

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Marcella Vizzotto

OMS e o combate a crises sanitárias: um panorama histórico e desafios futuros

São Paulo
2025

MARCELLA VIZZOTTO

OMS e o combate a crises sanitárias: um panorama histórico e desafios futuros

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Relações Internacionais do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais.

Orientador(a): Prof. Dr. Alexandre Toshiro Igari

São Paulo

2025



Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vizzotto, Marcella

OMS e o combate a crises sanitárias: um panorama histórico e desafios futuros: / Marcella Vizzotto; orientador: Alexandre Toshio Igari, -- São Paulo, 2025.

64 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo.

1. Saúde Global 2. Crises Sanitárias 3. Organização Mundial da Saúde (OMS) 4. Relações Internacionais 5. Governança I. Igari, Alexandre Toshio, orient. II. Título.

VIZZOTTO, Marcella. **OMS e o combate a crises sanitárias: um panorama histórico e desafios futuros**: 2025. 64 p. Trabalho de Conclusão do Curso. Bacharelado em Relações Internacionais. Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

RESUMO

Este trabalho analisa como o histórico de atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no enfrentamento de crises sanitárias anteriores influenciou sua resposta à pandemia de COVID-19, ressaltando os desafios enfrentados, críticas recebidas e mudanças institucionais decorrentes, com o intuito de compreender os limites e possibilidades da OMS diante de futuras crises globais. Adota-se uma abordagem qualitativa, baseada em revisão temática de literatura acadêmica, que inclui artigos científicos, documentos institucionais e relatórios oficiais, com análise histórica, descritiva e analítica organizada em oito eixos temáticos principais, como governança da saúde global, HIV/Aids, Ebola, H1N1, SARS e COVID-19. A pesquisa enfatiza as mudanças institucionais do tipo “drift” e “conversion” segundo as lentes do Institucionalismo Histórico buscando mapear continuidades e rupturas na atuação da OMS em contextos de emergência sanitária. Os resultados indicam que a trajetória da OMS revela desafios estruturais de governança, financiamento, transparência e autonomia, os quais impactaram sua capacidade de resposta durante a pandemia. Conclui-se que o fortalecimento da governança global em saúde depende da superação dessas limitações históricas, de modo a garantir maior eficácia, independência e foco nos determinantes sociais da saúde e na proteção das populações mais vulneráveis.

Palavras-chave: COVID-19. Crise sanitária. Ebola. ESPII. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Epidemia. H1N1. HIV. Mudanças Institucionais. Organização Mundial da Saúde. OMS. Pandemia. Regulamento Sanitário Internacional. Relações Internacionais. RSI. SARS. Saúde Global. Mudanças Institucionais.

VIZZOTTO, M. **WHO and the Fight Against Health Crises: A Historical Overview and Future Challenges**. 2025. 64 p. Undergraduate Thesis. Bachelor 's Degree in International Relations – Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2025.

ABSTRACT

This study analyzes how the World Health Organization's (WHO) historical role in responding to past health crises influenced its response to the COVID-19 pandemic, highlighting the challenges faced, criticisms received, and resulting institutional changes. The aim is to understand the WHO's limitations and possibilities in the face of future global crises. A qualitative approach is adopted, based on a thematic review of academic literature, including scientific articles, institutional documents, and official reports. The analysis is historical, descriptive, and analytical, organized into eight main thematic axes such as global health governance, HIV/AIDS, Ebola, H1N1, SARS, and COVID-19. The research emphasizes institutional changes of the "drift" and "conversion" types, drawing on the lenses of Historical Institutionalism seeking to map continuities and ruptures in the WHO's actions in health emergency contexts. The findings indicate that the WHO's trajectory reveals structural challenges related to governance, funding, transparency, and autonomy, which affected its response capacity during the pandemic. The study concludes that strengthening global health governance depends on overcoming these historical limitations to ensure greater effectiveness, independence, and focus on the social determinants of health and the protection of the most vulnerable populations.

