameaças à democracia e aos direitos humanos na região (BOGDANDY et al., 2020). A “cultura comum” sobre a democracia florescida na região induz ao reconhecimento de princípios e valores comuns que, em tempos de exceção, exigem um “hiper-escrutínio”, induzindo a “teste democrático” das obrigações assumidas pelos Estado. Tal “teste democrático”, avalia as medidas adotadas pelos governos nacionais no que atine ao respeito aos direitos humanos e liberdades fundamentais, o exercício do poder com sujeição ao Estado de Direitos, a transparência das atividades governamentais, a responsabilidade dos gestores públicos, entre outros aspectos (ANTONIAZZI et al., 2021).

Esta seção do capítulo tem, portanto, o objetivo de oferecer uma breve e modesta contribuição para esta reflexão, resgatando alguns exemplos pouco debatidos no contexto da Covid-19, colhidos nas respostas a emergências anteriores que potencialmente prejudicaram a democracia e os direitos humanos. Trata-se apenas de demonstrar que o enfoque “ciclotímico” das emergências tem igual impacto nesse âmbito, favorecendo a ocultação de violações de direitos humanos e da erosão da democracia já ocorridas em crises sanitárias anteriores. Da mesma forma, verifica-se que a falta de sustentabilidade das respostas, especialmente de uma concepção de resposta que vá além dos aspectos biomédicos e epidemiológicos, dificulta a superação de seu impacto negativo na democracia e nos direitos humanos.

Começamos por uma das formas mais frequentes de individualizar a pandemia de Covid-19, que é a referência ao confinamento obrigatório de pessoas determinado pelas autoridades estatais, como se fosse uma novidade histórica. Pelo contrário, além das origens medievais das medidas de quarentena, as emergências do século XXI fornecem inúmeros exemplos dessas práticas. Devido à pandemia da gripe AH1N1 no México, em abril de 2009 foi anunciada a suspensão das aulas em todas as instituições

de ensino, da pré-escola ao ensino superior, no Distrito Federal e no Estado do México, entre outras medidas que incluíam o fechamento temporário de estabelecimentos como restaurantes, bares, salões de dança, discotecas, centros desportivos, cinemas e teatros (ESTRADA IGUÍNIZ, 2010). Quarentenas também foram impostas em partes da China e do Canadá durante o surto da síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003 – antes da entrada em vigor do RSI e, portanto, da criação da categoria legal de emergência internacional de saúde – enquanto aldeias inteiras em muitos países da África Ocidental foram colocadas em quarentena durante o surto de Ebola em 2014 (BROOKS et al., 2020). A quarentena em condições desumanas e degradantes adotadas pelo governo liberiano na favela de West Point, em Monróvia, onde as Forças Armadas impediram a população de sair de um território marcado pela falta de água, comida e saúde, por meio de disparos, dá um exemplo perfeito dos efeitos desastrosos que as medidas restritivas à circulação podem causar, quando não são acompanhadas de medidas de proteção social. Já em Serra Leoa, as chamadas “leis anti-ebola” aprovadas pelo Parlamento penalizam, entre outras condutas, a ausência de informação às autoridades da existência de familiares ou vizinhos doentes (VENTURA e HOLZHACKER, 2016). A memória e o estudo sistemático dessas experiências, entre muitas outras, poderiam ter contribuído para prevenir os efeitos negativos dessas medidas de contenção sobre a democracia e os direitos humanos.

Ao mesmo tempo, nos Estados Unidos, Kaci Hickox, uma enfermeira dos Médicos Sem Fronteiras (MSF) que havia retornado de Serra Leoa sem nenhum sintoma de doença, foi confinada a uma tenda no que ela descreveu como condições desumanas (COHEN et al., 2014) e depois forçada a permanecer isolada em casa sob forte vigilância policial. Um juiz do estado do Maine, onde ela reside, suspendeu a quarentena, mas manteve várias medidas que restringiram suas liberdades, incluindo a obrigação de manter uma distância mínima de aproximadamente um metro de outras pessoas. O magistrado, embora reconhecendo a falta de base científica para sua decisão, baseou-se no fato de que as pessoas têm medo e “seja esse medo racional ou não, ele é presente e real”¹³. No Reino Unido, os profissionais de saúde que retornaram de países afetados pela epidemia de Ebola foram submetidos a restrições em suas liberdades básicas, como a proibição de utilizar o transporte público por mais de uma hora, o que levou o Dr. John Wright, epidemiologista clínico de Bradford, a perguntar “por que não colocamos nossas máscaras e capuzes contra a peste”? (MCVEIGH, 2014).

Na Espanha, os direitos dos animais foram questionados. Em outubro de 2014, a enfermeira espanhola Teresa Romero se tornou a primeira pessoa a ser infectada com Ebola

¹³ State of Maine, District Court - Fort Kent, State of Maine Department of Health and Human Services v. Kaci Hickox, Docket n. CV-2014-36, Order Pending Hearing, 31 / 10 / 2014, p. 3.

fora da África. Enquanto lutava contra a morte no hospital Carlos III de Madri, aconteceram vários protestos com grande repercussão nas redes sociais e na mídia em apoio ao seu animal de estimação, o cachorro Excalibur, cujo sacrifício foi anunciado pelas autoridades sanitárias (CATALAN-MATAMOROS et al., 2020). Assim, brandindo cartazes “Excalibur, o mundo está com você”, centenas de ativistas acamparam em frente à casa de Romero para tentar impedir a chegada dos serviços veterinários, sem sucesso.

Passando da primeira emergência do Ebola à emergência da síndrome congênita do vírus Zika, cujo epicentro foi o Brasil, em 2016, o primeiro aspecto a destacar é o fato de que o objeto da emergência não era a doença causada pelo vírus, mas as malformações congênitas que foram associadas a esta infecção, até então ignoradas pela ciência. Assim, embora o Brasil tenha contabilizado 1,5 milhão de casos de dengue em 2015, isso não foi considerado uma emergência no sentido do RSI, que é focado nos riscos de disseminação internacional de ameaças, e não em seu impacto na saúde das populações atingidas.

O segundo aspecto que merece destaque no caso da síndrome do Zika é a sua transformação em problema de segurança, com a deflagração de uma “guerra contra o mosquito” que transformou o mosquito *Aedes aegypti* no maior inimigo da saúde pública no Brasil. Este processo de “securitização” escondeu o impacto desproporcional da crise sanitária sobre as mulheres, não só pela maternidade de crianças com malformações, mas também porque lhes foi dito para “arrumar a casa e não engravidar”, o que corresponde a transferir a responsabilidade coletiva para a dimensão individual e feminina (WENHAM, 2021). Além do impacto desproporcional da crise sobre as mulheres, ela vitimou particularmente algumas mulheres: a síndrome “tem geografia e classe no Brasil”, pois mulheres pobres e nordestinas têm sido as principais afetadas (mais de 72%) e já convivem com o vetor mosquito como parte de sua vida diária por mais de quatro décadas (DINIZ, 2016).

Enquanto o governo federal brasileiro promovia a guerra contra o mosquito, alguns atores sociais, com o apoio de organismos internacionais, propunham outras formas de resposta à emergência que enfatizavam os determinantes sociais da saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (VENTURA et al., 2021). Na prática, além de violar potencialmente os direitos das mulheres, supondo que realmente tenha havido uma “guerra” contra o mosquito no Brasil, o aumento vertiginoso de casos de arboviroses nos últimos anos é a prova que essa “guerra” foi perdida.

Estudos futuros poderão demonstrar que o “teste democrático” ou o “hiper-escrutínio” proposto pelos autores citados no início desta seção não apenas são pouco evocados durante emergências, como, quando realizados no discurso político, técnico ou acadêmico, revelam o apagamento ou a secundarização das obrigações dos Estados

durante as crises. Conter a doença parece ser o imperativo que justifica toda e qualquer violação. Como revelaram os exemplos citados, a relação entre as dimensões individual e coletiva dos direitos e da democracia é um dos pontos mais delicados deste debate.

Para além das violações de direitos humanos em si, aspectos procedimentais também devem ser explorados quando se relaciona a democracia à resposta às emergências sanitárias.

A PISTA DA LITERATURA SOBRE ACCOUNTABILITY: INDO ALÉM DA DEMOCRACIA FORMAL

Na última seção deste ensaio, gostaríamos de fomentar o debate sobre as diferentes dimensões da *accountability* em relação à resposta às emergências. Mesmo reconhecendo os limites e dificuldades deste conceito, parece-nos importante chamar a atenção para alguns aspectos do processo de tomada decisão dos governos nacionais e subnacionais, mas igualmente do processo decisório internacional, em especial da OMS. Líder da ação internacional no campo da saúde pública, a OMS tem pautado com crescente frequência a expressão *accountability*, embora sua visão do termo e suas práticas possam ser questionadas (RACHED e VENTURA, 2017).

Como exercício inicial, analisaremos determinados elementos das respostas às emergências sob o prisma de seis dimensões da *accountability*, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Dimensões da *accountability*

Dimensões	Características
1. Formalidade	1. mais ou menos moldada por normas jurídicas
2. Vetores espaciais	2. vertical ou horizontal
3. Expertise	3. mais ou menos tecnocrático
4. Substância (output)	4. parâmetros para avaliar decisões
5. Procedimento (input)	5. ferramentas de interação entre os sujeitos
6. Sanções	6. mais ou menos severas, diretas ou indiretas

Fonte: Rached, 2021.

A primeira dimensão refere-se ao nível de formalidade de um regime de *accountability*, no sentido de que qualquer relação de poder será mais ou menos formal e legalizada. Isso significa que normas gerais e previamente adotadas podem regular situações e delimitar a autoridade dos agentes envolvidos (RACHED, 2021). Neste sentido, a legislação epidemiológica dos Estados e os planos de resposta às emergências precisam levar em conta elementos relativos aos direitos humanos e à democracia. No que se refere aos direitos humanos, o Regulamento Sanitário prevê que sua implementação será feita com pleno respeito à dignidade aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas, mas isto não se traduz necessariamente no conjunto dos dispositivos desta norma, com escassas exceções como a que se refere ao tratamento destinado aos viajantes durante uma emergência (VENTURA et al., 2021a). Neste sentido, o encorajamento à incorporação de garantias relativas aos direitos humanos e à democracia ao arcabouço legal e infralegal dos Estados seria desejável, considerando que as relações de *accountability* podem se beneficiar das qualidades do Estado de direito para se tornarem mais estáveis e previsíveis, minimizando a incidência de violações de direitos humanos durante as crises sanitárias (RACHED, 2021).

A simples existência de formalização não é, porém, suficiente para que a *accountability* seja alcançada. A resposta à Covid-19 no Brasil constitui um exemplo complexo de disfunções da ordem jurídica, apesar da prévia existência de regulamentação, que inclui uma estratégia federal de disseminação da doença em território nacional, investigada, entre outras formas, por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado Federal (VENTURA et al., 2021b). Com efeito, o regime emergencial instaurado em resposta à pandemia durante o governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) serviu como uma “cortina de fumaça” para implementar diversas pautas essenciais ao projeto do então Presidente da República, amplamente reconhecido como um governo de extrema direita. Mais do que uma mudança ideológica, o governo Bolsonaro trouxe hostilidade e retrocesso em políticas públicas de diferentes áreas: da proteção ao meio ambiente até proteção da população indígena, dos direitos LGBTQIA+ até o direito das mulheres ao aborto legal. Tal estratégia evidenciou-se principalmente na área ambiental.

Em 2020, durante uma reunião, cuja difusão pública não era do conhecimento dos participantes, o ex-ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, utilizou a metáfora “passar a boiada”, com o nítido intuito de enfraquecer paulatinamente a proteção ambiental, enquanto a opinião pública e as instituições estavam voltadas para a resposta à Covid-19. “Aproveitar as crises sanitárias”, segundo o então Ministro, seria promover uma ampla gama de atos normativos e de governo capazes de enfraquecer ou eliminar os mecanismos de proteção ambiental. Apesar da resistência de movimentos sociais e de algumas instituições estatais, a estratégia teve êxito: houve o desmantelamento deliberado e ilegal das políticas públicas, marcos regulatórios, espaços de controle e partici-

pação social, e órgãos e instituições públicas ligadas à preservação das florestas, da biodiversidade, do patrimônio genético e da agenda climática e ambiental, acarretando, entre outros efeitos, o aumento de 60% do desmatamento na Amazônia, a maior alta percentual que já ocorreu em um mandato presidencial, desde o início das medições por satélite, em 1988 (IHU, 2022).

