

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <http://doi.org/10.1590/0102-331x00168121>

A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global

Leandro Viegas, Deisy de Freitas Lima Ventura, Miriam Ventura da Silva

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2603>

Submetido em: 2021-07-06

Postado em: 2021-07-11 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Title in Portuguese:

A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global

Title in English:

The proposal of an international convention on response to pandemics: in defense of a human rights treaty for the field of global health

Authors:

Leandro Luiz Viegas – <https://orcid.org/0000-0002-3867-9798>

Deisy de Freitas Lima Ventura – <https://orcid.org/0000-0001-8237-2470>

Miriam Ventura da Silva - <https://orcid.org/0000-0001-8520-8844>

Author's contribution statement: The authors state to have equally participated in the conception, elaboration and revision of the final version of this article.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Abstract:

In November 2021, the World Health Organization (WHO) will start a negotiation of a convention, agreement, or other international instrument on response to pandemics. In this essay, we state and justify the thesis that the new pact shall be a human rights treaty as an imperative condition for the prevention of new pandemics and an efficient global response when they occur. After a brief description of the origin of the negotiations, we present the following normative topics that correspond to a human rights perspective: the establishment of a rule of indissociability between quarantine measures and social protection; and the regulation of the access to pharmaceutical technologies. After that, in a section dedicated to the topics of the effectiveness of the future treaty, we classify the existing proposals in technocratic agreements, such as alterations in the procedures for the declaration of emergencies; mechanisms of transparency and accountability, such as the adoption of an Universal Periodic Reviews (UPR), similar to those of the United Nations Human Rights Council, to monitor the health-related obligations of States; coercive powers that would be disposed to WHO or to another agency such as inspections in the national territories to be held independent scientists; and mechanisms of political

coordination, such as the creation of a Global Council on Threats to Health. We conclude that there is a risk of adopting a more efficient system to alert the developing world about threats originating from developing countries, in place of a treaty capable of contributing to avoid that more vulnerable populations continue to be devastated by even more frequent pandemics.

Keywords: Pandemics, World Health Organisation, Human Rights, Global Health, International Law

O direito vem desempenhando um papel central nas respostas nacionais à pandemia de Covid-19. A vertiginosa produção normativa serve tanto para disciplinar situações até então não reguladas, como para estabelecer exceções à ordem jurídica vigente em razão da pandemia. Apontada como possível pretexto para derivas autoritárias em países governados por líderes populistas¹, a crise sanitária também é percebida como um risco de erosão de democracias consolidadas, que podem caminhar em direção a estados de exceção caso medidas restritivas de direitos supostamente temporárias tornem-se permanentes^{2,3}. Na maior parte dos países, as jurisdições são constantemente mobilizadas para avaliar se tais medidas são devidamente justificadas, eficientes e proporcionais em relação ao dever de proteger a saúde pública. Mas em Estados em situação de catástrofe sanitária, como é o caso do Brasil, o Poder Judiciário vem sendo palco de uma disputa entre atores que buscam garantir a implementação de medidas básicas de contenção da propagação do vírus e os que buscam coibi-las^{4,5}.

Diante da grande heterogeneidade dos planos nacionais de resposta à Covid-19, o que podemos afirmar preliminarmente é que a abundância de normas e de sentenças não é sinônimo da predominância de um enfoque de direitos. Um enfoque de direitos humanos pode ser definido como aquele que reconhece a estreita relação entre saúde e direitos humanos, que as violações dos direitos humanos podem ter impactos sobre a saúde e que as políticas de saúde pública podem afetar de forma negativa ou positiva os direitos humanos⁶. Adotar um enfoque de direitos humanos de uma emergência de saúde pública implica reconhecê-la como fenômeno social cuja prevenção requer a proteção das prerrogativas individuais que podem ser ameaçados pelos Estados, mas igualmente uma crítica às estruturas sociais, econômicas, políticas e jurídicas que impedem as pessoas de alcançarem o direito à saúde⁷. O direito à saúde, por sua vez, foi reconhecido pelo artigo

12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1966, como o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental⁸.

Um enfoque de direitos humanos da Covid-19, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁹, deveria levar em conta o estigma e a discriminação causados pela doença, a igualdade de gênero e a violência contra a mulher, a proteção de populações vulneráveis; a escassez de insumos e equipamentos; as obrigações em matéria de assistência e cooperação internacional em relação aos países em desenvolvimento; as medidas quarentenárias e outras medidas restritivas de direitos devem obedecer aos Princípios de Siracusa, ou seja, devem ser conformes ao princípio da legalidade, buscar um objetivo legítimo, ser proporcionais e não arbitrárias ou discriminatórias¹⁰.

No entanto, a importância do direito nas esferas nacionais e regionais não encontra eco na dimensão internacional da resposta à pandemia. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI)¹¹, aprovado no âmbito da OMS em 2005, é o instrumento jurídico vocacionado à contenção da propagação internacional das doenças. Vigente em 196 Estados desde 2007, inclusive no Brasil¹², ele está longe de ocupar a centralidade da organização da resposta multilateral à Covid-19. O RSI prevê em detalhes as capacidades que os Estados precisam desenvolver para responder às emergências, e garante que sua implementação será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais (art. 3.1). No entanto, embora obrigatório para os Estados, o RSI não atribui à OMS poderes para que ela possa controlar o efetivo cumprimento dessas obrigações¹³. A irrelevância do único regime jurídico que poderia ter evitado uma catástrofe sanitária desta amplitude se explica, ao menos em parte, pela resistência dos Estados a submeter-se a um mecanismo de segurança coletiva baseado em recomendações de especialistas da OMS que supostamente comprometeriam interesses nacionais de curto prazo, o que constitui um problema clássico das relações internacionais¹⁴.

É neste contexto que a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), principal órgão diretivo da OMS, decidiu convocar uma reunião extraordinária para novembro de 2021, a fim de examinar as vantagens de elaborar uma convenção, acordo ou outro instrumento internacional da OMS sobre a preparação e resposta às pandemias, a fim de estabelecer

um processo intergovernamental de redação e negociação¹⁵. Embora o Estado brasileiro tenha renunciado ao seu protagonismo de outrora no campo da saúde global¹⁶, acreditamos que a comunidade acadêmica brasileira, especialmente dos campos da saúde coletiva, do direito e das relações internacionais, necessita acompanhar o debate sobre este novo tratado, e suas repercussões nas redes de ativismo transnacionais e nas ordens jurídicas nacionais.

No presente ensaio, após um breve resgate da origem da proposta de negociação de um novo acordo internacional, abordaremos os principais conteúdos que, em nossa opinião, devem figurar no tratado para que ele possa ser considerado um instrumento de direitos humanos, que também são essenciais para a prevenção de novas pandemias e para a eficiência da resposta global. Assim, na segunda seção abordaremos a instituição da regra de indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social; e, na terceira, o potencial avanço na regulamentação do acesso a tecnologias farmacêuticas. A última seção será dedicada ao tema da efetividade do futuro tratado.