Keywords: COVID-19. Ebola. Epidemic. Global Health. H1N1. Health crisis. HIV. IHR. Institutional Changes. International Health Regulations. International Relations. SARS. Pandemic. PHEIC. Public Health Emergency of International Concern. World Health Organization. WHO.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	07
1.1	OBJETIVOS	08
1.1.1	Objetivo geral	08
1.1.2	Objetivos específicos	09
2	METODOLOGIA	10
3	RESULTADOS	10
3.1	BREVE HISTÓRICO DA OMS	10
3.2	EPIDEMIA DE HIV	13
3.2.1	Origens da crise sanitária do HIV/AIDS	13
3.2.2	A Resposta da OMS ao HIV/AIDS	15
3.2.3	Críticas e Desafios da Resposta da OMS ao HIV/AIDS	18
3.3	EPIDEMIA DE SARS	23
3.3.1	Origens da crise sanitária da SARS	23
3.3.2	A Resposta da OMS à SARS	23
3.3.3	Críticas e Desafios da Resposta da OMS à SARS	26
3.4	PANDEMIA DE H1N1	30
3.4.1	Origens da crise sanitária de H1N1	30
3.4.2	A Resposta da OMS a H1N1	32
3.4.3	Críticas e Desafios da Resposta da OMS a H1N1	34
3.5	EPIDEMIA DE EBOLA 2014 - 2016	38
3.5.1	Origens da crise sanitária do Ebola	38
3.5.2	A Resposta da OMS a Ebola	39
3.5.3	Críticas e Desafios da Resposta da OMS a Ebola	41
3.6	PANDEMIA DE COVID-19	44
3.6.1	Origens da crise sanitária da COVID-19	44
3.6.2	A Resposta da OMS a Ebola	46
3.6.3	Críticas e Desafios da Resposta da OMS a Ebola	49
4	DISCUSSÃO	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS FUTUROS.....	57
	REFERÊNCIAS	61

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Ao longo de sua história, a Organização Mundial da Saúde capitaneou grandes programas de intervenção contra doenças, ofereceu apoio científico e assistência técnica a países menos desenvolvidos, e alcançou notáveis sucessos, como a erradicação da varíola em 1979, resultante de campanhas globais que, embora lideradas pela OMS, envolveram diversos atores e contextos nacionais. No entanto, a atuação da OMS não se restringiu a sucessos e campanhas lineares, mas ela enfrenta e continuará a enfrentar diversos desafios em crises sanitárias futuras, muitos dos quais são reflexo dos problemas persistentes observados em suas respostas e atuações anteriores (Preze; Ventura, 2014). Diante desse contexto, emerge a questão central desta pesquisa de como a atuação histórica da OMS na contenção de crises sanitárias, como HIV/Aids, SARS, H1N1 e Ebola, ajuda a explicar as dificuldades enfrentadas no combate à pandemia de Covid-19 e quais desafios isso aponta para o futuro. Nesse sentido, a relevância deste trabalho reside na necessidade de analisar se as dificuldades que a OMS vivenciou durante a pandemia de Covid-19 já eram conhecidas pela instituição e porque elas não foram superadas, uma vez que os desafios recentes não surgiram no vácuo, mas estão intrinsecamente ligados a problemas e tensões que acompanham a organização há décadas, evidenciados em sua resposta a epidemias anteriores.

A organização enfrentou e respondeu a numerosos surtos e epidemias que desafiaram suas estruturas e expuseram vulnerabilidades do sistema de saúde global. Analisar a atuação da OMS no combate ao HIV/Aids é fundamental, pois essa epidemia desafiou paradigmas tradicionais da saúde pública e impulsionou debates sobre direitos humanos e acesso a tratamento. A resposta ao HIV/Aids evidenciou as limitações da OMS diante de doenças complexas e marcadas por estigma social, além de revelar tensões entre saúde pública, indústria farmacêutica e acesso universal a medicamentos. A experiência brasileira com genéricos e confrontos sobre patentes contrasta com outras crises e ressoa nas discussões sobre acesso equitativo às vacinas da Covid-19.