A segunda dimensão da *accountability* informa como a relação de poder entre decisores e os sujeitos afetados por suas decisões se materializa espacialmente (RACHED, 2021). É por meio desta dimensão que percebemos a repercussão do federalismo brasileiro sobre a política de combate à Covid-19, tanto no plano vertical (relação entre União, Estados e Municípios), quanto no plano horizontal (relação entre Executivo, Legislativo e Judiciário). O Brasil foi um dos poucos países no mundo em que não houve uma resposta nacional, coordenada e unificada, à Covid-19, apesar da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), referência mundial em política pública de cooperação federativa. A perspectiva da ausência de uma resposta nacional coordenada se refletiu no entendimento do Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) n. 672, proposta pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, de que a competência para adotar medidas de contenção da doença, segundo o art. 30, II, da Constituição Federal, seria compartilhada entre a União e os níveis subnacionais (Estados e Municípios). A litigância estratégica promovida pelos autores da ADPF, claramente visava permitir que os governos locais combatessem a propagação da doença, diante das ações e omissões do governo federal que sinalizavam o sentido contrário. No entanto, ao não obrigar a União a cumprir seu dever constitucional de proteger a saúde da população, exercendo a devida coordenação nacional da resposta e adotando as medidas de contenção previstas em lei, o STF acabou referendando uma transferência sem precedentes de responsabilidades em matéria de saúde pública aos entes federativos, com riscos expressivos para o equilíbrio federativo do sistema público de saúde.

Uma relação de *accountability* pode demandar “expertise” (RACHED, 2021), que corresponderia à sua terceira dimensão. Na OMS tal demanda é especialmente relevante e influencia a existência de um Comitê de Emergência, formado por técnicos, cuja função principal é informar o/a Diretor(a)-Geral da OMS: (a) se um evento constitui uma “emergência de saúde pública de importância internacional”; (b) sobre o término de uma “emergência de saúde pública de importância internacional”; e (c) sobre a proposta, modificação, extensão ou término das recomendações temporárias (OMS, 2016).

Tais comitês possuem um poder significativo de determinar os rumos de uma situação classificada como emergencial, o que pode repercutir diretamente no ordenamento jurídico dos Estados-membros e nos direitos dos seus cidadãos. Saber como os técnicos são nomeados, qual é o grau de transparência e permeabilidade das suas decisões, e se

os arranjos institucionais disponíveis permitem uma prestação de contas apropriada são questões essenciais para conferir mais legitimidade às decisões da OMS. Do mesmo modo, mecanismos de *accountability* podem conferir maior credibilidade às determinações de ordem técnica da OMS. Se houver desconfiança sobre a lisura e integridade do processo de tomada de decisões ou sobre a neutralidade dos técnicos responsáveis por elas, a capacidade de a OMS influenciar e persuadir se retrai.

Na quarta dimensão observamos se existem critérios por meio dos quais o desempenho dos decisores será avaliado (RACHED, 2021). Durante a pandemia, por pressão dos Estados Unidos e de outros países, a OMS criou uma comissão independente para avaliar as respostas internacional e nacionais à pandemia, e acionou comitês previstos no RSI, tanto para avaliar seu próprio desempenho e o dos Estados, como para subsidiar propostas de mudanças das normas internacionais sobre emergências. A adoção deste tipo de mecanismos de avaliação no plano nacional e subnacional e seria uma mudança estrutural bem-vinda ao processo de governança de futuras crises sanitárias.

A quinta dimensão avalia o grau de procedimentalização entre decisores e os sujeitos afetados pelas decisões (RACHED, 2021). Em razão do caráter urgente da pandemia, em diversos países, verifica-se a tendência de restringir ou revogar diversas formas de participação nos processos deliberativos, principalmente no que se refere à saúde pública. O Relator Especial da ONU sobre os direitos à liberdade de reunião pacífica e de associação, Clément Nyaletsossi Voule, declarou sua preocupação com a tendência observada:

É inadmissível declarar restrições gerais aos direitos humanos e às liberdades fundamentais (...) Devem ser previstas isenções para os atores da sociedade civil, particularmente aqueles que monitoram os direitos humanos, sindicatos, serviços sociais que prestam assistência humanitária e jornalistas que cobrem a gestão da crise (UN, 2020).

A sexta e última dimensão da *accountability* refere-se ao poder conferido aos sujeitos afetados pelas decisões para sancionar os decisores (RACHED, 2021). A necessidade de responsabilização de agentes públicos que conduziram respostas propositadamente falhas parece evidente. No Brasil, o resultado da pandemia só não foi pior porque houve reações das instituições tradicionais de *accountability*, no plano da garantia de coesão, coerência e transparência entre as diversas estratégias locais de resposta à pandemia.

Em síntese, as seis dimensões demonstram a necessidade de uma mudança da cultura política no que se refere às emergências, que respeite e crie mecanismos eficientes de *accountability* durante os regimes excepcionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O esquecimento das emergências anteriores à Covid-19 não acontece por acaso. Ele procura esconder uma realidade que, sob a linguagem típica da abordagem ciclotímica e securitária, poderia ser descrita como o reconhecimento de que as “guerras” serão cada vez mais frequentes, os “danos colaterais” mais imponentes e as “tréguas” cada vez mais curtas. Também contribui, como foi demonstrado, para o deslocamento das questões ambientais, sociais, políticas e econômicas para os aspectos biomédicos da resposta.

O resultado da singularização da pandemia em curso mostra que os déficits de sustentabilidade e democracia, além das considerações éticas ou legais pertinentes, são obstáculos até mesmo para o controle efetivo da propagação da doença. À noção de “bala mágica” já referida, que retrata na perfeição a forma como as vacinas são apresentadas hoje no contexto da Covid-19, junta-se à ideia de “apartheid sanitário”, expressão utilizada por inúmeros atores, incluindo a OMS, para se referir às iniquidades na distribuição internacional das mesmas vacinas. A expressiva concentração de doses de imunizantes em países desenvolvidos demonstra os limites da resposta da comunidade internacional à pandemia em curso em termos de sustentabilidade e democracia. Entre os riscos derivados desta forma de apartheid, o atraso ou a falta de vacinação no âmbito mundial pode levar a repetidos surtos de Covid-19 com mutações virais que podem escapar às vacinas, ao aparecimento de áreas endêmicas da doença em diferentes partes do planeta e ao reaparecimento de surtos que cruzam as fronteiras dos países vacinados (CORRÊA FILHO e RIBEIRO, 2021).

No entanto, as tecnologias farmacêuticas não só estão longe de serem capazes de prevenir novas crises, como também são insuficientes para uma resposta eficiente durante as crises (HIRSCHFELD, 2020). Portanto, enfrentar as doenças do Antropoceno que estão chegando, sem lidar com seus determinantes estruturais e ambientais e sem a necessária preparação holística dos sistemas de saúde, o que inclui inserir padrões de direitos humanos e formas de participação cidadã nas decisões relacionadas com as crises sanitárias, vão nos condenar a um trabalho de Sísifo, com ameaças à democracia e a multiplicação de graves violações dos direitos humanos pelo caminho.

REFERÊNCIAS

AKIL, L.; AHMAD, H. The recent outbreaks and reemergence of poliovirus in war and conflict-affected areas. *International journal of infectious diseases (IJID)*, v. 49, p. 40-46, 2016.

- ALONGE, O. What can over 30 years of efforts to eradicate polio teach us about global health? **BMC Public Health**, v. 20, Suppl 2, 1177, 2020.
- ANDRADE, C. R. et al. Gripe aviária: a ameaça do século XXI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 5, 2009.
- ANTONIAZZI, M. M. El test democrático interamericano como instrumento de interamericanización. In: ANTONIAZZI, M. M. (Ed), **Test Democrático Interamericano frente al COVID-19**. México: Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro, 2021..
- BAUSCH, D.; SCHWARZ, L. Outbreak of ebola virus disease in Guinea: where ecology meets economy. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 8, n. 7, e3056.31, 2014.
- BERGERON, H. et al. **Covid-19: une crise organisationnelle**. Paris: Sciences Po, 2020.
- BERNAL-MEZA, R. Covid-19, tensiones entre China y Estados Unidos, y crisis del multilateralismo: repercusiones para AL. **Foro Internacional**, v. 61, n. 2, p. 259-298, 2021.
- BERZUKI, A.; MOON, S. Post-covid reforms: can we avoid fighting the last war? **BMJ**, v. 373, n. 1184, 2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1184>.
- BIEHL, J. Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics. **Anthropological Quarterly**, v. 80, n. 4, p. 1083-1126, 2007.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. (eds.). **When People Come First: Critical Studies in Global Health**. Princeton: Princeton University Press, 2013.
- BIEHL, J. Theorizing global health. **Medicine Anthropology Theory**, v. 3, n. 2, 127-142, 2016.
- BOGDANDY, A. et al. La resistencia del Estado democrático de Derecho en América Latina frente a la pandemia de COVID-19. Un enfoque desde el ius commune. September 30, 2020. **Max Planck Institute for Comparative Public Law & International Law (MPIL) Research Paper** n. 2020-35. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3702467 Acesso em: 17 jan. 2023.
- BOGDANDY, A.; VILLARREAL, P. International Law on Pandemic Response: A First Stocktaking in Light of the Coronavirus Crisis. **Max Planck Institute for Comparative Public Law & International Law (MPIL). Research Paper**, n. 2020-07, 2020. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561650>
- BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

CATALAN-MATAMOROS, D.; NASCIMENTO, B. G.; LANGBECKER, A. El contenido visual publicado en prensa durante una crisis sanitaria: El caso del Ébola, España 2014. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020.

COHEN, E.; HOLLAND, L.; ELLIS, R. Nurse describes Ebola quarantine ordeal: 'I was in shock. Now I'm angry'. **CNN Health**, 27 out. 2014. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2014/10/26/health/new-jersey-quarantined-nurse/index.html> Acesso em: 20 jan. 2023.

CORRÊA FILHO, H. R.; RIBEIRO, A. A. Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 128, p. 05-18, 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112800>

CUETO, M. **Saúde Global**: uma breve história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, e00046316, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046316>

ESTRADA IGUÍNIZ, M. Convivencia forzosa: Experiencias familiares durante la emergencia sanitaria por el virus de la influenza humana A (H1N1) en la ciudad de México. **Desacatos**, Ciudad de México, n. 32, p. 109-118, 2010.

ECCLESTON-TURNER, M.; KAMRADT-SCOTT, A. Transparency in IHR emergency committee decision making: the case for reform. **BMJ Global Health**, v. 4, n. 2, e001618 25 2019.

EVANS, B. R.; LEIGHTON, F. A. A history of One Health. **Revue scientifique et technique** (International Office of Epizootics), v. 33, 2, p. 413-20, 2014.

FIDLER, D. To Declare or Not to Declare: The Controversy Over Declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola Outbreak in the Democratic Republic of the Congo. **Asian Journal of WTO & Int. Health Law and Policy**, v. 14, n. 2, p. 287-330, 2019.

GENERAL ASSEMBLY. **Protecting humanity from future health crises**. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises A/70/723, 2016. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/822489?ln=en> Acesso em: 30 maio 2023.

GONSALVES, G.; STALEY, P. Panic, paranoia, and public health--the AIDS epidemic's lessons for Ebola. **The New England journal of medicine** v. 371, n. 25, p. 2348-2349, 2014.

GUILBAUD, A. **The International Health System and the ebola Epidemic**. Books and Ideas, 2015. Disponível em: <https://booksandideas.net/IMG/pdf/guilbaudangl.pdf> Acesso em: 17 jan. 2023.

- GRUNDY, J.; BIGGS, B. The Impact of Conflict on Immunisation Coverage in 16 Countries. **International journal of health policy and management**, v. 8, n. 4, p. 211-221, 2019.
- HALES, S. et al. Potential effect of population and climate changes on global distribution of dengue fever: an empirical model. **Lancet**, v. 360, n. 9336, p. 830-834, 2002.
- HIRSCHFELD, K. Microbial insurgency: Theorizing global health in the Anthropocene. **The Anthropocene Review**, v. 7, n. 1, 3-18, 2020.
- HOLMES, E. C. et al. The origins of SARS-CoV-2: A critical review. **Cell**, v. 184, n. 19, p. 4848-4856, 2021.
- IEMP - INICIATIVA DE ERRADICACIÓN MUNDIAL DE LA POLIOMIELITIS. **Global Polio Eradication Initiative**. 2023. Disponível em: <https://reliefweb.int/organization/gpei> Acesso em: 30 maio 2023.
- IHU - INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS. **Bolsonaro encerra governo com alta de 60% no desmate na Amazônia**. IHU, 01 dez. 2022. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/624453-bolsonaro-encerra-governo-com-alta-de-60-no-desmate-na-amazonia> Acesso em: 30 jan. 2023.
- KATHLEEN, A. et al. What Factors Might Have Led to the Emergence of ebola in West Africa? 2015. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 6, e0003652. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003652>
- KECK, F. **Signaux d’alerte – Contagion virale, justice sociale, crises environnementales**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2020.
- KECK, F. **Les sentinelles des pandémies**. Paris: Zones Sensibles, 2021.
- KEROUEDAN, D. La pandémie du covid-19: enjeux et solutions. **Ramses**, v. 40, 2021.
- KRAEMER, M. et al. The global distribution of the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus*. **eLife**, v. 4, e08347.30, 2015.
- KRAEMER, M. et al. Past and future spread of the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*. **Nature microbiology**, v. 4, n. 5, p. 854-863, 2019.
- KRENAK, A. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- LAKOFF, A. Two Regimes of Global Health. **Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development**, v. 1, n. 1, p. 59-79, 2010.
- LÓPEZ-LATORRE, M.; NEIRA, M. Influencia del cambio climático en la biología de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) mosquito transmisor de arbovirosis humanas. **Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas**, v. 37, n. 2, p. 11-21, 2016.