A origem da proposta de regulação internacional das pandemias

Segundo o Artigo 19 da Constituição da OMS¹⁷, a AMS pode adotar convenções sobre qualquer assunto da competência da organização, por maioria de dois terços dos votos. Diferentemente dos regulamentos sanitários, uma convenção precisa ser ratificada formalmente pelos Estados, de acordo com os respectivos ritos constitucionais, para que seja considerada obrigatória. Até hoje, a única convenção aprovada no âmbito da OMS foi a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), em 2003, que é vigente em 182 Estados¹⁸. O Brasil foi um dos protagonistas deste processo¹⁹. Apesar da ampla adesão, da especificidade e da relevância de sua pauta, a CQCT enfrenta desafios para garantir a efetiva aplicação de seus dispositivos²⁰.

A ideia de um novo pacto internacional no campo da saúde global surge com maior força há cerca de uma década^{21 22} e se afirma ao longo dos anos, com a criação de iniciativas da sociedade civil como a *Framework Convention on Global Health Alliance*, sediada em Genebra, Suíça²³. O advento da Covid-19 fortalece este movimento, levando os membros do G7, da OMS e do G20 a discutirem a potencial utilidade de um novo tratado²⁴.

Em março de 2021, a adoção de um novo tratado foi proposta pelo Diretor-Geral da OMS e pelo Presidente do Conselho Europeu, além de 25 Chefes de Estado e de Governo (entre eles alguns com atuação decisiva em matéria de saúde global como África do Sul, Alemanha, França, Noruega e Reino Unido; da América Latina, apenas Chile e Costa Rica)²⁵. Segundo os proponentes, o novo tratado não substituiria o RSI, que passaria a fazer parte de um quadro legal mais amplo. A negociação de um tratado também foi recomendada pelos órgãos mais importantes de avaliação da resposta internacional à Covid-19: o Painel Independente para Preparação e Resposta à Pandemia²⁶; e o Comitê de Revisão sobre o funcionamento do RSI durante a Covid-19, criado pela OMS, mas composto por especialistas independentes¹³. Sem referir especificamente um tratado, o Conselho Global de Acompanhamento da Preparação (*Global Preparedness Monitoring Board*), órgão independente criado em 2017 pela Secretaria Geral da ONU em resposta à crise do Ebola, propôs a organização de uma reunião de cúpula sobre a segurança da saúde global com participação das instituições financeiras internacionais para formular um quadro de preparação e resposta às emergências sanitárias, compreendendo mecanismos de financiamento, pesquisa e desenvolvimento, proteção social e responsabilização mútua, entre outros aspectos²⁷.

Até o momento, não há consenso sobre qual seria o conteúdo do novo tratado, nem sobre a adequação de começar a negociá-lo quando a pandemia ainda não está sob controle em grande parte do mundo, tampouco sobre a real disposição dos Estados de assumir novos compromissos, considerando o egoísmo que marcou as respostas nacionais à crise²⁸ e as condições geopolíticas adversas²⁹. Quanto ao conteúdo do tratado, ainda não circulou, ao menos publicamente, nenhuma proposta detalhada. Uma lista de temas foi proposta pelo Comitê de Revisão sobre o funcionamento do RSI durante a Covid-19¹³. Assegurando que o RSI será mantido, o Comitê propõe três eixos temáticos para o novo tratado: *prevenção e proteção*, abarcando riscos zoonóticos, coordenação com tratados ambientais (por exemplo, sobre questões como a biodiversidade e o comércio de espécies com risco de extinção), além de planificação e preparação das emergências sanitárias pelos Estados; *resposta às emergências*, com compromissos em matéria de intercâmbio de informação entre os Estados, incremento da cooperação internacional para pesquisa e inovação, aumento e otimização de capacidades de fabricação e distribuição de insumos e tratamentos, entre outros; e, por fim, *fatores benéficos (enabling factors)*, que seriam modalidades sustentáveis de financiamento para os Estados e processos de avaliação de

seu desempenho por pares e por especialistas – como procedimentos de verificação e inspeção, meios de solução de controvérsias e sanções por descumprimento – e a proteção dos direitos humanos e da privacidade no contexto das tecnologias de vigilância, entre outros aspectos.

A proposta não oferece detalhamento. Além disso, sem desmerecer a sua importância, fica evidente que está distante de um enfoque de direitos humanos. Neste sentido, consideramos que a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) ofereceu parâmetros do que seria um enfoque de direitos humanos da pandemia ao orientar os Estados-membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) por meio de três resoluções seminais. A primeira interpreta as obrigações convencionais dos Estados diante da crise sanitária, oferecendo um verdadeiro marco de referência para as respostas nacionais³⁰. A segunda aborda em detalhes os direitos das pessoas com Covid-19, seus familiares e cuidadores³¹, enquanto a terceira se debruça sobre o espinhoso tema do acesso às vacinas³². No presente ensaio, aprofundaremos apenas dois aspectos que são mencionados no direito interamericano, que nos parecem os mais importantes para que o futuro tratado sobre as pandemias possa ser considerado um tratado de direitos humanos.

O reconhecimento da indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social

Ao contrário do que se costuma dizer, o papel das desigualdades sociais e econômicas na propagação das doenças, e na multiplicação dos danos que elas causam, não veio à tona com a Covid-19. Este fenômeno já surgia com clareza nos estudos sobre as emergências declaradas pela OMS anteriormente: a gripe AH1N1 (2009-2010, com origem nos Estados Unidos e no México)³³, a Síndrome Congênita do Vírus Zika (2016, com epicentro no Brasil)³⁴, a propagação do Poliovírus (desde 2014 e até o presente, em países em guerra declarada, como a Síria, ou com violência difusa, como a Nigéria³⁵) e a doença do vírus Ebola (2014-2015, na África Ocidental, e 2019-2020, na República Democrática do Congo)³⁶.

No caso da Covid-19, uma consistente literatura reitera este fenômeno, demonstrando que as desigualdades não apenas comprometem a eficiência das respostas nacionais, mas também enseja o impacto desproporcional da doença sobre os mais vulneráveis^{37 38},

inclusive no que se refere à mortalidade^{39 40}. Destacamos que principalmente nos países em desenvolvimento, um dos maiores obstáculos à contenção da Covid-19 é a incapacidade de grandes contingentes populacionais aderirem a recomendações sanitárias elementares. As limitações de acesso a álcool em gel, saneamento básico, água potável, moradia e alimentação decentes, educação e outros determinantes sociais da saúde limitam ou inviabilizam as condições de higiene básicas para evitar o contágio.