Os surtos de SARS, em 2003, marcaram um ponto de virada ao evidenciar que falhas em vigilância e resposta em um país podem ter repercussões globais. Esse cenário motivou a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), principal instrumento da OMS para prevenir a disseminação de doenças transfronteiriças. A criação da categoria de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), posteriormente usada na gripe H1N1

e na Covid-19, reflete esse novo enfoque e a crescente “securitização” da saúde global.

A pandemia de gripe A (H1N1), entre 2009 e 2010, expôs disfunções internas da OMS e levantou questionamentos sobre sua independência, diante de denúncias de conflitos de interesse envolvendo especialistas e a indústria farmacêutica. As críticas à gestão da H1N1, incluindo acusações de alarmismo e falta de transparência, abalaram a credibilidade da organização. Esse episódio serve como precedente para analisar as desconfiças enfrentadas durante a pandemia de Covid-19, especialmente em relação à transparência na tomada de decisões.

O surto de Ebola na África Ocidental (2014–2016) escancarou as fragilidades na articulação entre a sede da OMS, seus escritórios regionais e os Estados-membros. O atraso no reconhecimento da gravidade da crise, em parte devido à subestimação dos países afetados, evidencia desafios na governança da OMS e na prontidão de resposta a emergências. Esse episódio alimenta reflexões sobre como essas mesmas dificuldades reapareceram na resposta à Covid-19.

Portanto, ao analisar historicamente essas crises sanitárias, é possível identificar padrões recorrentes que culminaram na perda de protagonismo da OMS frente a novos atores globais: a tensão entre abordagens biomédicas e sociais, conflitos de interesses, influência de atores privados, os desafios de financiamento dependente de contribuições voluntárias, problemas de governança interna, falta de compliance dos Estados em relação às normas, incapacidade de gerir os determinantes sociais da saúde e o acesso a tratamento, entre outros (Moreira; Santos; Sousa, 2020; Perez; Ventura, 2014). Além disso, ao longo das últimas três décadas, as respostas às crises sanitárias têm sido marcadas por um binômio recorrente de crise e reforma, que mostram as numerosas dificuldades na realização das funções da instituição (Viegas; Ventura; Ventura, 2022).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é analisar como o histórico de atuação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no enfrentamento de crises sanitárias anteriores influenciou sua

resposta à pandemia de COVID-19, destacando os desafios históricos enfrentados, as críticas recebidas e as mudanças institucionais resultantes, com vistas a compreender os caminhos e limitações da OMS diante de futuras crises sanitárias globais. É importante destacar que existem outros determinantes relevantes para a análise da atuação da OMS durante a pandemia de COVID-19. No entanto, este trabalho se propôs a focar no panorama histórico da organização, sem a pretensão de esgotar todos os fatores que influenciaram as ações das OMS no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Investigar a trajetória da OMS no combate a epidemias anteriores (como HIV/AIDS, SARS, H1N1 e Ebola), identificando padrões de atuação e suas limitações.
- b) Examinar os principais desafios enfrentados pela OMS durante a pandemia de COVID-19, incluindo fatores políticos, institucionais e financeiros.
- c) Analisar as críticas à atuação da OMS e como elas impactaram sua legitimidade e autoridade internacional.
- d) Avaliar as reformas e propostas de mudança institucional formuladas após certas epidemias;

8. METODOLOGIA

Este trabalho adota uma abordagem qualitativa, com base em uma revisão temática de literatura acadêmica. O objetivo é compreender como a atuação histórica da Organização Mundial da Saúde (OMS) na contenção de epidemias anteriores, como HIV/Aids, SARS, gripe H1N1 e Ebola, ajuda a explicar as dificuldades enfrentadas no combate à pandemia de Covid-19 e os desafios que se colocam para o futuro. A pesquisa será fundamentada na análise de artigos científicos, livros, documentos institucionais e relatórios oficiais, selecionados pela relevância temática, credibilidade acadêmica e atualidade.