MCVEIGH, T. NHS Ebola staff 'insulted' by UK travel ban - Volunteers' anger at restrictions imposed on their return home from west Africa. **The Guardian**, 21 Dec. 2014. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2014/dec/21/nhs-ebola-staff-insulted-by-uk-travel-ban> Acesso em: 17 jan. 2023.

MOON, S. et al. Will ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to ebola. **The Lancet**, v. 386, i. 10009, p. 2204-2221, 2015.

MORENS, D. M. et al. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. **The New England journal of medicine**, v. 361, n. 3, p. 225-229, 2009.

MORENS, D. M. et al. Escaping Pandora's Box - Another Novel Coronavirus. **The New England journal of medicine**, v. 382, n. 14, p. 1293-1295, 2020.

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE. **Commission on a Global Health Risk Framework for the Future**. The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC: National Academy of Medicine, 2016.

NG, R. Anti-Asian Sentiments During the COVID-19 Pandemic Across 20 Countries: Analysis of a 12-Billion-Word News Media Database. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n.12, 2021.

NORRIS, A. et al. Crippling Violence: Conflict and Incident Polio in Afghanistan. **PloS one**, v. 11, n. 3, e0149074, 2016.

NUNES, J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e00063120, 2020.

OLIVERO, J. et al. Recent loss of closed forests is associated with Ebola virus disease outbreaks. **Scientific Reports**, v. 7, n. 14291, 2017.

OLIVERO, J. et al. Human activities link fruit bat presence to ebola virus disease outbreaks. **Mammal Review**, v. 50, n. 1, p. 1-10, 2020.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Declaración de la OMS sobre la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional para examinar la propagación internacional de poliovirus**. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus> Acesso em: 30 maio 2023.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Reglamento sanitario internacional** (2005). 3th edn, OMS, 2016.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de erradicación de la Poliomielitis 2022–2026**: el cumplimiento de una promesa [Polio Eradication Strategy 2022–2026: delivering on a promise]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; FAO - ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA; OIE - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SANIDAD ANIMAL. **Adopción de un enfoque multisectorial “Una Salud” Guía tripartita para hacer frente a las enfermedades zoonóticas en los países**. Ginebra: OMS; FAO; OIE, 2019.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conselho de Segurança**. Resolução 2177 adotada pelo Conselho de Segurança em sua 7268ª reunião, em 18 de setembro de 2014. Washington DC: ONU, 2014.

PARANJAPE, S.; FRANZ, D. Implementing the global health security agenda: lessons from global health and security programs. **Health Security**, v. 13, n. 1, p. 9-19, 2015.

PIOVESAN, F.; ANTONIAZZI, M. M. Interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos: Una nueva mirada frente al Covid-19. In: ANTONIAZZI, M. M. (ed.), **Test Democrático Interamericano frente al COVID-19**. Quéretaro, 2021.

PODER360. OMS lamenta ataques a macacos no Brasil por medo de varíola. **Poder360**, 09 ago. 2022. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/saude/oms-lamenta-ataques-a-macacos-no-brasil-por-medo-de-variola/> Acesso em: 26 abr. 2023.

POURRUT, X. et al. The natural history of Ebola virus in Africa. **Microbes and infection**, v. 7, p. 1005-1014, 2005.

RACHED, D. H. Accountability e desenho institucional: um “ponto cego” no direito público brasileiro. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 11, n.1, p. 189-209, 2021.

RACHED, D. H.; VENTURA, D. World Health Organization and the search for accountability: a critical analysis of the new framework of engagement with non-state actors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, e00100716, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00100716>

REYNOLDS, M. G. et al. Monkeypox re-emergence in Africa: a call to expand the concept and practice of One Health. **Expert Review of Anti-infective Therapy**, v. 17, n. 2, p. 129-139, 2019. <https://doi.org/10.1080/14787210.2019.1567330>

ROGALSKI, M. A. et al. Human drivers of ecological and evolutionary dynamics in emerging and disappearing infectious disease systems. **Philosophical Transactions Biological Sciences of The Royal Society**, v. 372, n. 1712, p. 1-9, 2017.

RULLI, M. C. et al. The nexus between forest fragmentation in Africa and Ebola virus disease outbreaks. **Scientific reports**, v. 7, 41613, 2017.

SANSONETTI, P. Covid-19, crônica de uma emergência anunciada. **La vie des idées**, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://booksandideas.net/Covid-19-cronica-de-una-emergencia-anunciada.html> Acesso em: 26 abr. 2023.

SHEARS, P.; GARAVAN, C. The 2018/19 Ebola epidemic the Democratic Republic of the Congo (DRC): epidemiology, outbreak control, and conflict. **Infection prevention in practice**, v. 2, n. 1, 100038, 2020.

SMITH, G. J. D. et al. Origins and evolutionary genomics of the 2009 swine-origin H1N1 influenza A epidemic. **Nature**, v. 459, n. 7250, p. 1122-1125, 2009.

SPENCER, C. Having and fighting Ebola--public health lessons from a clinician turned patient. **The New England journal of medicine**, v. 372, n. 12, 1089-91, 2015.

STEIN, F.; SRIDHAR, D. Health as a “global public good”: creating a market for pandemic risk. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 358, j3397, 2017.

SY, A.; SPINELLI, H. Dimensiones políticas de una epidemia: el caso de la gripe A (H1N1) en la prensa escrita de Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, e00188414, 2016.

TANGERMANN, R. T. et al. Eradication of poliomyelitis in countries affected by conflict. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, 3, p. 330-338, 2000.

UN - UNITED NATIONS. General Assembly. **Resolution adopted by the General Assembly on 19 September 2014**. 69/1. Measures to contain and combat the recent ebola outbreak in West Africa. Washington DC: UN, 2014. Disponível em: https://digitallibrary.un.org/record/781148/files/A_RES_69_1-EN.pdf Acesso em: 7 maio 2023.

UN - UNITED NATIONS. COVID-19 restrictions should not stop freedom of assembly and association, says UN expert. Press Releases. Special Procedures. 14 Apr. 2020. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2020/04/covid-19-restrictions-should-not-stop-freedom-assembly-and-association-says?LangID=E&NewSID=25792> Acesso em: 30 jan. 2023.

VALENT, P. et al. Paul Ehrlich (1854-1915) and His Contributions to the Foundation and Birth of Translational Medicine. **Journal of innate immunity**, v. 8, n 2, p. 111-20, 2016.

VALLAT, B. Flu: no sign so far that the human pandemic is spread by pigs. **Nature**, v. 460, n. 7256, p. 683, 2009.

VENTURA, D. **Direito e Saúde Global**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

VENTURA, D. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 2016.

VENTURA, D. Pandemia e estigma: nota sobre as expressões “vírus chinês” e “vírus de Wuhan”. In: BAENINGER, R. et al. (Eds.). **Migrações Internacionais e a pandemia de covid-19**, Unicamp, 2020, p. 95-103.

VENTURA, D.; DI GIULIO, G. M.; RACHED, D. H. Lessons from the Covid-19 pandemic: sustainability is an indispensable condition of Global Health Security. **Ambiente e Sociedade**, São Paulo, v. 23, e0108, 2020.

VENTURA, D. et al. A rights-based approach to public health emergencies: The case of the “More Rights, Less Zika” campaign in Brazil. **Global Public Health**, v. 16, 10, p. 1576-1589, 2021.

VENTURA, D. F. L.; AITH, F. M. A.; RACHED, D. H. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 1, p. 102–38, 2021a. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2020/49180>

VENTURA, D.; AITH, F.; REIS, R. Crimes against humanity in Brazil’s covid-19 response—a lesson to us all. **BMJ**, v. 375, n. 2625, 2021b. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2625>

VENTURA, D.; HOLZHACKER, V. Saúde Global e Direitos Humanos: O Primeiro Caso Suspeito de Ebola no Brasil. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 98, p. 107–140, 2016.

VIEGAS, L.; VENTURA, D. F. L.; SILVA, M. V. The proposal of an international convention on response to pandemics: in defense of a human rights treaty for the field of global health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2022.

WALLACE, R. **Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência**. São Paulo: Elefante, 2020.

WENHAM, C. **Feminist Global Health Security**. New York: OUP, 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health**. Executive Summary. WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> Acesso em: 7 maio 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Ebola Interim Assessment Panel**, 2015. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ebola/report-by-panel.pdf?sfvrsn=8142ac92_1&download=true Acesso em: 30 maio 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation of the International Health Regulations (2005) A69/21**, 2016. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf Acesso em: 30 maio 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First meeting of the IHR Emergency Committee**. WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/25-04-2009-first-meeting-of-the-ihr-emergency-committee> Acesso em: 26 abr. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases**. WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSE-FOS-15.1> Acesso em: 26 abr. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Final Statement on the 8th meeting of the International Health Regulations (2005)**. News. WHO, 26 June 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social Stigma associated with COVID-19: A guide to preventing and addressing social stigma**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19> Acesso em: 26 abr. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement of the Thirtieth Polio IHR Emergency Committee**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/23-11-2021-statement-of-the-thirtieth-polio-ihr-emergency-committee> Acesso em: 30 maio 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommends new name for monkeypox disease**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-11-2022-who-recommends-new-name-for-monkeypox-disease> Acesso em: 26 abr. 2023.

WUETHRICH, B. Infectious disease. Chasing the fickle swine flu. **Science**, v. 299, n. 5612, p. 1502-1505, 2003.

12

Educação em Saúde Global e Sustentabilidade¹

Paula Simão Batich
Helena Ribeiro

¹Este capítulo tem como base a tese da primeira autora. BATICH, P. S. Sustentabilidade na Educação em Saúde Global: estudo de caso nos Programas de Pós-Graduação das Universidades de São Paulo (BR), Genebra (SWI) e Barcelona (ES). 2022. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

INTRODUÇÃO

Com a intensificação de movimentos de intercâmbios de bens, serviços, pessoas e doenças entre os países, o interesse sobre temas de saúde global foi aumentando entre os profissionais e, conseqüentemente, despertando o interesse de diversas instituições de ensino no mundo.

Segundo Wernli et al. (2016), o interesse pela educação em saúde global corresponde à crescente interdependência entre os países que caracterizam o tempo atual e fornecem uma nova visão global para os problemas de saúde.

Desde as últimas décadas do século passado, o campo da saúde global vem sendo construído, enfocando questões de saúde supraterritoriais, que extrapolam as fronteiras nacionais (FORTES, 2015). Utilizando-se dos saberes das ciências biológicas, humanas e sociais, o campo da saúde global apresenta caráter multiprofissional e interdisciplinar. Envolve conhecimento, ensino, prática e pesquisa relacionada aos problemas de saúde que transcendem as fronteiras; seus determinantes e possíveis soluções demandam ações junto a diversos atores sociais (FORTES e RIBEIRO, 2014).

Segundo Kishore et al. (2011), investimentos em pesquisa e ensino na área da saúde sempre tiveram um papel importante na melhoria na qualidade de vida da população, mas entre os desafios do século XXI, os estudos globais com *drivers* interconectados, abrangendo disciplinas que transcendam as fronteiras, são cruciais, pois repercutem tanto na saúde individual, como na saúde coletiva das nações.

O futuro catalisado pela pandemia de Covid-19, mostrou à humanidade a importância de estudar e olhar para a saúde dos povos e do planeta de forma sistêmica e global. Mais do que nunca, entendeu-se que estamos todos interligados e conectados em uma mesma casa, chamada planeta Terra.

Para Nittas et al. (2020), a Covid-19 ensinou o quão frágeis são os sistemas de saúde e o quanto é necessário confiar em lideranças em saúde qualificadas para prevenir desastres globais. No entanto, para os resultados serem bem-sucedidos, é preciso investir em educação em saúde global, no sentido de formar lideranças colaborativas, comunicativas e aptas às tomadas de decisão consciente.

Segundo Middleton et al. (2021), a pandemia de Covid-19, em muitos casos, colocou os profissionais de saúde no centro das atenções da liderança pública e demonstrou a necessidade desses profissionais desenvolverem habilidades como: liderança, colaboração, comunicação e familiaridade com a tecnologia.

As modificações ambientais, impostas pelos atuais padrões de consumo e de produção das sociedades, alteraram significativamente os ambientes naturais, poluindo o meio ambiente físico, consumindo recursos naturais sem critérios adequados, aumentando o risco de exposição a doenças e atuando negativamente na qualidade de vida da população (PHILIPPI JR e MALHEIROS, 2014).

As mudanças ambientais globais estão no cerne da discussão da saúde global. Os impactos ambientais reforçam a importância da sustentabilidade na agenda da saúde global, visto que as interações entre sistemas naturais e sociais afetam a qualidade de vida e saúde das populações.

Neste sentido, observa-se uma crescente impossibilidade de resolver problemas complexos sem que ocorra uma mudança nos sistemas de conhecimento, dos valores e dos comportamentos gerados pela dinâmica de racionalidade existente, fundada essencialmente nos aspectos econômicos do desenvolvimento.