Além disso, medidas restritivas de circulação de pessoas, principalmente o fechamento do comércio, acarretam abrupta e significativa redução de renda para milhões que integram o mercado informal de trabalho, ocasionando o aumento da insegurança alimentar e da fome⁴¹. Juntamente com os trabalhadores formais que não foram dispensados do trabalho presencial, trabalhadores informais são forçados a decidir entre o risco de contágio e o risco da fome, o que potencialmente acarreta, além do aumento de casos, óbitos e sequelas, um sofrimento psicológico intenso. A falsa oposição entre proteção da saúde e sobrevivência econômica igualmente constitui terreno fértil para a ascensão do populismo conservador¹, defensor da ideia de que “a economia não pode parar”, e de que a doença deveria seguir seu curso natural, com a mínima regulação estatal possível, o que já foi chamado de “neoliberalismo epidemiológico”⁴².

A literatura demonstra também que a eficiência das respostas dos Estados à COVID-19 foi comprometida por ações e omissões ocorridas durante as últimas décadas que reduziram a capacidade de vigilância, contenção e mitigação de epidemias pelos sistemas de saúde, por meio de decisões políticas desastrosas que acentuaram a desigualdade econômica, a precariedade laboral e o enfraquecimento dos serviços públicos, tornando grande parte da população vulnerável a enfermidades⁴³. A pandemia de COVID-19 é produto da vulnerabilização global decorrente da expansão do neoliberalismo, sobretudo a partir da década de 1980, quando se adotam políticas de ajuste fiscal centradas na contenção das despesas públicas, que implicam na drástica redução dos orçamentos dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo⁴³.

Na comunidade internacional, há consenso sobre o papel determinante que a proteção social deve merecer na resposta às pandemias. Um mecanismo de coordenação criado em torno do G20 que reúne 25 agências internacionais (inclusive o Banco Mundial), denominado *Social Protection Interagency Cooperation Board*⁴⁴, reconhece a

necessidade de favorecer a adesão a medidas de prevenção por meio de diversas iniciativas, entre elas programas de renda emergencial e isenção de pagamento de serviços essenciais como eletricidade, gás e água⁴⁵. Até abril de 2021, 126 Estados haviam introduzido ou adaptado medidas de proteção social em razão da Covid-19, estando mais de 500 delas ainda em vigor em maio de 2021⁴⁶. No entanto, elas vêm sendo largamente insuficientes e tardias em diversas regiões do mundo. Os níveis de pobreza e extrema pobreza na América Latina aumentaram vertiginosamente durante a pandemia, com a piora de índices de desigualdade, emprego e participação no mercado de trabalho, sobretudo das mulheres⁴⁷.

Assim, a indissociabilidade entre a adoção de medidas quarentenárias e medidas de proteção social deve ser consagrada explicitamente pelo direito internacional. Um tratado que não enfrente elementos estruturais condenará a cooperação internacional ao fracasso. Também deverá incluir a garantia de acesso universal e equitativo a tecnologias farmacêuticas, entre outros temas que condicionam o alcance dos objetivos do novo tratado.

Pandemia e apartheid sanitário: o recrudescimento da luta pelo acesso às tecnologias farmacêuticas

Desde a década de 1990, o acesso às tecnologias farmacêuticas tem sido o principal tema do ativismo de direitos humanos e da saúde global, e igualmente das agendas de governos neste campo. Seu uso racional e a sustentabilidade dos sistemas de saúde são considerados estratégias fundamentais para viabilizar uma atenção à saúde com qualidade e efetiva. As instâncias internacionais especializadas em direitos humanos reconhecem o acesso a medicamentos como componente essencial do direito à saúde, como um direito derivado do já citado artigo 12 do PIDESC⁴⁸. Considerando que o intenso e rápido desenvolvimento da ciência e tecnologia não tem repercutido na ampliação dos direitos humanos, busca-se compatibilizar tal dispositivo com o art. 15.1 do mesmo Pacto, que reconhece os direitos (b) aos benefícios do progresso científico e suas aplicações e (c) os de propriedade intelectual em relação às inovações tecnológicas e científicas desenvolvidas, a fim de permitir que os Estados possam atender às necessidades de saúde da população. Todavia, nem o mercado nem os Estados e as instituições internacionais têm respondido adequadamente a tais necessidades⁴⁹. A dinâmica empresarial na saúde e

as parcerias público-privadas vem produzindo uma escassez global⁵⁰ de recursos de saúde, e mesmo insumos disponíveis tornam-se a cada dia menos acessíveis economicamente aos países e às pessoas. A distribuição desigual de benefícios e riscos das inovações é evidente, e está relacionada à globalização econômica e ao declínio do poder dos Estados frente ao setor privado.

Em novembro de 2001, no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), por iniciativa dos países em desenvolvimento com liderança expressiva do Brasil, foi adotada a Declaração de Doha sobre o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC, em inglês TRIPS) e a Saúde Pública. Esta célebre declaração sustenta que os compromissos sobre propriedade intelectual devem ser interpretados e implementados de modo a apoiar o direito dos membros da OMC de proteger a saúde pública e, em particular, de promover o acesso aos medicamentos para todos⁵¹. Apesar de sua importância, a declaração encontra grandes dificuldades de implementação, e a dificuldade de acesso a medicamentos não mais se restringe a países de baixa renda nem a um escopo limitado de doenças⁵².

Especificamente em relação à Covid-19, em abril de 2020 um relatório da Secretaria Geral da ONU, defendeu a flexibilização da propriedade intelectual, e o enfoque de tratamentos e vacinas para a Covid-19 como bens públicos mundiais⁵³. Ainda no âmbito da ONU, reiteram esta posição o Alto Comissariado para os direitos humanos⁵⁴ e o Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais⁵⁵. No mesmo período, a OMS criou o mecanismo *Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator* com o objetivo de produzir 2 bilhões de doses de vacinas, 245 milhões de medicamentos e 500 milhões de testes. As regras estipulam que os países de renda média, como o Brasil, devem pagar pela vacina e cerca de 95 países de baixa renda, desprovidos de acesso a acordos bilaterais, teriam acesso gratuito⁵⁶. No âmbito do ACT, a OMS instituiu uma espécie de entreposto multilateral, denominado Covax Facility, para ação global na centralização de financiamento, encomenda, compra e distribuição equitativa⁵⁷.