A abordagem será histórica, analítica e descritiva. A análise será organizada a partir de oito eixos temáticos principais: OMS, governança da saúde global, resposta a epidemias, HIV/Aids, Ebola, H1N1, SARS e Covid-19. Esses eixos permitirão mapear continuidades, rupturas e aprendizados ao longo do tempo, destacando os principais dilemas enfrentados pela organização em contextos de emergência sanitária. Com isso, busca-se contribuir para a reflexão crítica sobre os limites e possibilidades da atuação da OMS em cenários de crise e para o fortalecimento da governança global em saúde.

3 RESULTADOS

3.1 BREVE HISTÓRICO DA OMS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atua como uma instituição internacional central no campo da saúde global, e sua atuação pode ser analisada através das lentes do institucionalismo. Instituições são definidas como as regras e normas, tanto formais quanto informais, que balizam as interações sociais e tornam seus resultados mais previsíveis para os agentes. Elinor Ostrom, em um trabalho referenciado por Pavanelli et al. (2023) e Rosado, Canellas, Igari (2023), expande essa concepção, vendo as instituições como regras, normas e estratégias desenvolvidas e adotadas por indivíduos em situações de interação social. No contexto da saúde global, a OMS, enquanto instituição, é o legado de "esforços históricos concretos" (Cueto; Brown; Fee, 2019) e sua trajetória é marcada pela dependência da trajetória (path dependence), onde as condições iniciais moldam seu desenvolvimento (Rosado; Canellas; Igari, 2023).

A OMS foi criada em 7 de abril de 1948, emergindo da Conferência Internacional de Saúde de Nova York em 1946, no rescaldo da Segunda Guerra Mundial e no início da Guerra Fria (Organização Mundial da Saúde, 2024; Cueto; Brown; Fee, 2019). Ela herdou e unificou o trabalho de instituições sanitárias anteriores, como o Escritório Internacional de Higiene Pública de 1907 e a Organização da Saúde da Liga das Nações de 1919, além da Administração das Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação e o Escritório Sanitário Pan-Americano, precursor da Organização Pan-Americana da Saúde (Cueto; Brown; Fee, 2019; McCarthy, 2002). Sua Constituição, considerada visionária, firma a saúde como um direito humano fundamental e estabelece que a saúde das populações é responsabilidade dos governos, sem distinção de raça, religião, crença política ou condição socioeconômica (McCarthy, 2002; Organização Mundial da Saúde, 2024).

A estrutura da OMS é composta pela Assembleia Mundial da Saúde, que define a política geral, adota decisões e o orçamento; o Conselho Executivo, que aplica as decisões e prepara as sessões da AMS; e a Direção-Geral, responsável pela gestão diária da organização. A OMS é uma organização descentralizada, com 194 Estados-membros, seis escritórios regionais e mais de 150 escritórios em países, sendo que os escritórios regionais possuem autoridade discricionária em relação à sede em Genebra (Ventura; Perez, 2014). É crucial notar que a OMS só pode intervir nos países quando solicitado, e suas resoluções e recomendações não são obrigatórias, apenas "solicitam ou exortam" os Estados-membros a

agir (Birn et al., 2017; Cueto; Brown; Fee, 2019). Isso reflete o fato de que a capacidade da OMS de cumprir sua missão depende, em grande parte, da vontade política dos Estados. Adicionalmente, a percepção de que a OMS "não tem dentes" – ou seja, falta-lhe poder para impor sanções aos Estados que não agirem de acordo com suas normas– também é um fator importante (Viegas; Ventura; Ventura, 2022).