Segundo Grandisoli e Jacobi (2020), a construção de sociedades sustentáveis depende de mudanças sensíveis e complexas em diferentes esferas, desde a pessoal (incluindo percepções, valores, atitudes, comportamentos e relações) até a planetária (considerando as interações entre componentes políticos, culturais, ambientais, sociais, econômicos, entre outros).

O paradigma da sustentabilidade na saúde depende, de forma cada vez mais urgente, do estabelecimento de caminhos que propiciem a formação de indivíduos que compreendam a realidade de maneira mais sistêmica, integrada, interdisciplinar, facilitando que pessoas e organizações façam escolhas cada vez mais fundadas em um bem-estar coletivo e global.

O avanço rumo à sustentabilidade na saúde global é permeado por obstáculos, e o caminho a ser desenhado passa necessariamente pela educação, em uma busca por mudança no acesso ao conhecimento, à informação, às transformações institucionais e à formação de lideranças focadas em premissas que norteiam a construção de uma sociedade mais sustentável e saudável.

A sustentabilidade ligada à saúde global fortalece valores coletivos e solidários, a partir de práticas educativas contextualizadas e problematizadoras, que partem de problemas complexos, interdisciplinares e globais, que exigem além de diplomacia em saúde, parcerias sólidas e o estabelecimento de uma rede educacional global em prol de caminhos mais saudáveis e sustentáveis.

Stuhlmiller e Tolchard (2018) indicam que a saúde global acadêmica vem ganhando espaço nas universidades, não só no campo das ciências da saúde, como também nos campos de arquitetura, ciências ambientais, direito, antropologia, geografia, comuni-

cação e ciência política. Na última década, muitas instituições de ensino incluíram em seus programas a educação em saúde global, por meio da inclusão de disciplinas, desenvolvimento de competências e consenso da globalização na educação em saúde.

A saúde global tem gerado um interesse crescente de instituições acadêmicas, que, como locais de ensino e aprendizagem, têm um papel fundamental a desempenhar na educação, pesquisa e prática em saúde global (WERNLI et al., 2016).

No entanto, apesar da crescente popularidade no ensino e das carreiras em saúde global, autores reconhecem a existência de obstáculos, pois ainda não há uma estrutura universal acordada para educação em saúde global (EVERT e LOELIGER, 2015; GUZMÁN et al., 2021) e cada programa é reflexo de seus próprios pontos fortes institucionais, capacidades de ensino, agenda de saúde global e abordagem ética.

Wernli et al. (2016) destacam que um dos desafios é o estabelecimento de tópicos e métodos de ensino adequados, a fim de garantir profundidade, interdisciplinaridade e coerência nos currículos de saúde global.

Para Ribeiro (2016), é necessário incrementar as pesquisas e desenvolver o ensino de modo a formar profissionais qualificados para trabalhar com questões complexas que impactam a saúde das nações, para além das fronteiras territoriais.

Dias et al. (2017) reforçam a importância dos programas de ensino em saúde global desenvolverem habilidades para que os profissionais atuem no mundo globalizado. Kishore et al. (2011) acrescentam a colaboração internacional como parte essencial em projetos de pesquisa e ensino em saúde global, visando o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes.

Assim, a educação em saúde global deve apresentar caráter interdisciplinar, colaborativo e cooperativo para além das fronteiras nacionais, atuando de forma integrada e envolvendo profissionais de diferentes regiões, culturas, formação e experiência.

Wernli et al. (2016) ressaltam seis princípios fundamentais da educação em saúde global: a interdisciplinaridade, os direitos humanos, a abordagem transnacional, a inovação, o pensamento sistêmico e a sustentabilidade.

A sustentabilidade no campo da educação em saúde global fortalece a complexidade emergente do conhecimento interdisciplinar e transfronteiriço, integrando ciências sociais, ambientais e econômicas dentro de um contexto global.

Para Ventura et al. (2020) a sustentabilidade é um elemento fundamental da agenda de pesquisa no campo da saúde global. A incorporação da sustentabilidade ao campo da educação em saúde global lança luz às interações entre sistemas ambientais, sociais, econômicos e culturais que podem comprometer a saúde das nações e amplia o olhar

dos estudantes para além das mudanças ambientais globais, como proposta de engajamento para repensar valores e relações para promoção da saúde, tanto no aspecto local, como global.

Guzman e Potter (2021) atribuem às instituições de ensino a responsabilidade de incorporar estratégias de ensino e aprendizagem que fortaleçam mudanças transformadoras em prol da saúde do planeta. Leff (2001) destaca a impossibilidade de resolver os crescentes e complexos problemas ambientais sem que ocorra uma mudança nos sistemas de educação.

Para Grandisoli (2018), a educação no âmbito da sustentabilidade está diretamente vinculada à utilização de metodologias ativas de aprendizagem, na busca da construção de um mundo mais dialógico e sustentável. As metodologias ativas colocam o foco do processo de ensino e de aprendizagem no aluno, envolvendo-o na aprendizagem por descoberta, investigação ou resolução de problemas (MORAN, 2018).

Diante do exposto, ao reunir a sustentabilidade na agenda da educação em saúde global, como aposta para formar futuros profissionais e pesquisadores, a educação e a ciência avançam na perspectiva interdisciplinar para abordar questões complexas, com impactos de alcance local, nacional e global, em tempos globalizados e sociedades interdependentes.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo compreender como cursos de Pós-Graduação em Saúde Global incorporam questões de sustentabilidade em seus programas, por meio da análise de estudos de caso na Universidade de São Paulo (USP) no Brasil, na Universidade de Barcelona (UB) na Espanha e na Universidade de Genebra (UNIGE) na Suíça.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método definido para investigar a incorporação das questões de sustentabilidade nos cursos de Pós-Graduação em Saúde Global, em três instituições de ensino, foi estudo de caso, retratando múltiplos casos. Segundo Yin (2005), o estudo de caso permite a investigação de um fenômeno dentro de um contexto real, baseia-se em diversas fontes de pesquisa, programas bem-sucedidos e pode ser utilizado para explorar situações cujas intervenções não apresentam resultado simples e único.

O estudo focou na seleção de universidades de excelência, creditadas pelo mundo científico e com sólida atuação no campo da saúde. Com reconhecimento nacional e in-

ternacional, as universidades definidas como objeto de pesquisa apresentam histórico consolidado na área das ciências da saúde e da saúde global.

De acordo com dados apresentados pelo Times Higher Education (2021), as universidades selecionadas apresentaram resultados de excelência no *World University Rankings* 2021, que abrange mais de 1.500 universidades e busca mensurar o desempenho das instituições nas áreas do ensino e pesquisa sob a perspectiva internacional.

Mesmo localizadas em países com realidades socioeconômicas distintas, como é o caso de Brasil, Espanha e Suíça, as três universidades elencadas estão entre as líderes no campo da educação em saúde global (CIANFAGNA et al., 2021). Nelas os programas foram criados a partir de 2010 e, com cerca de uma década de atuação, representam o pioneirismo frente à educação em saúde global no mundo.

Entre os procedimentos metodológicos adotados, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os temas que compõem o escopo do estudo proposto (saúde global, educação em saúde global e sustentabilidade) e uma pesquisa documental, com utilização de dados primários e secundários, a fim de conhecer o estado da arte e caracterizar os programas de pós-graduação (PPG) nas três instituições estudadas.

Também foi realizada a pesquisa de campo, com coleta de dados empíricos por meio de questionários digitais, quanti e qualitativos, aplicados junto aos coordenadores e estudantes dos programas de forma *on-line*, utilizando a plataforma *Google Forms e Microsoft Teams*. Os questionários foram estruturados buscando elucidar elementos sobre como e se as questões de sustentabilidade estão incorporadas nos programas.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de leitura e análise da literatura especializada disponível em artigos científicos, por meio de busca em bases bibliográficas, como: *Scielo*, Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo, *Web of Science*, Biblioteca Virtual de Saúde, *The Lancet Planetary Health* e *Science Direct*. As principais palavras-chave usadas na busca foram: saúde global, educação em saúde global, sustentabilidade, educação para sustentabilidade e, em inglês: *global health*, *global health education* e *sustainability*.

A partir das pesquisas documentais nos sites das universidades, foi possível mapear e iniciar contato por meio de correio eletrônico e redes sociais com estudantes e coordenadores dos PPG em Saúde Global das Universidades de São Paulo, Barcelona e Genebra. Após o projeto ser aprovado no Comitê de Ética, os contatos com os participantes foram iniciados em maio de 2021 e os levantamentos de campo foram realizados até dezembro de 2021.

A amostra total de alunos na pesquisa de campo e documental consistiu em 44 estudantes, sendo 38 da USP, cinco da UB, um da UNIGE, mais dois representantes da coordena-

ção dos cursos. A amostra total de alunos mapeados consistiu em 58 pesquisadores, 34 mulheres e 24 homens, sendo a representação feminina na amostra estudada (58%), compatível com o fenômeno da feminização de cursos ligados à área de saúde (DIAS, 2020).

Em relação à faixa etária dos estudantes, vale destacar que somente os Programas da Suíça e do Brasil são compostos por alunos com idade mais avançada (a grande maioria apresenta entre 30 e 50 anos), enquanto entre os alunos de Barcelona, a média de idade gira em torno de 26 anos. A disparidade presente entre as faixas etárias pode ser atribuída aos diferentes níveis de formação na pós-graduação (Mestrado ou Doutorado) existentes entre os Programas. Tanto no Brasil, como na Suíça, os Programas são de Doutorado, compostos (quase que exclusivamente) por alunos que apresentam uma maior experiência acadêmica e passagem prévia pelo mestrado. Enquanto os alunos do Programa de Barcelona são mais jovens, recém-formados da graduação e muitos pela primeira vez experienciam a pesquisa por meio do Mestrado.

RESULTADOS

Programa Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil

Entre os cursos de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP, o Programa Saúde Global e Sustentabilidade se destaca no país com a interface internacional da saúde coletiva. O Programa teve início em agosto de 2013, a partir do protagonismo dos Professores Paulo Fortes e Helena Ribeiro, que identificaram a crescente importância da saúde pública na agenda mundial das organizações internacionais, instituições filantrópicas e no setor privado.

Considerado pioneiro no campo da educação em Saúde Global, o Programa é o primeiro no nível de doutorado no Brasil, e tem como objetivo formar docentes e pesquisadores com ênfase em políticas, sistemas e instituições internacionais de saúde global e ambiente sustentável; e em sustentabilidade, deslocamentos humanos e modos de vida no contemporâneo (FSP, 2021).

O Programa visa formar profissionais (pesquisadores, docentes e líderes) altamente qualificados na área da Saúde Global e Sustentabilidade; desenvolver e internacionalizar a produção científica; aperfeiçoar seus métodos; estendê-la a outros enfoques e

temas prementes, buscando constituir uma produção brasileira e latino-americana da Saúde Global, com ênfase na sustentabilidade e na busca da equidade global.

Desde sua criação até dezembro 2021, o Programa teve 39 teses defendidas, sendo: quatro teses em 2017, treze teses em 2018, nove teses em 2019, sete teses em 2020 e seis teses em 2021 (BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES DA USP, 2022).

Todas as teses apresentadas e pesquisas em andamento pertencem a área de concentração Saúde Global e Sustentabilidade e estavam inseridas dentro das três linhas de pesquisa do Programa: (i) Políticas, sistemas e instituições internacionais de saúde global e ambiente sustentável; (ii) Metodologias estatísticas para a análise comparativa de fatores de risco, morbidade, mortalidade e sistemas de saúde dos países; e (iii) Sustentabilidade e modos de vida.

Caracterizado por princípios de internacionalização e interdisciplinaridade, o Programa apresenta discentes de diferentes nacionalidades: Brasil (89%), Estados Unidos da América (3%), Uruguai (3%), Moçambique (3%) e Cabo Verde (2%), sendo representantes 58% do gênero feminino e 42% gênero masculino.

Com estudantes de faixa etária entre 23 e 58 anos, a pesquisa retrata a diversidade de pesquisadores que compõem o corpo discente, com profissionais de diferentes áreas de formação, como direito (15%), relações internacionais (15%), psicologia (10%), biologia (7,5%), engenharia (7,5%), enfermagem (5%), geografia (5%), medicina (5%), nutrição (5%), ciências sociais (5%), administração (2,5%), ciências ambientais, comunicação social (2,5%), gestão ambientais (2,5%), história (2,5%), obstetrícia (2,5%), pedagogia (2,5%) e turismo (2,5%).

Ainda sobre a formação dos estudantes, observou-se que a grande maioria é graduada de instituições brasileiras (95%) e públicas (54%). Muitos dos estudantes vêm de faculdades de referência, que valorizam a iniciação científica e a pesquisa, como USP, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Pontifícia Universidade Católica, Universidades Federais e Estaduais.

Também se destacam alunos que concluíram a graduação em instituições de ensino internacionais, como University of Minnesota nos EUA e Universidade Eduardo Mondlane em Moçambique e que contribuem com diferentes olhares e percepções acerca da saúde global.