No entanto, as iniciativas da OMS não conseguiram evitar a flagrante concentração de doses nos países ricos, que possuem cerca de 15% da população mundial e 45% das doses disponíveis, o que levou seu Diretor, Tedros Adhanom, a definir a atual situação mundial das vacinas contra a Covid-19 como “fracasso moral catastrófico”⁵⁸ e “apartheid

sanitário”⁵⁹. Países em que se realizam a pesquisa, o desenvolvimento e a manufatura de vacinas, como Estados Unidos, membros da União Europeia e Índia, têm comprado a maior parte do estoque global de insumos e restringido sua exportação, o que se soma à proteção a direitos de propriedade intelectual sobre importantes tecnologias e às disputas sobre equipamentos de proteção e kits diagnósticos para o coronavírus⁶⁰. Até maio de 2021, apenas 3% das pessoas na América Latina e no Caribe haviam sido totalmente vacinadas contra a COVID-19, um “sintoma da dependência excessiva das importações de suprimentos médicos essenciais”, dado que menos de 4% dos produtos médicos em uso durante a resposta à COVID-19 vieram da região⁶¹. Entre os riscos decorrentes deste fracasso, o atraso ou falta de vacinação mundial poderá implicar a ocorrência de repetidos surtos epidêmicos da Covid-19, com mutações virais que poderão escapar às vacinas, o surgimento de zonas planetárias endêmicas da doença e a ocorrência de surtos eventuais que atravessam fronteiras de países vacinados, levando o mundo a voltar sempre à estaca zero por “não vacinar amplamente e transformar as vacinas em fontes de lucro, com patentes de custo elevado, pagando royalties incompatíveis com as economias nacionais de países explorados e colonizados”⁵⁷.

Diante dos limites desta cooperação internacional, o debate sobre a flexibilização global das patentes de produtos tornou-se um objeto incontornável para o novo tratado. Em outubro de 2020 África do Sul e Índia solicitaram à OMC permissão para que todos os países optassem por não conceder nem fazer cumprir patentes e outras propriedades intelectuais relacionadas aos medicamentos, vacinas e outras tecnologias relacionadas à COVID-19 durante a pandemia, até que todas as pessoas estejam imunizadas⁶². Em março de 2021, a iniciativa tinha o apoio de cerca de 80 países, da OMS e de organizações como Médicos Sem Fronteiras, mas era bloqueada por Estados Unidos, União Europeia e outros países desenvolvidos, sendo o Brasil o único país em desenvolvimento contrário à proposta⁶³. Juntamente com Austrália, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Nova Zelândia, Noruega e Turquia, o Brasil defende uma “terceira via” que consistiria em atribuir à OMC a mediação de contatos entre desenvolvedores e fabricantes de tecnologias farmacêuticas, com vistas a: i) assegurar a identificação e o uso de capacidade instalada para a produção desses medicamentos; ii) facilitar a celebração de acordos de licenciamento para a transferência de tecnologia, expertise e know-how; e iii) identificar e resolver, de forma consensual, qualquer barreira comercial à produção e à distribuição desses produtos, inclusive os relacionados à propriedade intelectual⁶⁴.

Em nosso entendimento, a fórmula proposta por África do Sul e Índia deveria figurar no novo tratado sobre as pandemias pois, como questiona Tedros Adanom, “Se uma suspensão temporária das patentes não pode ser implementada agora, durante este momento sem precedentes, quando seria o momento certo?”⁶³. Mas a flexibilização da propriedade intelectual encontra resistências dentro da OMS, apesar do discurso de seu Diretor Geral e das iniciativas já citadas. Em maio de 2021, a AMS adotou resolução que não prevê a suspensão de patentes nem a transferência de tecnologias que poderiam reduzir os custos das vacinas e ampliar a produção global, deixando margem apenas à adoção de medidas voluntárias de transferência de tecnologias⁶⁵.

Uma OMS “com dentes”? Análise crítica dos mecanismos de transparência e controle

No jargão diplomático, dizer que uma organização internacional “não tem dentes” significa que ela não tem poder para impor sanções aos Estados pelo descumprimento de suas obrigações, que é o caso da OMS. O RSI limita-se a estipular que os Estados Partes e o Diretor-Geral enviarão relatórios à AMS (art.54). Para este fim, a OMS instituiu o Relatório Anual dos Estados Partes (sigla em inglês SPAR) que é um instrumento de coleta de dados equivalente a uma autoavaliação, realizada pelos Estados desde 2010. Disponíveis em uma plataforma de acesso público⁶⁶, tais dados possuem grau de confiabilidade duplamente limitado. Primeiramente, a OMS não tem meios para obrigar um Estado a participar da avaliação. Em 2019, por exemplo, 175 Estados (89%) forneceram seus dados; já em 2020, apenas 164 o fizeram (84%)⁶⁷. Em segundo lugar, um mecanismo que depende da isenção dos Estados para avaliar suas próprias capacidades tende a oferecer uma visão edulcorada do verdadeiro estado de implementação do RSI no plano global, o que fez crescer a cobrança em favor de um instrumento externo e independente de avaliação.

Em 2014, foi lançada a Agenda de Segurança da Saúde Global, paralela à OMS, sob a liderança e coordenação dos Estados Unidos, que tem entre seus objetivos a promoção dos mecanismos de controle de implementação do RSI⁶⁸. Esta agenda, juntamente com outros parceiros, apoiou enfaticamente a OMS na implementação de avaliações independentes sobre as capacidades desenvolvidas pelos Estados, chamadas Avaliações

Externas Conjuntas, que dependem do consentimento dos Estados; em 2021, mais de cem países já haviam aceito submeter-se a este tipo de avaliação⁶⁹. O Brasil não se encontra entre eles. Até 2019, a África havia sido o continente que mais aderiu às avaliações externas, cobrindo 40 dos 47 Estados da regional africana da OMS (mais de 80%); o resultado destas avaliações permitiu concluir que nenhum Estado africano havia conseguido implementar as capacidades nacionais requeridas pelo RSI⁷⁰. Um estudo realizado em 2018 constatou fortes indícios de correlação entre o grau de implementação das capacidades requeridas pelo RSI, os indicadores de saúde e o desempenho dos sistemas de saúde dos Estados⁷¹.

A lentidão e as falhas na implementação das capacidades nacionais requeridas pelo RSI ficaram evidentes desde a sua primeira implementação, por ocasião da pandemia de gripe A H1N1 (2009-2010). Desde então, diversos painéis e comissões produziram recomendações para o aperfeiçoamento da preparação global para as pandemias, tais como a necessidade de fortalecimento da OMS em aspectos como o seu financiamento, papel normativo e de coordenação, além de ajustes no RSI^{72 73 74}. Há consenso sobre o fato de que a OMS não dispõe dos meios necessários para agir de forma imediata e independente, tampouco de assegurar as condições materiais para que todos os Estados-membros, particularmente os menos desenvolvidos, sejam capazes de instalar as capacidades mínimas de resposta a esses eventos. A Covid-19 trouxe de volta à agenda da saúde global a velha temática da crise e reforma da OMS⁷⁵, com propostas de reforma que vão de simples alterações no procedimento de declaração de emergências, até o questionamento do papel da OMS na preparação e resposta a pandemias.