Dos alunos que realizaram mestrado prévio, 9% estudaram em instituições no exterior e 91% estudaram em instituições brasileiras, como USP, UNESP, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade de Brasília (UnB), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), Fundação Getulio Vargas (FGV), Ins-

tituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo (IPT), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), Centro Universitário Senac, Fundação Oswaldo Cruz. Dos alunos que cursaram o mestrado em instituições internacionais, destacam-se Université de Strasbourg (na França), Trinity College em Dublin (na Irlanda), University of Sheffield (na Inglaterra).

Com a pesquisa foi possível identificar que os cursos de mestrado realizados pelos alunos são das áreas da saúde (40%), meio ambiente (18%), saúde ambiental (15%), ciências sociais (15%), direito e políticas públicas (12%).

Durante a pós-graduação, alguns dos alunos do Programa relataram a oportunidade de estagiar no exterior. Cerca de 18% dos estudantes tiveram experiências acadêmicas significativas em países como Alemanha, Portugal, Inglaterra e Reino Unido, por meio de bolsas de estudos.

A pesquisa apontou que 27% dos estudantes têm a bolsa de estudos como principal fonte de renda. Enquanto a maior parte dos estudantes, 73%, relatou a necessidade econômica de conciliar o doutorado com outros trabalhos, com atuação em organizações não governamentais, empresas privadas, instituições públicas ou ainda como prestadores de serviços autônomos.

Dentre as atividades profissionais relatadas pelos estudantes, destacam-se a atuação como pesquisadores, servidores públicos, professores, psicólogos, gestores ambientais, médicos, advogados, analistas de políticas sociais, técnicos em laboratórios, assistente de relações internacionais e consultores na área da saúde, meio ambiente e cooperação humanitária internacional.

Dos estudantes do Programa que participaram do presente estudo, 100% do grupo reconhece que questões relacionadas à sustentabilidade estão inseridas no Programa de Saúde Global da FSP da USP, destacando que esta incorporação se dá principalmente por meio das disciplinas oferecidas aos alunos, linhas de pesquisa, temas dos projetos desenvolvidos e pela produção científica de alunos, docentes e egressos.

Programa Saúde Global do Instituto de Saúde Global da Faculdade de Medicina da Universidade de Genebra, Suíça

A Faculdade de Medicina da UNIGE é composta por 24 Institutos, entre eles o Instituto de Saúde Global (ISG), que se destaca por fortalecer relações institucionais e internacionais com foco na saúde (FACULTÉ MÉDICINE, 2021). O ISG foi fundado em 2014 com o objetivo de desenvolver o campo da saúde global, devido à localização

privilegiada da Universidade em Genebra, cidade que acolhe grande parte dos atores mundiais da saúde global (GLOBAL HEALTH INSTITUTE, 2021).

As parcerias locais e internacionais fazem do ISG um polo de saúde reconhecido mundialmente. Entre parcerias, destacam-se os trabalhos realizados junto com *Geneva Health Forum*, com o *Geneva Centre of Humanitarian Studies*, com *Registre Genevois des tumeurs* e com *World Federation of Public Health Associations*.

O Programa de Doutorado em Saúde Global do ISG da Faculdade de Medicina da UNIGE, foi fundado pelo Prof. Antoine Flahault, como uma resposta à necessidade urgente de desenvolver pesquisas no campo da saúde pública e global. O principal objetivo do Programa é preencher as lacunas existentes entre o conhecimento prático, as habilidades acadêmicas e técnicas no campo da saúde global (GLOBAL HEALTH INSTITUTE, 2017).

Destinado aos profissionais da área da saúde, o curso também abrange profissionais de outras áreas de formação, com interesse em ampliar o seu entendimento sobre questões no campo da saúde global. Segundo informações do Global Health Institute (2021), o campo da saúde global é interdisciplinar e prevê a implementação de soluções inovadoras, acessíveis e sustentáveis para questões de saúde que transcendem as fronteiras nacionais.

O Programa é direcionado aos profissionais residentes na Suíça e no exterior, com potencial para formação de líderes globais em saúde, professores acadêmicos e pesquisadores (GLOBAL HEALTH INSTITUTE, 2021).

De acordo com dados publicados no portal do Global Health Institute (2021), o curso combina o ensino presencial e à distância, permitindo aos alunos trabalharem e estudarem de diferentes regiões e países. A tese pode ser realizada dentro de um grupo de pesquisa da UNIGE ou em outra universidade (na Suíça ou no exterior), ou no contexto organizacional, caso o aluno trabalhe em alguma organização internacional, ONG ou em uma empresa do setor público ou privado.

Durante a realização do estudo de campo, foram identificados 15 alunos matriculados no Programa de Doutorado em Saúde Global da UNIGE, sendo, 53% representantes do gênero feminino e 47% do gênero masculino, de nacionalidades como: Itália, Suíça, México, Filipinas, Guiné, Japão, República do Quirguistão, Líbano, Haiti, França, Japão, Colômbia, Reino Unido e Bangladeche.

Sobre a graduação dos estudantes, 40% são da área da medicina, 20% da biologia, 13% da nutrição, 7% da enfermagem e 20% das ciências sociais e políticas, que relataram que a incorporação de questões ligadas a sustentabilidade, se dá, principalmente, por meio da oferta disciplinas eletivas com temas ambientais e objetivos de desenvolvimento sustentável.

Programa de Saúde Global do Instituto de Saúde Global da Universidade de Barcelona, Espanha

O Instituto de Saúde Global de Barcelona (ISGlobal) é o resultado de uma aliança inovadora entre instituições acadêmicas e governamentais para contribuir com os esforços da comunidade internacional para enfrentar os desafios da saúde em um mundo globalizado. O ISGlobal consolida um instituto de excelência baseado na investigação e na geração de conhecimento científico, por meio de Programas, Grupos de Pesquisa, e na sua atuação em áreas de Treinamento e Análise e Desenvolvimento em Saúde Global (FACULDADE DE MEDICINA E CIÊNCIA DA SAÚDE, 2021).

O objetivo dos projetos que integram a agenda do ISGlobal é corrigir as desigualdades no estado de saúde das diversas populações do mundo, por meio de uma metodologia de trabalho que combina análise multidisciplinar, baseada em evidências científicas, com impacto baseado na influência na agenda global e diretamente em projetos de desenvolvimento internacional (ISGLOBAL, 2021).

A missão do ISGlobal é melhorar a saúde e promover a equidade na saúde por meio da excelência em pesquisa e aplicação de conhecimento, e de valores como: excelência; respeito pela diversidade; imparcialidade, responsabilidade e transparência; independência; compromisso com a saúde pública; padrões éticos; criatividade em um ambiente de trabalho amigável.

O ISGlobal tem como visão ser um centro internacional de referência em pesquisas em saúde global, trabalhando para um mundo em que todas as pessoas possam desfrutar de boa saúde (ISGLOBAL, 2021). O Instituto nasceu oficialmente em 2010 sob o impulso da Fundação “la Caixa” e de instituições acadêmicas e governamentais que buscaram oferecer a Barcelona um centro de pesquisa que responda aos desafios da saúde global no século 21, em parceria com a UB e a Universidade Pompeu Fabra (ISGLOBAL, 2021).

A investigação é a espinha dorsal do Instituto, que desenvolve a atividade científica com uma abordagem translacional e em colaboração com múltiplos parceiros e colaboradores, desenvolvendo pesquisas multidisciplinares focadas em duas áreas principais: doenças infecciosas e doenças não transmissíveis e meio ambiente (ISGLOBAL, 2021).

O ISGlobal contribui para a formação dos diversos profissionais que atuam na área da saúde global com um programa acadêmico de excelência e, embora os campi estejam localizados em Barcelona, a atividade do ISGlobal é focada em uma perspectiva global, com projetos de pesquisa na África e na América Latina.

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Global tem como objetivo melhorar a saúde e a igualdade na saúde entre as populações mais vulneráveis em todo o mundo, reunindo profissionais e estudantes de várias áreas (ISGLOBAL, 2021).

Coordenado pela Professora Dra. Núria Casamitjana Badia, o Programa de Mestrado em Saúde Global é oferecido na modalidade presencial e apresenta duas linhas de pesquisa: Estudos Transdisciplinares em Saúde Global ou Saúde Internacional (ISGLOBAL, 2021).

Durante a realização do estudo de campo, foram identificados 32 alunos efetivos no Programa Saúde Global do ISGlobal da Universidade de Barcelona, da Faculdade de Medicina e Ciência da Saúde (2021), sendo 80% do gênero feminino e 20% do gênero masculino, com faixa etária entre 20 e 40 anos.

Sobre a nacionalidade dos estudantes: 40% são da Espanha, 20% da Alemanha, 20% Estados Unidos da América e 20% de Gana. A maioria dos alunos realizaram a graduação em áreas das ciências biológicas (20%), saúde pública (20%), comunicação (20%), ciências do comportamento (20%) e farmácia (20%).

A maioria dos estudantes veio de instituições públicas (80%) de continentes como Europa, América do Norte e África. Apenas 20% dos estudantes confirmaram ter bolsa de estudo e estagiar no exterior (Colômbia) durante a realização da Pós-Graduação. Os demais alunos, relataram obter sua principal fonte de renda conciliando os estudos com a atuação profissional em empresas privadas ou organizações não governamentais na área da saúde.

Os estudantes que participaram do estudo reconhecem que questões relacionadas à sustentabilidade estão inseridas no Programa, destacando que esta incorporação se dá principalmente por meio da realização de eventos científicos, discussões sobre o tema e disciplinas oferecidas pelo ISGlobal.

DISCUSSÃO

A partir da revisão teórica e dos dados coletados no estudo de casos proposto, foi possível construir uma análise dos resultados encontrados sobre a incorporação da sustentabilidade na educação em saúde global. As evidências coletadas e sistematizadas serviram como ponto de partida para reflexões acerca da educação em saúde global e possíveis interfaces com o campo da sustentabilidade, com destaque para: (i) Potencialidades da educação em saúde global encontradas na interdisciplinaridade e internacionalização; (ii) Determinantes sociais de saúde e os problemas ambientais na agenda da

saúde global acadêmica; (iii) Estratégias de ensino na educação em saúde global como estratégia em prol da sustentabilidade.

Segundo Evert e Loeliger (2015), a natureza multifacetada e interdisciplinar da saúde global acadêmica compõe um campo do conhecimento que possui muitos caminhos educacionais e muitas carreiras que levam a ela e se originam dela. Para Markle et al. (2015) profissionais e pesquisadores de diversas áreas têm se dedicado ao campo da saúde global, na tentativa de promover a melhoria mundial da saúde, reduzir disparidades e fomentar a proteção contra ameaças globais que desconsideram as fronteiras territoriais.

Com a realização do estudo, foi possível observar que, no Brasil, em Barcelona e em Genebra, o quadro discente é composto por estudantes de diferentes áreas de formação: administração, biologia, ciências sociais, comunicação social, direito, enfermagem, engenharia, farmácia, geografia, gestão ambiental, gestão em saúde pública, história, medicina, nutrição, pedagogia, psicologia, relações internacionais e turismo.

Verificou-se que profissionais de diferentes áreas do conhecimento têm interesse pela interdisciplinaridade que compõe o campo da saúde global, com projetos de pesquisas e grupos de trabalho que permeiam os saberes das áreas das ciências biológicas, ciências da saúde, ciências exatas, ciências sociais e ciências humanas.

Com o relato das coordenadoras dos cursos de pós-graduação, foi possível verificar que a interdisciplinaridade é um dos pilares chave para o campo acadêmico da saúde global e, mais do que estar presente nos Programas, ela impulsiona o olhar ampliado para questões de saúde, para muito além das áreas biomédicas e tecnicistas.

O ensino pautado na prática interdisciplinar é fundamental para a formação dos profissionais com uma visão global do mundo, corroborando em formar pesquisadores, professores ou gestores aptos em articular, contextualizar e propor soluções frente aos desafios da saúde no mundo globalizado.

A interdisciplinaridade compõe o campo da saúde global que rompe além das fronteiras territoriais, as fronteiras entre as diversas áreas do saber (biológicas, exatas, humanas), integrando diferentes disciplinas, atores sociais e fortalecendo a complexidade em torno do campo em suas múltiplas vertentes, que dialogam diretamente com a sustentabilidade.

A abrangência de temas que permeiam os discursos com enfoque na saúde global foi notória junto à pesquisa de campo com estudantes. Os temas estudados transitam entre as diversas áreas e carregam consigo os desafios e as potencialidades de determinantes sociais da saúde, a partir de reflexões em contextos globais.

A ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, incluem uma diversidade de narrativas que dialogam com fatores sociais, fatores ambientais, fato-

res econômicos, fatores culturais, fatores étnicos/raciais, fatores psicológicos e fatores comportamentais, que impulsionam a abrangência de temas interdisciplinares na saúde global e sustentabilidade, em diferentes contextos geográficos.

A partir da análise das palavras-chave dos estudos em andamento, foi construída uma nuvem de palavras (Figura 1) com os temas gerais mais representativos, ilustrando de forma sistematizada o escopo abrangente do campo de conhecimento em curso e, a predominância ainda de temáticas que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou da população.