Por meio de pesquisa documental e revisão de literatura não-sistemática, coletamos as principais propostas que circulam em torno do novo tratado e as classificamos em quatro categorias: ajustes tecnocráticos, mecanismos de transparência e de controle, poderes coercitivos que poderiam ser outorgados à OMS ou uma nova agência, e mecanismos de coordenação política. Definimos como principais propostas aquelas que se repetem nos documentos e artigos pesquisados, ou que nos parecem inovadoras sob o prisma da evolução institucional do campo da saúde global.

Começando pelos *ajustes tecnocráticos*, diversas propostas visam a modificação do mecanismo de declaração de emergências da OMS. Enquanto as versões anteriores do

RSI (de 1951 e 1969, a última modificada em 1973 e 1981) pretendiam combater doenças específicas como a varíola e a peste, a atual versão do regulamento tem como eixo um novo instituto jurídico⁷⁶. Trata-se da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), cuja definição cobre qualquer evento extraordinário que possa constituir um risco para a saúde pública de outros Estados devido à propagação internacional de doença, e que potencialmente exige uma resposta internacional coordenada¹¹. O conceito de doença, por sua vez, inclui qualquer agravo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para seres humanos¹¹. Cabe à Direção da OMS, com o auxílio de um Comitê de Emergências, identificar e declarar a existência de uma ESPII. Referimos anteriormente neste artigo as emergências que já foram declaradas desde que o novo RSI entrou em vigor. A multiplicidade e complexidade de causas e características destes eventos dificultam comparações entre eles, mas é evidente que os elementos definidores de uma ESPII não são suas gravidade e letalidade efetivas, e sim seu potencial alcance internacional. Ou seja, o que importa é evitar que a ameaça saia do lugar onde deveria ficar⁷⁷. Assim, a OMS convocou outros comitês para analisar os surtos de Síndrome Respiratória do Oriente Médio (sigla em inglês MERS_CoV) entre 2013 e 2015, de um surto de febre amarela em 2016 e de um surto de Ebola em 2018, que concluíram que tais eventos não eram ESPIIs, apesar de sua potencial gravidade. Aponta-se frequentemente as hesitações da Direção-Geral em declarar uma emergência, por receio de ser acusada de exagero, sobretudo pelos Estados nos quais as ameaças têm origem, preocupados com os efeitos econômicos e políticos de uma tal declaração⁷⁶. Há também o temor de que a declaração tenha pouco impacto junto à comunidade internacional, e/ou que o grau de adesão dos Estados às recomendações emergenciais da OMS seja baixo¹⁴. Há consenso na literatura sobre a falta transparência quanto aos critérios utilizados pela OMS ao decidir que um evento é ou não uma emergência internacional^{78 79 80 81 82}. Neste sentido, foi proposta a criação de uma escala de alerta de emergências, com diferentes níveis de gravidade de ameaças, o que permitiria chamar a atenção para um evento sem necessariamente declarar uma emergência⁸³. Também propôs-se que as ESPIIs possam ser declaradas regionalmente, circunscritas aos países contíguos ao(s) do surgimento de uma ameaça⁸³. No entanto, é preciso ressaltar que soluções tecnocráticas podem complicar ainda mais o processo, e não suprirão as verdadeiras dificuldades de implementação do RSI: a limitação dos poderes da OMS, a falta de vontade política dos

Estados em relação ao cumprimento das recomendações internacionais, e a insuficiência de fundos para financiar a preparação e a resposta nos planos internacional e nacional¹⁴.

No que se refere aos *mecanismos de transparência e controle*, o já citado Painel Independente que analisou o desempenho dos Estados e da OMS durante a pandemia²⁶, ratifica a proposta de adoção de um mecanismo de Revisão Periódica Universal (RPU) similar ao do Conselho de Direitos Humanos da ONU. Esta proposta foi apresentada em 2019 por um grupo de países africanos, e é explicitamente apoiada pela Direção Geral da OMS⁸⁴. A RPU é considerada como um instrumento típico da estratégia das instituições internacionais de direitos humanos conhecida como “naming and shaming”, também chamada de “mobilização da vergonha”, que resumidamente consiste em expor a conduta dos Estados à desaprovação dos seus pares e da opinião pública. Criada em 2006 como uma grande inovação institucional no campo dos direitos humanos, a RPU permite que a atuação de todos os Estados-membros da ONU seja submetida ao escrutínio de seus pares ao longo de ciclos de quatro anos e meio de avaliação, nos quais o Estado revisado é alvo de recomendações, e tem a obrigação de reagir a cada uma delas, expressando seu aceite ou recusa, independentemente do seu poder, dos seus recursos e da importância de que desfruta na arena internacional⁸⁵. Consideramos que esta proposta tem maior chance de ser aceita pelos Estados, e poderia ter efeitos benéficos para a visibilidade global da agenda da saúde pública, assim como para ampliação da interface entre direitos humanos e saúde global.

Em relação aos *poderes coercitivos*, há propostas de que seja outorgado à OMS o poder de adotar sanções contra Estados inadimplentes^{13 26}, como a restrição de viagens de seus governantes e o congelamento de ativos no exterior⁸⁶. Também foi proposta a criação de uma agência independente da OMS, encarregada de investigar os surtos de patógenos e sua origem, ou de verificar se os Estados estão cumprindo seu dever de compartilhamento de dados⁸⁶. O novo organismo técnico supostamente não estaria sujeito às pressões que constroem organizações intergovernamentais como a OMS. Porém, cabe ponderar os riscos de esvaziamento dos já escassos poderes da organização. Não resta dúvida sobre a necessidade de atribuir à OMS o poder de checar as notificações oficiais dos Estados-membros a respeito das potenciais ameaças, e de alertar a comunidade internacional quando algum país não estiver agindo de forma responsável e transparente^{13 26 87}. Uma das sugestões é de que a OMS adote um regime similar ao que existe no regime de não

proliferação de armas nucleares, com a possibilidade de realização de inspeções *in loco*, destacando cientistas independentes para investigar a potencial existência de patógenos novos e perigosos⁸⁶.