Figura 1 – Nuvem de palavras-chave das teses em andamento nos três Programas

Fonte: Batich, 2022

O escopo de abordagens no campo da saúde global presentes nos estudos em andamento é abrangente, com temas que envolvem: sistemas de saúde, saúde ambiental e mudanças ambientais globais, estudos epidemiológicos e doenças infecciosas, tratamentos médicos e medicina preventiva, gestão e políticas em saúde, biotecnologia, estudos de saúde supraterritoriais, relações internacionais e diplomacia em saúde global, entre outros.

No entanto, apesar da essência interdisciplinar do processo de saúde-doença presente no campo da saúde global e do reconhecimento desse tipo de abordagem, tanto na literatura, como pela coordenação pedagógica dos Programas, percebe-se uma maior tendência da UNIGE e da UB em conduzir pesquisas mais focadas no processo saúde-doença, principalmente, com estudos que lançam luz às doenças infecto-parasitárias e/ou não transmissíveis, sobretudo em países de mais baixa renda.

O Brasil se destaca por ter uma diversidade de temas abrangentes e estudos que permeiam as ciências sociais, ambientais e de saúde, tanto nos países do sul, como do norte, focando sobretudo os determinantes sociais e ambientais da saúde.

Com o diagnóstico realizado, foi possível observar possíveis fragilidades quanto à prática interdisciplinar nos projetos de pesquisa, pois muitos dos temas apresentados pelos estudantes culminam em sugestões disciplinares dentro dos escopos mapeados. Perez (2018) define a interdisciplinaridade como a integração entre as disciplinas e a superação da fragmentação do conhecimento. Piaget (1981) defende que a interdisciplinaridade é o intercâmbio mútuo e a integração recíproca entre as várias ciências, durante o processo de construção do conhecimento.

Apesar da variedade de temas, as lacunas de conexão entre as áreas e o estabelecimento de tópicos e métodos de ensino que garantam a interdisciplinaridade com profundidade e coerência, pode ser atribuída ao processo formativo do estudante.

Nas três instituições de ensino, a jornada do estudante da Pós-Graduação em Saúde Global é composta por disciplinas nas Faculdades de Medicina (Barcelona e Genebra) ou de Saúde Pública (Brasil). Além disso, na maior parte do tempo, o estudante se dedica ao desenvolvimento da pesquisa de forma solitária, com trocas e cooperação entre pares pontuais e/ou inexistentes.

Os alunos conduzem suas pesquisas (teóricas e de campo) por dois ou quatro anos (mestrado e doutorado, respectivamente) em um processo de aprendizado solitário, somente com o apoio e supervisão do professor orientador e, em alguns casos, do co-orientador.

Durante a formação dos mestres e/ou doutores em saúde global, além das disciplinas, foram identificados poucos momentos de formação coletiva, que oportunizam discussões colaborativas, com práticas educacionais que possibilitem e estimulem reflexões interdisciplinares, a partir de encontros pedagógicos e dialógicos entre pares.

Dos encontros de formação coletiva identificados, ressalta-se três iniciativas:

- **Seminário de Teses do Programa Saúde Global e Sustentabilidade da FSP da USP:** Evento anual que teve sua 3ª edição e, desde 2020, oportuniza a discussão em torno das pesquisas realizadas pelos doutorandos, em debates

de 20 min com a participação dos alunos (no formato presencial ou remoto), em mesas redondas, organizadas de acordo com estágio de produção da tese (metodologia, resultados parciais ou resultados). O evento é organizado por uma comissão de alunos, e conta com a mediação de professores debatedores e suporte da coordenação.

- **Estudos interdisciplinares em Saúde Global da UB:** Uma disciplina obrigatória para todos os alunos da saúde global, mediada por professores renomados e profissionais de mercado convidados, com sólida experiência de trabalho em saúde global, advindos de universidades internacionais, centros de pesquisa, organizações Públicas, de empresas privadas e ONGs.
- **Série de Seminários sobre Metodologia e Saúde Global da UNIGE:** Evento mensal on-line, que iniciou em novembro de 2021 e em cada encontro um aluno tem a oportunidade de apresentar sua metodologia de pesquisa para o grupo de alunos do Programa. O evento tem como finalidade que os alunos aprendam sobre as diferentes metodologias e possíveis abordagens em Saúde Global, em um espaço de aprendizado entre pares, que proporciona ao aluno um ambiente seguro para se expressar livremente.

Foi identificado que 30% dos alunos se dedicam exclusivamente ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global. A maior parte dos estudantes (70%) exerce outra atividade profissional como principal fonte de renda. Dentre as principais atividades incluem: práticas docentes, profissionais da área da saúde (médicos, psicólogo, farmacêutico), consultoria de projetos as áreas do meio ambiente, saúde, políticas públicas, direito, cooperação humanitária e relação internacionais. Experiências profissionais que oportunizam a multiplicação do conhecimento adquirido nas universidades, por meio de práticas pedagógicas e institucionais, que corroboram com a aplicabilidade em projetos reais no mercado de trabalho, em organizações públicas, privadas e não governamentais.

Autores apontam que, na última década, o interesse dos profissionais pela saúde global acadêmica fez com que este campo do conhecimento ganhasse espaço nas universidades de todo mundo (FORTES e RIBEIRO, 2014; EVERT e LOELIGER, 2015; WERNLI et al., 2016; DIAS et al., 2017).

A crescente demanda por educação em Saúde Global levou a um grande aumento de cursos universitários. Nos Estados Unidos da América do Norte, o número de programas em Saúde Global passou de 6 em 2011, para 78 em 2011 e cerca de 250 em 2014 (HANEFELD e FISHER, 2021).

Stuhlmiller e Tolchard (2018) destacam que as instituições da área da medicina são as que normalmente protagonizam os programas de educação em saúde global, com vis-

tas a priorizar a saúde para todas as pessoas no mundo. Esta configuração presente na literatura, é encontrada nas universidades estudadas, as quais possuem programas em saúde global criados a partir de 2010, dois ofertados por faculdades nas áreas da medicina, como Barcelona e Genebra, e um da saúde pública, como o Brasil.

Além dos países da América Latina, a educação em saúde global também se faz presente em universidades de países como Suíça, Espanha, EUA, Inglaterra e Dinamarca (CIANFAGNA et al., 2021), que como locais de ensino e aprendizagem têm um papel fundamental a desempenhar na educação, pesquisa e práticas de saúde global.

No entanto, apesar de acadêmicos de diversas partes da Europa, América do Norte, América do Sul, América Central, se dedicarem ao campo da saúde global, nota-se a limitada participação de alunos de outros continentes, como asiáticos e africanos nos Programas estudados, sobretudo no Brasil e Espanha.

A diversidade internacional presente nos Programas se materializa nos projetos de pesquisa, que potencializam os diferentes saberes, olhares, experiências, culturas e percepções acerca da saúde no contexto da globalização e, principalmente, em relação aos determinantes sociais de saúde global, que incluem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos e raciais, psicológicos e comportamentais.

Demir (2022) enfatiza a importância da saúde global acadêmica como uma proposta para redução das desigualdades em saúde, por meio da descolonização da educação e pesquisa em saúde global, com o reconhecimento dos legados da colonização dos países nos resultados da saúde, na abordagem das desigualdades raciais em saúde e do aumento da alfabetização racial na educação e pesquisa em saúde global.

Assim, considera-se que os Programas de Saúde Global apresentam uma contribuição positiva na constituição da agenda da saúde que enfatiza redução das desigualdades em saúde entre os povos e países, com muitos estudos importantes sendo aplicados e conduzidos em países do sul global.

A internacionalização dos Programas como estratégia para superação dos desafios encontrados na saúde global acadêmica também se mostrou eficaz na busca por soluções aos problemas globais complexos. O estabelecimento de parcerias internacionais entre instituições de ensino e pesquisa, com a inclusão de docentes e discentes de diferentes nacionalidades e vivências educacionais no exterior, possibilitam a formação de profissionais com olhar ampliado para questões de saúde e seus determinantes sociais.

Os diferentes contextos geográficos, culturais e socioeconômicos corroboram com o olhar investigativo, inclusivo e solidário que estudantes de pós-graduação em saúde global necessitam adquirir ao longo da formação, para gerar mudanças no mundo. Incentivos para que estudantes possam ter vivências internacionais e, para que mais

jovens, principalmente de países do sul global, se apropriem de temas ligados à saúde global são vitais para promoção deste campo e para a diminuição das desigualdades em saúde entre os povos e países.

As desigualdades em saúde no mundo globalizado são motores de transformação, que impulsionam o campo da saúde global na busca constante por uma agenda de pesquisas e projetos que valorizem os princípios da equidade, justiça social e da boa saúde para todas as pessoas no mundo.

O estabelecimento de parcerias internacionais, de ação fundadas em laços de confiança e compromisso, bem como a solidariedade e empatia são fundamentais frente aos desafios da saúde global. Todos esses pontos, de alguma forma, espelham um significativo aumento na compreensão da intrínseca complexidade entre fatores ambientais, sociais e econômicos que contribuem para o desenvolvimento de um pensamento mais crítico e reflexivo, em prol da sustentabilidade no campo da saúde global.

A contribuição dos Programas de Educação em Saúde Global ao longo destes 10 anos, realça a importância do campo para enfrentar os desafios urgentes de saúde supraterritoriais, com a realização de pesquisas em perspectivas internacionais, envolvendo diferentes atores sociais globais. Mesmo com recursos escassos, a educação e a pesquisa em Saúde Global indicam a potência a ser alcançada na busca por soluções e reflexões acerca dos problemas planetários trazidos pelo Antropoceno. Esse período, caracterizado pelo impacto humano sobre o meio ambiente, move a ciência a impulsionar novas soluções e modos de vida mais justos, saudáveis e sustentáveis.

Partindo da premissa que os problemas e as soluções em saúde global dependem de questões de saúde ligadas aos pilares ambientais, sociais, econômicos e culturais da sustentabilidade, um dos primeiros relatos das coordenadoras pedagógicas dos Programas foi sobre a relevância da sustentabilidade no contexto da saúde global.

Muitas das questões de saúde estão diretamente relacionadas com questões ambientais e com questões de sustentabilidade ... Há muitas décadas já se falava dos três pilares da sustentabilidade... Estes pilares- ambiental, econômico e social, são cruciais para ter saúde, sobretudo no âmbito mundial, onde existe uma disparidade muito grande de condições de saúde de um país para outro... Na América Latina, por exemplo, a falta de saneamento causa uma desigualdade ambiental que se reflete em uma desigualdade em saúde muito grande... Então é impossível pensar na equidade em saúde e na saúde como um direito humano fundamental, se você não trabalha as questões mais amplas. Não dá para trabalhar nas questões individualmente, e as questões mais amplas estão fortemente ligadas à sustentabilidade do planeta. Profa. Dra. Helena Ribeiro (Coordenadora do Programa Saúde Global e Sustentabilidade da USP).

A sustentabilidade é muito importante no campo da saúde global. As soluções para problemas e desafios globais de saúde precisam ser sustentáveis. Profa. Dra. Núria Casamitjana (Coordenadora do Programa Saúde Global da UB).

Apesar da sustentabilidade ser relevante no contexto da saúde global e estar presente nos Programas estudados, a incorporação desta pauta nas práticas educacionais ainda é desafiadora e ocorre por meio de diferentes estratégias locais.

No Brasil, a interface com a sustentabilidade está presente desde o nome do curso, em linhas de pesquisa e disciplinas, até em campos mais práticos como em projetos de pesquisa, nos trabalhos dos alunos e na produção científica como um todo. Enquanto em Barcelona e Genebra as questões ligadas à sustentabilidade se limitam aos campos mais teóricos, como disciplinas, eventos científicos com discussões sobre o tema.

De acordo com Guzmán et al. (2021), a inserção de pautas ligadas à sustentabilidade na educação em saúde global é um passo essencial para alcançar mudanças transformadoras e permitir que os estudantes conduzam projetos transdisciplinares e de reforço mútuo para proteger a saúde e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Verifica-se a potência da incorporação da sustentabilidade na educação em saúde global, ao capacitar profissionais para um campo de atuação relativamente novo, porém urgente e necessário nos tempos atuais. Para Flahault et al. (2017), a tecnologia é fundamental ao campo da educação em saúde global, pois possibilita um melhor direcionamento das intervenções de saúde, maximizando a eficácia, relevância e alcance no mundo globalizado.

Além da utilização de equipamentos tecnológicos para estudos ligados às doenças transmitidas por vetores (como sensoriamento remoto, drones, bancos de dados genéticos, levantamentos estatísticos e espaciais), Flahault et al. (2017) citam o impacto da tecnologia na multiplicação de conteúdos em saúde global, com a realização de cursos on-line, uso da gamificação e o acesso aberto às bibliotecas digitais, como uma estratégia poderosa implementada pela UNIGE para promoção de espaços digitais globais de formação em saúde.

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2006), as universidades têm um papel fundamental de promover experiências educacionais e tecnológicas que propiciem aos estudantes tanto o desenvolvimento de habilidades técnicas, como comportamentais, entre elas, a organização destaca: comunicar-se de forma efetiva; pensar de forma sistêmica e consciente; pensar criticamente sobre valores; capacidade de realizar a transição entre conscientização para conhecimento para ação; trabalhar de forma cooperativa; capacidade de realizar processos ligados aos saberes, questionar, agir, julgar, imaginar, conectar, avaliar e escolher.

Para promover mudanças de comportamento e atitudes em uma perspectiva coletiva, o papel da educação para a sustentabilidade é estratégico, bem como o uso de metodologias ativas de ensino que fortaleçam o desenvolvimento de competências, o protagonismo e a autonomia dos estudantes.

Ao olhar para os Programas de educação em saúde global estudados, percebe-se que o uso das metodologias ativas se faz presente. Sob a ótica do trabalho pedagógico com uso de metodologia ativas, ensinar significa criar situações para despertar o engajamento do estudante e lhe permitir pensar o concreto, conscientizar-se da realidade, questioná-la e construir conhecimentos para transformá-la, superando a ideia de que ensinar é sinônimo de transmitir conhecimento. Assim, o professor deve assumir o papel de mediador, a fim de garantir a cocriação de experiências de aprendizagem verdadeiramente inovadoras.

O sucesso da incorporação da sustentabilidade nas estratégias ativas da educação em saúde global não depende somente da metodologia utilizada, mas também da constante evolução da relação dialética entre a metodologia, o interesse dos estudantes, a relação com os orientadores, as linhas de pesquisa oferecidas pelos Programas, o conhecimento e experiência do corpo docente e o engajamento da gestão.

Os processos de busca pela sustentabilidade no âmbito da saúde global possuem relações profundas com a aprendizagem social e com a abordagem utilizada pelos Programas nas universidades. Em conjunto, eles se vinculam e influenciam diferentes dimensões políticas, uma vez que procuram promover mudanças em diferentes níveis pessoais e institucionais, locais e globais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três Programas pioneiros estudados de educação em saúde global são constituídos a partir de uma ótica integrativa, interdisciplinar, que incorpora questões de sustentabilidade com o propósito de formar profissionais responsáveis e conscientes, aptos a enfrentar os complexos desafios da saúde causados pelo contexto da globalização, a partir de princípios como justiça social, equidade, a ética e o respeito aos direitos humanos.

As potencialidades da interdisciplinaridade e da internacionalização presentes na educação em saúde global são estratégias poderosas para despertar o olhar investigativo, inclusivo e solidário dos estudantes da saúde global. Por meio das experiências educacionais envolvendo diferentes contextos geográficos, culturais e socioeconômicos que

corroboram com o discurso da sustentabilidade, verificou-se que há um avanço na incorporação do tema.

Há o surgimento de uma compreensão ampliada de que não é possível fortalecer o campo da saúde global sem o real envolvimento e comprometimento dos diferentes atores sociais globais, uma vez que o ser humano é, ao mesmo tempo, causador dos problemas em saúde global e responsável pela busca de soluções mais sustentáveis.

A busca da educação para a sustentabilidade no campo da saúde global via envolvimento, participação e compromisso possui forte conexão com o estabelecimento de relações institucionais, parcerias, agendas de pesquisa e práticas realizadas nas universidades. A educação para a sustentabilidade no campo da saúde global deve ser crítica e transformadora, oferecendo um amplo espectro de possibilidades de pensar e fazer, rumo a transição para um modo de vida mais saudável, mais equânime e equilibrado.

REFERÊNCIAS

BATICH, P. S. **Sustentabilidade na educação em saúde global**: estudos de caso nos programas de pós-graduação das Universidades de São Paulo (BR), Genebra (SWI) e Barcelona (ES). 2022. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-02032023-145153/pt-br.php>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES DA USP. Teses do Programa Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br>. Acesso em: 05 fev. 2022.

CIANFAGNA, M. et al. Biodiversity and Human Health Interlinkages in Higher Education Offerings: A First Global Overview. **Frontiers in Public Health**, Geneva, v. 9, n. 637901, 2021. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.637901>

DEMIR, I. How and Why Should We Decolonize Global Health Education and Research? Editorial. **Annals of Global Health**, Boston, v. 88, n. 30, p. 1-3, 2022. Disponível em: <https://www.annalsglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3787/> Acesso em: 17 jul. 2022.

DIAS, H. Em 30 anos, USP duplica o número de alunos na graduação. **Jornal da USP**, São Paulo, 08 out. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/em-30-anos-usp-aumenta-100-o-numero-de-alunos-na-graduacao/>. Acesso em: 07 set. 2021.

DIAS, N. X. et al. Constructing the field of knowledge of Global Health and Sustainability at the Universidade de São Paulo in the Latin American context. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 14, n. 33, 2017.

EVERT, J.; LOELIGER, S. Educação e carreiras em saúde global. In: MARKLE, W. H.; FISHER, M. A.; SMEGO, R. A. **Compreendendo a saúde global**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

FACULDADE DE MEDICINA E CIÊNCIA DA SAÚDE. **Perfil da FMiCS da Universidade de Barcelona**. 2021. Disponível em: <https://www.ub.edu/portal/web/medicina-ciencies-salut/facultat>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FACULTÉ MÉDICINE. **Perfil da Faculdade de Medicina da Universidade de Genebra**. 2021. Disponível em: <https://www.unige.ch/medecine/fr/organisation/sections-et-departements/>. Acesso em: 05 abr. 2021.

FLAHAULT, A. et al. Precision global health in the digital age. *Swiss Medical Weekly*, v. 147, p. 14423, 2017. Disponível em: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:98745>. Acesso em: 03 abr. 2022.

FORTES, P. A. C. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 152-161, 2015.

FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375, 2014.

FSP - FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA. **FSP institucional**. 2021. Disponível em: <https://www.fsp.usp.br/site/institucional/mostra/1>. Acesso em: 03 mar. 2021.

GLOBAL HEALTH INSTITUTE. **Quadrennial report 14 – 15 – 16 – 17 da UNIGE**. Geneva. 2017. Disponível em: https://www.unige.ch/medecine/isg/files/2715/2103/9139/UNIGE_ISG_RAPPORT_PRINT_16_11_2017_small.pdf. Acesso em: 05 jun. 2021.

GLOBAL HEALTH INSTITUTE. About Institute of Global Health. Geneva. Disponível em: <https://www.unige.ch/medecine/isg/en/about-us/>. Acesso em: 09 abr. 2021.

GRANDISOLI, E. **Projeto Educação para a Sustentabilidade**: transformando espaços e pessoas. Uma experiência de sete anos no ensino médio São Paulo. 2018. Tese (Doutorado em Ciência Ambiental) – Instituto de Energia e Ambiente, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

GRANDISOLI, E.; JACOBI, P. R. O paradigma da sustentabilidade. **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**. Pesquisa. 28 abr. 2020. Disponível

em: <http://www.iea.usp.br/pesquisa/projetos-institucionais/usp-cidades-globais/artigos-digitais/o-paradigma-da-sustentabilidade>. Acesso em: 10 fev. 2022.

GUZMÁN, C. A. F. et al. A framework to guide planetary health education. **The Lancet Planetary Health**, 2021, v. 5, n. 5, p. 253-255. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2542519621001108>. Acesso em: 10 jan. 2022.

GUZMAN, C. A. F.; POTTER, T. (Org.). **The Planetary Health Education Framework**. EUA: Planetary Health Alliance, 2021. Disponível em: <https://www.planetaryhealthalliance.org/education-framework-pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

HANEFELD, J.; FISHER, H. T. Global Health: Definition, Principles and Drivers. In: HARING, R. et al. **Handbook of Global Health**. WHO, 2021. p. 3-27. https://doi.org/10.1007/978-3-030-45009-0_1

ISGLOBAL - INSTITUTO DE SALUD GLOBAL DE BARCELONA. **Barcelona**: Mestrado em Saúde Global do ISGlobal. 2021. Disponível em: <https://www.isglobal.org/en/-/master-en-salud-global>. Acesso em: 21 dez. 2021.

KISHORE, S. et al. Preparing the University Community to Respond to 21st Century Global Public Health Needs. **Global Heart**, Genebra, v. 6, n. 4, p. 183-190, 2011.

LEFF, E. **Epistemologia ambiental**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MARKLE, W. L.; FISHER, M. A.; SMEGO, R. A. **Compreendendo a saúde global**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

MIDDLETON, J. et al. Global Governance for Improved Human, Animal, and Planetary Health: The Essential Role of Schools and Programs of Public Health. **Public Health Reviews**, v. 42, n. 1604610, 2021.

MORAN, J. Metodologias ativas para uma aprendizagem mais profunda. In: BACICH, L.; MORÁN, J. (Orgs.) **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. Porto Alegre: Penso, 2018.

NITTAS, V. et al. Future public health governance: investing in young professionals. **International Journal of Public Health**, n. 65, p. 1521-1522, 2020. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01521-0>

PEREZ, O. C. O Que é Interdisciplinaridade? Definições mais comuns em Artigos Científicos Brasileiros. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 454-472, 2018.

PHILIPPI JR. A.; MALHEIROS, T. F. Saúde ambiental. In: PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M. C. F. (Coord.). **Educação e sustentabilidade**. 2. ed. Barueri: Manole, 2014, p. 57-84.

PIAGET, J. Problèmes Généraux de la Recherche Interdisciplinaire et Mécanismes Communs. In: PIAGET, J. **Épistémologie des Sciences de l'Homme**. Paris: Gallimard, 1981.

RIBEIRO, H. **Saúde Global**: olhares do presente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

STUHMILLER, C.; TOLCHARD, B. Global Health Competency Self-Confidence Scale: Tool Development and Validation. **Global Health: Science and Practice**, Baltimore, v. 6, n. 3, p. 528-537, 2018.

TIMES HIGHER EDUCATION. **In world university rankings**. 2021. Disponível em: <https://www.timeshighereducation.com/world-university-rankings>. Acesso em: 15 fev. 2021.

UNESCO - UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **Education for sustainable development toolkit**. Education for sustainable development in action. Learning and training tools no.1. Paris: UNESCO, 2006.

VENTURA, D. F. L. et al. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-5, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040620>

WERNLI, D. et al. Moving global health forward in academic institutions. **Journal of Global Health**, Edimburgo, v. 6, n. 1, p. 1-6, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

The background is a solid orange color with several 3D-rendered virus particles scattered across it. The viruses are spherical with numerous spike-like protrusions on their surface. They vary in size and are rendered with a slight transparency, allowing the orange background to show through. The largest virus is on the right side, partially overlapping the text.

ORGANIZADORAS

e

AUTORES

ORGANIZADORAS

Gabriela Marques Di Giulio

Professora Associada do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenadora do Programa de Doutorado Saúde Global e Sustentabilidade. Livre docente na área de Saúde, Ambiente e Sociedade. Suas áreas de interesse incluem Crises, Riscos e Incertezas; Interações entre ciência, política, comunicação e sociedade; Dimensões Humanas das Mudanças Climáticas; Saúde global e sustentabilidade.

Helena Ribeiro

Geógrafa, Mestre em Geografia pela Universidade da Califórnia Berkeley, Doutora em Geografia Física pela Universidade de São Paulo (USP), Livre-docente em Saúde Pública. Professora titular do Departamento de Saúde Ambiental e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da USP, do qual foi uma das idealizadoras.

Deisy de Freitas Lima Ventura

Professora Titular de Ética da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) e vice-coordenadora do Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da FSP-USP. Seus temas atuais de pesquisa são os enfoques de direitos humanos das pandemias e das emergências internacionais de saúde pública; e a permeabilidade entre as dimensões nacional e internacional da regulação. Entre maio de 2020 e março de 2021 foi Consultora para temas relacionados à pandemia da Sala de Coordenação e Resposta à Covid-19 (SACROI-Covid-19) da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

AUTORES

Ana Carolina Carvalho Figueiredo

É doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), mestre em Ciências (IAU/USP) e graduada em Arquitetura e Urbanismo (IAU/USP). Leciona e coordena cursos de graduação em Arquitetura e Urbanismo e Engenharia Civil na Universidade Anhanguera, onde orienta pesquisas de iniciação científica. Pesquisa sustentabilidade urbana, Soluções Baseadas na Natureza, adaptação climática e saúde global.

Ana Maria Bertolini

É nutricionista e doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e mentora no Núcleo de Extensão Universitária da USP sobre alimentação sustentável - Sustentarea. Suas áreas de interesse incluem a agenda global de políticas públicas de alimentação e nutrição, saúde global e sustentabilidade, crises globais, sistemas alimentares urbanos, agricultura urbana e periurbana.

Ana Paula Sayuri Sato

Graduada em enfermagem, mestrado e doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), especialização em pesquisa clínica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, livre-docente em epidemiologia das doenças infecciosas e professora associada do departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Ananda Melo King

Mestra em Antropologia Social e Cultural pelo Instituto de Etnografia da Universidade de Strasbourg (França) e doutoranda do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Especialista em relações raciais no Brasil, ela pesquisa atualmente relações raciais, branquitude e saúde na cooperação humanitária internacional.

Anízia Aguiar Neta

Doutora em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Servidora da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/Amazônia, Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA).