Por fim, quanto aos *mecanismos de coordenação política*, um amplo leque de recomendações emana principalmente do Painel Independente²⁶. Entre elas, destaca-se a criação de um Conselho Global de Ameaças à Saúde, por meio de uma resolução da Assembleia Geral da ONU. Vinculada ao G20 e composta por Chefes de Estado e Governo, com participação da sociedade civil e do setor privado, tal instância teria como missão construir um compromisso político de preparação para as pandemias que se mantivesse ativo durante uma emergência, mas também entre uma emergência e outra; assegurar a complementaridade da ação coletiva em todos os níveis do sistema internacional; monitorar os progressos realizados pelos Estados em relação aos objetivos e indicadores estabelecidos pela OMS; e responsabilizar os atores envolvidos na condução de emergências. Além disso, o Conselho orientaria a alocação de recursos da cooperação internacional, em especial de um novo mecanismo internacional de financiamento que seria criado pelo G20 e pelos Estados-membros da OMS, que mobilizaria de 5 a 10 bilhões de dólares por ano. Esta proposta reflete o entendimento de que a elevação dos temas de saúde ao nível dos Chefes de Estado e de Governo traria o protagonismo político para o campo da saúde global, hipótese que nos parece ainda distante de ser comprovada. Além disso, preocupa-nos o uso da expressão “ameaça à saúde global” como catalisador desta liderança, que poderia favorecer uma abordagem securitária das questões de saúde. Há uma tendência a apresentar os países do Sul Global como fonte de ameaças, tratando a questão do acesso aos dados nacionais e da possibilidade de inspeções nos países em desenvolvimento como forma de garantir a segurança do mundo desenvolvido⁸⁸. Porém, confinar a resposta às emergências internacionais ao prisma da segurança condenaria a saúde global a uma sucessão infinita de períodos de ‘guerra’ intercalados por ‘tréguas’ focadas nos sistemas de vigilância, e não no enfrentamento das causas das epidemias, vinculadas aos determinantes sociais da saúde⁷⁷.

Considerações finais: consolidação do campo da saúde global ou *fuite en avant*?

A provável negociação de um tratado internacional sobre as pandemias reflete o reconhecimento pelos Estados de algo que a comunidade científica e as organizações internacionais indicam há décadas, em vasta documentação, ignorada do grande público: não se trata de saber “se” ocorrerão novas pandemias, e sim “quando”²⁵. Mas as negociações diplomáticas dependem da vontade política dos Estados. Resta saber se a convicção sobre a necessidade de um tratado persistirá após a vacinação em massa e o esperado controle da Covid-19 em numerosos países.

Também depende da vontade política dos Estados a capacidade que a OMS terá de cumprir sua missão. Atribuir à organização apenas poderes para controlar o cumprimento de obrigações nacionais relativas à vigilância sanitária e outros temas de interesse dos países mais ricos implica negligenciar as obrigações concernentes à adoção de um enfoque de direitos humanos que abordamos neste ensaio. Aqui aparece o risco de termos um tratado que institui um sistema eficiente de vigilância em benefício dos países ricos (capacidade de alerta para que os vírus e outras ameaças não saiam dos lugares onde eles devem permanecer, principalmente no mundo em desenvolvimento), em lugar de um tratado que realmente pretenda agir para evitar novas pandemias ou reduzir o seu impacto negativo sobre a saúde das populações.

Reconhecendo que os direitos humanos são determinantes para o sucesso das ações de prevenção e de resposta, se eles não tiverem um lugar de destaque no tratado em apreço, e se não existirem os meios para garantir sua efetividade no contexto das pandemias, corremos o risco de estar diante de uma *fuite en avant* (na tradução literal do francês, uma “fuga para a frente”), que podemos definir como uma ação mais ou menos temerária, empreendida para escapar a circunstâncias perigosas que não queremos enfrentar⁸⁹. Neste caso, significa lançar-se em um desafio de longo prazo para desviar o foco de questões anteriores, cuja solução poderia ser providenciada a curto e médio prazo por meio de instrumentos e consensos menos complexos, como, por exemplo, resoluções da AMS que podem ser adotadas por maioria de votos. Assim, ao não enfrentar os elementos estruturais que transformam as epidemias em catástrofes sanitárias, a OMS e o multilateralismo poderão sair enfraquecidos deste processo, enquanto as populações mais vulneráveis continuarão sendo devastadas por pandemias cada vez mais frequentes.

Referências

¹McKee, M., Gugushvili, A., Koltai, J., Stuckler, D. Are Populist Leaders Creating the Conditions for the Spread of COVID-19?; Comment on “A Scoping Review of Populist Radical Right Parties’ Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe”. *International Journal of Health Policy and Management*, 2020; (); -. doi:10.34172

²Delmas-Marty M (2021). « Le rêve de perfection transforme nos Etats de droit en Etats policiers ». Disponível em: https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/01/mireille-delmas-marty-le-reve-de-perfection-transforme-nos-etats-de-droit-en-etats-policiers_6071518_3232.html

³Alviar, H. et al. « Ce que la Covid-19 révèle du rapport entre le monde et le droit », Marc Lazar éd., *Le monde d'aujourd'hui. Les sciences sociales au temps de la Covid*. Presses de Sciences Po, 2020, pp. 169-189.

⁴Ventura D., Duarte FR. Atividades consideradas essenciais no Brasil durante a pandemia, *Boletim Direitos na Pandemia* n.10, p.32-44. Disponível em: https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf

⁵Ventura D, Martins J. Between Science and populism: the Brazilian response to COVID-19 from the perspective of the legal determinants of Global Health. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/rdi/article/view/6687>

⁶Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. (1994). Health and human rights. *Health and Human Rights*, 1(1), 6–23.

⁷Mykhalovskiy, E., Kazatchkine, C., Foreman-Mackey, A. et al. Human rights, public health and COVID-19 in Canada. *Can J Public Health* 111, 975–979 (2020). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm

⁸Brasil (1992). Presidência da República. Decreto No 591, de 6 de Julho de 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm

⁹Organização Mundial de Saúde (OMS). Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response>

¹⁰University of Minnesota. Human Rights Library. United Nations, Economic and Social Council, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985). Disponível em: <http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusaprinciples.html>

¹¹Organização Mundial da Saúde (OMS). *International Health Regulations (2005) Third Edition*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

¹²Brasil. Decreto Nr. 10.212, de 30 de janeiro de 2020: Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da

Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm

¹³Organização Mundial da Saúde (OMS). WHO's work in health emergencies. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-en.pdf

¹⁴Wenham C et al. Problems with traffic light approaches to public health emergencies of international concern. *Lancet* 2021; 397: 1856–58. Publicado Online em 12 de abril de 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00474-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00474-8)

¹⁵Organização Mundial da Saúde (OMS). Resolução WHA74(16). Special session of the World Health Assembly to consider developing a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic preparedness and response. 31 de maio de 2021. Disponível em: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74\(16\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(16)-en.pdf)

¹⁶Ventura DF, Bueno FT. De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la Covid-19. *Foro Internacional (FI)*, LXI, 2021, núm. 2, cuad. 244, 427-467. Disponível em: <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2835>

¹⁷Organização Mundial da Saúde (OMS). Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

¹⁸Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Partes. Disponível em: <https://fctc.who.int/who-fctc/overview/parties>

¹⁹Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). History of the Who Framework Convention On Tobacco Control. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44244/9789241563925_eng.pdf;jsessionid=E43D87A5D41ACB0793DE059655731E31?sequence=1

²⁰Borges, L C, Menezes, H Z, Souza, I M. Dilemas na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* v. 36, n. 2, e00136919. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136919>.