Anne Dorothee Slovic

Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutorado em projeto de pesquisa internacional, colaborações ASTRID (Acessibilidade, Justiça Social e Exposição à Poluição do Ar) entre a USP (Brasil), a Universidade de Surrey (Inglaterra) e a Universidade de Twente (Holanda). Atualmente é membro da comissão coordenadora do programa de Saúde Global da Faculdade de Saúde Pública da USP e pesquisadora do projeto Saúde Urbana na América Latina (SALURBAL) - hub São Paulo, Brasil - liderado pela Dornsife School de Saúde Pública, Universidade Drexel.

Ariane de Jesus Lopes de Abreu

Graduada em Saúde Coletiva (UFRJ), mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde (INC) e doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente atuando como consultora da Organização Mundial da Saúde no programa de transferência de tecnologia de mRNA, vinculado ao departamento de Acesso a Medicamentos e Produtos de Saúde.

Caio Murta Cesar

Graduando em Relações Internacionais pelo Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo e integra o Grupo de Trabalho Migrações, Refúgio e Saúde Global do Observatório de Saúde Global e Diplomacia da Saúde do CRIS/ Fiocruz.

Camila Corrêa da Costa Sousa

Doutoranda em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e bacharela em Relações Internacionais pelo Instituto de Relações Internacionais da USP.

Danielle Hanna Rached

Professora do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo. Doutora (2013) e Mestre (2008) em direito internacional pela Universidade de Edimburgo,

no Reino Unido. É pesquisadora do Centre on Law & Social Transformation (CMI/U. Bergen), Noruega.

Deisy de Freitas Lima Ventura

Professora Titular de Ética da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) e vice-coordenadora do Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da FSP-USP. Seus temas atuais de pesquisa são os enfoques de direitos humanos das pandemias e das emergências internacionais de saúde pública; e a permeabilidade entre as dimensões nacional e internacional da regulação. Entre maio de 2020 e março de 2021 foi Consultora para temas relacionados à pandemia da Sala de Coordenação e Resposta à Covid-19 (SACROI-Covid-19) da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

Eliseu Alves Waldman

Graduado em medicina, residência médica em moléstias infecciosas, especializações em saúde pública e Medicina Tropical, mestrado em moléstias infecciosas e parasitárias, doutorado em saúde pública, pós-doutorado em epidemiologia na escola de saúde pública da Universidade de Johns Hopkins (Baltimore-EUA) e professor sênior do departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Eriton Lincoln Torres Pompeu

Doutorando em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP / FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Bioterrorismo e Prevenção Epidemiológica pela Universidade de Granada (UGR / Espanha).

Felipe dos Reis Campos

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Sustentabilidade e graduado em Marketing, ambos pela USP. Áreas de interesse: estudos midiáticos, tecnologias sociais da comunicação, estatística aplicada às ciências sociais (SPSS, NVivo, R, Python, IRaMuTeQ).

Fernanda Luchiari de Lima

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Mestra em Culturas

e Identidades Brasileiras do IEB/USP e graduada em Relações Internacionais da FRB. Áreas de interesse: relações culturais e de gênero, políticas territoriais e ambientais, gestão ambiental pública e saúde global crítica.

Gabriela Marques Di Giulio

Professora Associada do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenadora do Programa de Doutorado Saúde Global e Sustentabilidade. Livre docente na área de Saúde, Ambiente e Sociedade. Suas áreas de interesse incluem Crises, Riscos e Incertezas; Interações entre ciência, política, comunicação e sociedade; Dimensões Humanas das Mudanças Climáticas; Saúde global e sustentabilidade.

Harim Baek

Graduanda em Nutrição pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). É Representante Discente do Departamento de Saúde Ambiental da FSP/USP e integra o Grupo de Trabalho Migrações, Refúgio e Saúde Global, pelo qual é bolsista PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica).

Helena Ribeiro

Geógrafa, Mestre em Geografia pela Universidade da Califórnia Berkeley, Doutora em Geografia Física pela Universidade de São Paulo (USP), Livre-docente em Saúde Pública. Professora titular do Departamento de Saúde Ambiental e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da USP, do qual foi uma das idealizadoras.

Ione Maria Mendes

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde pela Fundação Osvaldo Cruz e graduada em Ciências Sociais/UNESP. Áreas de interesse: juventude, divulgação científica, percepção pública da ciência e tecnologia e jovens.

Jameson Martins

Mestre em Relações Internacionais pelo Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (USP) e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde

Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Sua pesquisa se dedica ao estudo das políticas locais para migrantes internacionais, com foco nas políticas de saúde pública.

João Nunes

Senior Lecturer no Departamento de Política da University of York (UK) e orientador permanente do Doutorado Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Suas áreas de interesse incluem saúde global, estudos críticos sobre segurança, política brasileira e sistema de saúde.

José Leopoldo Ferreira Antunes

Professor titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo. É pesquisador do CNPq desde 03/2001. Sua área de interesse em pesquisa é a vigilância das desigualdades em saúde, com foco em suas formas de medida, na avaliação de sua magnitude e fatores associados. Diretor da FSP (gestão 2022-2026).

Júlia Moraes

Graduanda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Integra o Grupo de Trabalho Migrações, Refúgio e Saúde Global do Observatório de Saúde Global e Diplomacia da Saúde do CRIS/ Fiocruz.

Leandro Luiz Viegas

Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com estágio pela Universidade de York. Graduado em Relações Internacionais pela UnB e Mestre em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Ampla experiência em cooperações bilaterais e multilaterais, tendo atuado pelas Assessorias internacionais do MCTI e do Ministério da Saúde, em temas como Emergências globais, controle do tabaco e reforma da OMS, ODS e meio ambiente, entre outros.

Marina Sujkowski

Graduanda em Relações Internacionais pelo Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo. Integra o Grupo de Trabalho Migrações, Refúgio e Saúde Global do Observatório de Saúde Global e Diplomacia da Saúde do CRIS/ Fiocruz. Fez parte do setor de Saúde e Ciências da Vida do Consulado Britânico em São Paulo e atualmente trabalha na farmacêutica Sanofi.

Patricia Constante Jaime

Professora titular do departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), vice-diretora da FSP, vice-coordenadora científica do NUPENS/USP e da Cátedra Josué de Castro de Sistemas Alimentares Saudáveis e Sustentáveis. Suas áreas de interesse incluem políticas de alimentação e nutrição, ambiente alimentar, promoção da alimentação saudável e atenção primária em saúde.

Paula Simão Batich

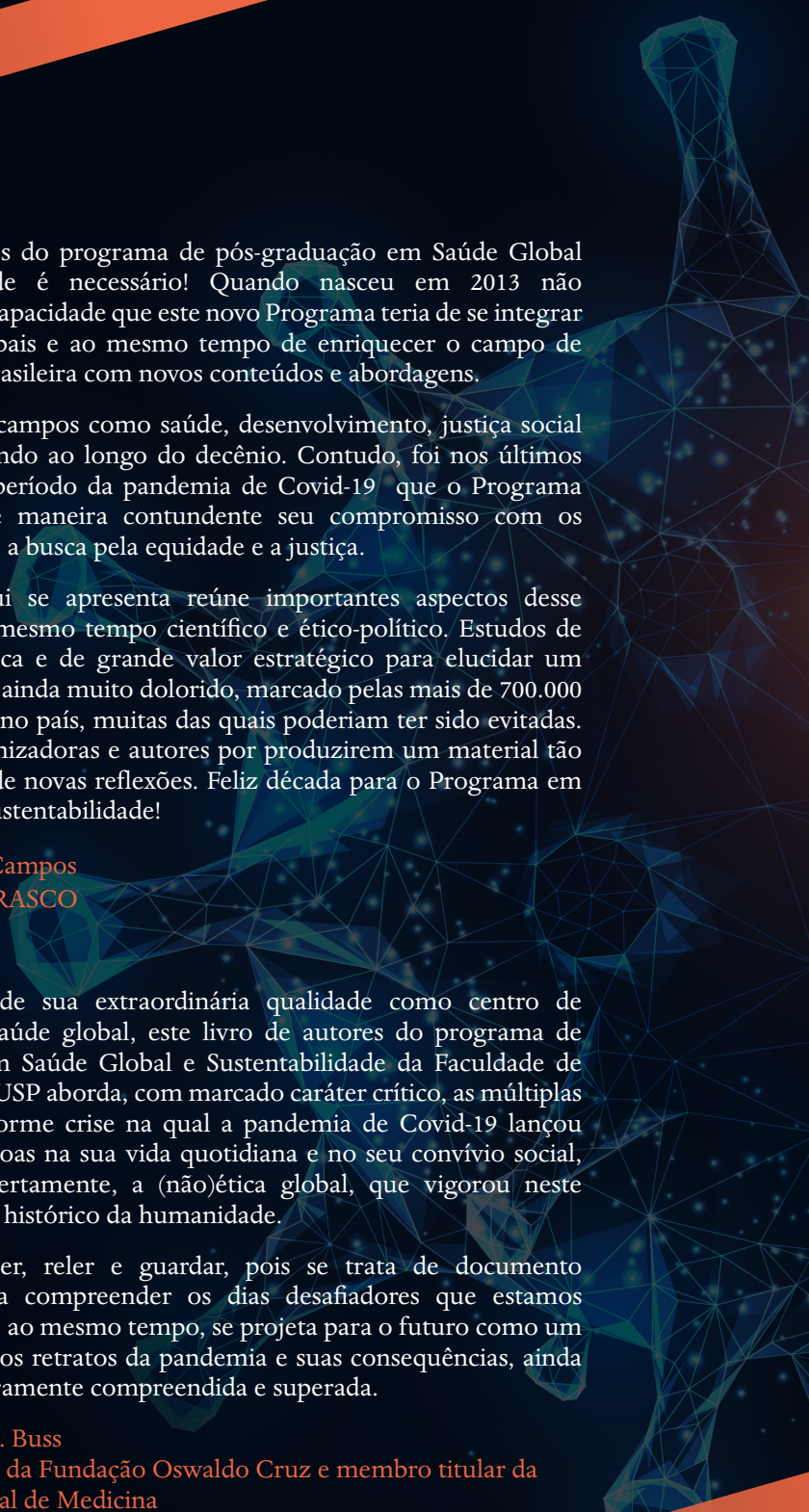
Doutora em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Mestre em Tecnologia Ambiental (IPT), Pós-graduada em Gestão Ambiental (Senac) e graduada em Ciências Biológicas (UMESP). Professora e coordenadora de Pós-Graduação no Senac SP. Experiência de 18 anos na área da sustentabilidade, desenvolvendo pesquisas e projetos em contextos sociais, ambientais e educacionais, com passagens por organizações públicas, privadas e não governamentais.

Tiziana Bezerra Gerbaldo

Psicóloga, mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ Amazônia e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atua no Sistema Único de Saúde desde 2014. Suas áreas de interesse em pesquisa são saúde mental e assistência em saúde para transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Vitória de Paula Ramos

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Por seis anos trabalhou na organização médico-humanitária Médicos Sem Fronteiras, por último ocupando o cargo de Gerente da Unidade de Advocacy, Relações Institucionais e Assuntos Humanitários da organização no Brasil, e onde também realizou trabalhos ad hoc em projetos humanitários.



Saudar os 10 anos do programa de pós-graduação em Saúde Global e Sustentabilidade é necessário! Quando nasceu em 2013 não imaginávamos a capacidade que este novo Programa teria de se integrar às discussões globais e ao mesmo tempo de enriquecer o campo de Saúde Coletiva Brasileira com novos conteúdos e abordagens.

A articulação de campos como saúde, desenvolvimento, justiça social veio se consolidando ao longo do decênio. Contudo, foi nos últimos anos, durante o período da pandemia de Covid-19 que o Programa pode mostrar de maneira contundente seu compromisso com os direitos humanos, a busca pela equidade e a justiça.

O livro que aqui se apresenta reúne importantes aspectos desse engajamento ao mesmo tempo científico e ético-político. Estudos de relevância científica e de grande valor estratégico para elucidar um passado recente e ainda muito dolorido, marcado pelas mais de 700.000 mortes ocorridas no país, muitas das quais poderiam ter sido evitadas. Obrigada às organizadoras e autores por produzirem um material tão rico e instigante de novas reflexões. Feliz década para o Programa em Saúde Global e Sustentabilidade!

Rosana Onocko-Campos
Presidenta da ABRASCO

Dando mostras de sua extraordinária qualidade como centro de pensamento da saúde global, este livro de autores do programa de pós-graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da USP aborda, com marcado caráter crítico, as múltiplas dimensões da enorme crise na qual a pandemia de Covid-19 lançou o planeta, as pessoas na sua vida cotidiana e no seu convívio social, a economia e, certamente, a (não)ética global, que vigorou neste tormentoso lapso histórico da humanidade.

Um livro para ler, reler e guardar, pois se trata de documento fundamental para compreender os dias desafiadores que estamos vivendo, mas que, ao mesmo tempo, se projeta para o futuro como um dos mais completos retratos da pandemia e suas consequências, ainda longe de ser inteiramente compreendida e superada.

Prof. Dr. Paulo M. Buss
Professor emérito da Fundação Oswaldo Cruz e membro titular da Academia Nacional de Medicina