²¹Gostin LO, Friedman EA. Towards a Framework Convention on Global Health: a transformative agenda for global health justice. *Yale J Health Policy Law Ethics*. 2013 Winter;13(1):1-75. PMID: 23815040. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.114447>

²²Gostin LO, Friedman EA, Ooms G, Gebauer T, Gupta N, Sridhar D, et al. (2011) The Joint Action and Learning Initiative: Towards a Global Agreement on National and Global Responsibilities for Health. *PLoS Med* 8(5): e1001031. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001031>

²³Framework Convention on Global Health Alliance (FCGH). Home Page. Disponível em: <https://fcghalliance.org/about/about-the-fcgh-alliance/#background>

²⁴Conselho Europeu (2021). G7 Leaders' statement, 19 February 2021. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/02/19/g7-february-leaders-statement/>

²⁵Conselho Europeu (2021). “COVID-19 shows why United action is needed for more robust international health architecture”. Declaração. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/03/30/pandemic-treaty-op-ed/>

²⁶Independent Panel for Pandemics Preparedness & Response (2021). Report: Make it the last pandemic. Disponível em: https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

²⁷Global Preparedness Monitoring Board (2021). “A world in disorder. 2020”. Disponível em: https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_AR_2020_EN.pdf

²⁸Nature. Wanted: rules for pandemic data access that everyone can trust. Editorial. Junho de 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-021-01460-7>

²⁹ Moon S, Kickbusch I. A global public health convention for the 21st century. *The Lancet Public Health*, Volume 6, Issue 6, E355-E356. Publicado em 01 de junho de 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00103-1/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00103-1/fulltext#articleInformation)

³⁰Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Resolução No 1/2020 - Pandemia e Direitos Humanos nas Américas (Aprovada pela CIDH em 10 de abril de 2020). Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>

³¹Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Resolución No. 4/2020 - Derechos Humanos de las Personas con Covid-19 (Adoptado Por La CIDH el 27 de julio de 2020). Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf>

³²Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Resolução 1/2021- As Vacinas Contra a Covid-19 no Âmbito das Obrigações Interamericanas de Direitos Humanos (Aprovada pela CIDH em 6 de abril de 2021). Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-pt.pdf>

³³Lowcock EC, Rosella LC, Foisy J, et al. The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity. *Am J Public Health* 2012;102:51–8.

³⁴Vélez AC, Diniz SG. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. *Reproductive Health Matters* 2016;24:57–61. Doi: 10.1016/j.rhm.2016.11.008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16893/2/InequalityZikaEpidemics.pdf>

³⁵Osazuwa-Peters N. Determinants of health disparities: the perennial struggle against polio in Nigeria. *Int J Prev Med.* 2011 Jul;2(3):117-21. PMID: 21811651; PMCID: PMC3143522.

³⁶Harman S. ‘Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance’, *Third World Quarterly* 37: 3, 2016, pp. 524–41 at p. 535.

³⁷Bambra C, Riordan R, Ford J, et al. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020;74:964–968. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/74/11/964.full.pdf>

³⁸Rocha R et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health* 2021; 9: e782–92
Publicado Online em 12 de abril de 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4)

³⁹Ribeiro KB, Ribeiro AF, de Sousa Mascena Veras MA, de Castro MJ. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil, *International Journal of Epidemiology*, 2021;, dyab022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab022>

⁴⁰Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Health* 2020; 8: e1018–26. Publicado Online em 2 de julho de 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)

⁴¹Nações Unidas (ONU). Policy brief: the impact of Covid-19 on food security and nutrition. Junho de 2020. Disponível em: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf

⁴²Frey, I. “Herd Immunity” is epidemiological neoliberalism. *Economic sociology & Political Economy*. Abril de 2020. Disponível em: <https://economicsociology.org/2020/04/24/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/>

⁴³Nunes, JA. Pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 5 [Acessado 26 Maio 2021] , e00063120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063120>. Epub 8 Maio 2020. ISSN 1678-4464

⁴⁴Organização Internacional do Trabalho (OIT). Social Protection Inter-Agency Cooperation Board. Home Page. Disponível em: <https://www.ilo.org/newyork/at-the-un/social-protection-inter-agency-cooperation-board/lang--en/index.htm>

⁴⁵Social Protection Interagency Cooperation Board (SPIAC-B). A Joint Statement on the Role of Social Protection in Responding to the COVID-19 Pandemic. Disponível em: <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56006>

⁴⁶Rutkowski M. How social protection can help countries cope with COVID-19. Blog do Banco Mundial (BM). Abril de 2020. Disponível em: <https://blogs.worldbank.org/voices/how-social-protection-can-help-countries-cope-covid-19>

⁴⁷Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Panorama social da América Latina 2020. Resumo executivo. Abril de 2021. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>

⁴⁸Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. *Sur, Rev. int. direitos human.* [online]. 2008, vol.5, n.8, pp.100-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>

⁴⁹Biehl J. Theorizing global health. *Medicine Anthropology Theory*, Vol 3 (2). 2016. Disponível em: https://spia.princeton.edu/system/files/research/documents/Biehl_TheorizingGlobalHealth_2016.pdf

⁵⁰Organização Mundial da Saúde (OMS). 69ª Assembleia Mundial da Saúde. Resolução WHA69.25. Addressing the global shortage of medicines and vaccines, and the safety and accessibility of children's medication. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf#page=27

⁵¹Correa C. “O Acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*” 2005, v. 2, n. 3, pp. 26-39.

⁵²Bermudez J. “Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio!”. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017, v. 33, n. 9, e00123117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GbZ6j44qyKnZswnSZNQYPWs/?format=pdf>

⁵³Nações Unidas (ONU). COVID-19 and Human Rights We are all in this together. Relatório do Secretário-Geral. Disponível em: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf

⁵⁴Conselho de Direitos Humanos (CDH). Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos: Implementation and enhancement of international cooperation in the field of human rights. Abril de 2020. Disponível em: <https://undocs.org/A/HRC/44/28>

⁵⁵Nações Unidas (ONU). Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights. Pronunciamento E/C.12/2020/1. 17 de abril de 2020. Disponível em: <https://undocs.org/E/C.12/2020/1>

⁵⁶Dias LC. Coalizão Covax e a disputa mundial pelas vacinas contra Covid-19. *Jornal da UNICAMP*. Setembro de 2020. Disponível em:

<https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/artigos/luiz-carlos-dias/coalizao-covax-e-disputa-mundial-pelas-vacinas-contracovid-19>

⁵⁷Corrêa H, Ribeiro A. “Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial”. *Saúde em Debate* v. 45 (128) Jan-Mar 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/W8xnStQtwFNDv38NDdHzbNS/?lang=pt>

⁵⁸Organização Mundial da Saúde (OMS). Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board. Discurso. 18 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>

⁵⁹Organização Mundial da Saúde (OMS). Director-General's opening remarks at Paris Peace Forum Spring Meeting. Discurso. 17 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-paris-peace-forum-spring-meeting-17-may-2021>

⁶⁰Nature (2021). “Learn from COVID before diving into a pandemic treaty”. Editorial. Volume 592, 165-166. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-021-00866-7>

⁶¹Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Diretora da OPAS pede que lacuna “gritante” no acesso a vacinas contra COVID-19 seja preenchida ampliando sua produção na América Latina e no Caribe. Maio de 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-5-2021-diretora-da-opas-pede-que-lacuna-gritante-no-acesso-vacinas-contracovid-19-seja>

⁶²Médicos Sem Fronteiras (MSF). Em movimento histórico, Índia e África do Sul propõem que não haja patentes sobre os medicamentos para COVID-19. Publicado em 07 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/em-movimento-historico-india-e-africa-do-sul-propoem-que-nao-haja-patentes-sobre-os>

⁶³Deutsche Welle (DW). Sem apoio do Brasil, proposta para suspender patente de vacinas trava na OMC. Publicado em 12 de março de 2021. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/sem-apoio-do-brasil-proposta-para-suspender-patente-de-vacinas-trava-na-omc/a-56859401>

⁶⁴Brasil. Vacinas e patentes - Nota à Imprensa Conjunta do Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Publicada em 09 de abril de 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/nota-a-imprensa-conjunta-do-ministerio-das-relacoes-exteriores-ministerio-da-economia-ministerio-da-saude-e-ministerio-da-ciencia-tecnologia-e-inovacoes-sobre-vacinas-e-patentes

⁶⁵Organização Mundial da Saúde (OMS). Resolution WHA74.6: Strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access. Resolução da Assembleia Mundial da Saúde. Publicada em 31 de maio de 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R6-en.pdf

⁶⁶Organização Mundial da Saúde (OMS). Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool (e-SPAR). Plataforma web. Disponível em: <https://extranet.who.int/e-spar#capacity-score>

⁶⁷Organização Mundial da Saúde (OMS). A74/17. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report by the Director-General. Documento de trabalho. Publicado em 12 de maio de 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_17-en.pdf

⁶⁸Global Health Security Agenda. Disponível em: <https://ghsagenda.org/>

⁶⁹Organização Mundial da Saúde (OMS). Voluntary joint external evaluations (JEE) prompt much-needed multisectoral dialogues for health security: case study. Relatório. Publicado em 23 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1333662/retrieve>

⁷⁰Talisuna A, Yahaya AA, Rajatonirina SC, et al. Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities: current status and lessons learnt in the WHO African region. *BMJ Global Health* 2019;4:e001312.

⁷¹Gupta V, Kraemer J D, Katz R, Jha A K, Kerry V B, Sane J, Ollgren J, & Salminen, M O. Analysis of results from the Joint External Evaluation: examining its strength and assessing for trends among participating countries. *Journal of global health*. 2018 Dec 8(2), 020416. Disponível em: <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020416>

⁷²Organização Mundial da Saúde (OMS). Extended list of Ebola review. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/about/evaluation/extended-list-of-ebola-reviews-may2016.pdf?ua=1>

⁷³Organização Mundial da Saúde. Ebola interim assessment panel. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/about/evaluation/Ebola-Interim-Assessment-Panel.pdf?ua=1>

⁷⁴Organização Mundial da Saúde (OMS). Review committee on the role off the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/about/evaluation/Review-Committee-on-the-Role-of-the-IHR-2005-in-the-Ebola-Outbreak-and-Response.pdf?ua=1>

⁷⁵Ventura D, Perez FA. Crise e reforma da organização mundial da saúde. *Lua Nova*, São Paulo, n. 92, p. 45-77. Agosto de 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ln/n92/a03n92.pdf>

⁷⁶Ventura D F. (2013). *Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1)*. São Paulo: Outras Expressões.

⁷⁷Ventura D F. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. 4, e00033316

⁷⁸Gostin LO, Katz R. (2016). *The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security*. Georgetown University Law Center: 94 *Milbank Quarterly* 264-313.

⁷⁹Eccleston-Turner M, Kamradt-Scott A. Transparency in IHR emergency committee decision making: the case for reform. *BMJ Glob Health*. 2019 Apr 25;4(2):e001618. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001618. PMID: 31139463; PMCID: PMC6509695

⁸⁰Fidler, D. “To declare or not to declare: the IHR and Ebola in the Democratic Republic of Congo”. *ASCUH*, 2019, Vol. 14, 287-330.

⁸¹Mullen L, Potter C, Gostin LO, et al. An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Concern Designations. *BMJ Global Health* 2020; 5:e002502

⁸²Grigorescu A. Transparency of Intergovernmental organizations: the roles of member States, International Bureaucracies and nongovernmental organizations. *International Studies Quarterly* 2007; 51:625–48. doi:10.1111/j.1468-2478.2007.00467.x

⁸³Organização Mundial da Saúde (OMS). EB148/19. Provisional agenda item 14.2: Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). Documento de trabalho do Conselho Executivo. Publicado em 12 de janeiro de 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-fr.pdf

⁸⁴Organização Mundial da Saúde (OMS). WHO Director-General's opening remarks at the World Health Assembly. Discurso do Diretor-Geral. Publicado em: 18 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly>

⁸⁵Hernandez M C, Da Rosa W. A temática migratória na revisão periódica universal dos EUA: oportunidade política diante do hegemom. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política* [online]. 2019, n. 108 , pp. 65-100. <https://doi.org/10.1590/0102-065100/108>

⁸⁶Gostin, LO, Friedman E A, Dueck, L (2021). “Argument: The World Needs a Post-Pandemic Health Treaty With Teeth”. Artigo de opinião. *Foreign Policy*, 5 de abril de 2021. Disponível em: <https://foreignpolicy.com/2021/04/05/who-un-pandemic-treaty-health-regulations/>

⁸⁷Braswell H. Covid pandemic should serve as ‘Chernobyl moment’ for global health reform, international experts say. *Stat News*. Maio 2021. Disponível em: <https://www.statnews.com/2021/05/12/covid-pandemic-should-serve-as-chernobyl-moment-for-global-health-reform-international-experts-say/>

⁸⁸Fukuda-Parr S, Buss P, Yamin A. Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun;6(6):e006392. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006392. PMID: 34083245; PMCID: PMC8182745

⁸⁹Larousse. Dicionário online. Disponível em: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fuite/35506#155914>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.