Além disso, um dos principais desafios de atuação da instituição é seu financiamento: as contribuições fixas dos Estados-membros diminuíram significativamente, representando apenas cerca de 20% das receitas em anos recentes, contra 50% em 1998-1999 (Ventura; Perez, 2014). A organização tornou-se cada vez mais dependente de contribuições voluntárias, muitas delas "carimbadas" (earmarked), ou seja, destinadas a programas específicos de interesse do doador. Isso tende a distorcer as prioridades programáticas e levanta sérias questões sobre conflitos de interesse, especialmente quando as doações provêm de fundações filantrópicas (como a Fundação Bill & Melinda Gates, que foi a maior doadora voluntária em 2010-2011) e da indústria farmacêutica (Ventura; Perez, 2014). Essa mudança tem aumentado a influência do setor privado nas políticas de saúde.

Esse trabalho tem como janela de análise os anos 80 com a epidemia de HIV até a pandemia da COVID-19. Nesse sentido, a trajetória da OMS é marcada por sua atuação em diversas crises sanitárias que demonstraram como a organização se adapta e, ao mesmo tempo, busca moldar a governança global em saúde. No início dos anos 1980, a OMS inicialmente subestimou a epidemia, considerando-a de baixa prioridade (Moreira; Santos; Sousa, 2020; Sekalala; Harrington, 2019). Contudo, a partir de 1986, sob a liderança de Jonathan Mann, diretor do Programa Global sobre HIV/AIDS, ela desafiou as abordagens tradicionais de saúde pública, catalisou o movimento de direitos humanos na saúde global e levantou questões profundas sobre o acesso a medicamentos essenciais e o combate à discriminação (Moreira; Santos; Sousa, 2020). A OMS, por meio do Programa Global sobre HIV/AIDS e da criação da UNAIDS, priorizou a prevenção, o controle e a defesa dos direitos humanos, pressionando pela redução dos preços de antirretrovirais e apoiando a produção de genéricos (Birn et al., 2017).

Pouco tempo depois, a epidemia de SARS (2002-2003) serviu como um "alerta" global, evidenciando que a vigilância inadequada em um país pode ter implicações globais. O surto demonstrou a necessidade de reforçar a abordagem de segurança em saúde e impulsionou a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (Birn et al., 2017; Ventura; Perez, 2014).

Entre 2009 e 2010 com a epidemia de H1N1, foi a primeira vez que a versão revisada do RSI (2005) foi utilizada para declarar uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). No entanto, a OMS enfrentou questionamentos significativos sobre sua credibilidade (Ventura; Perez, 2014). Houve acusações de conflito de interesses de especialistas com a indústria farmacêutica, que teriam influenciado a elevação do nível de alerta da pandemia (Ventura; Perez, 2014). O Senado francês, por exemplo, investigou o papel da indústria farmacêutica, alegando uma "gigantesca manipulação" (Ventura; Perez, 2014). O primeiro surto de Ebola na África Ocidental em 2014-2015, expôs profundas fragilidades nos sistemas de saúde dos países afetados (Birn et al., 2017), gerando críticas à OMS por sua resposta tardia e pela tendência de securitização da saúde global, com o envolvimento de meios militares nas intervenções e a negligência das causas sociais subjacentes, muitas vezes com impacto desproporcional em grupos vulneráveis (Sekalala; Harrington, 2019; Viegas; Ventura; Ventura, 2022).

Já em janeiro de 2020, a OMS declarou a COVID-19 como uma ESPII e elevando-a ao status de pandemia em março de 2020. A pandemia evidenciou e exacerbou as desigualdades sociais e econômicas no sistema internacional, destacando a necessidade de um enfoque de direitos humanos que reconheça a indissociabilidade entre medidas quarentenárias e proteção social (Viegas; Ventura; Ventura, 2022). Também ressaltou a importância do acesso universal e equitativo a tecnologias farmacêuticas. Nesse sentido, o debate sobre a flexibilização de patentes para produtos COVID-19 tornou-se central. A concentração de doses de vacinas nos países ricos levou o Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom, a classificá-la como um "fracasso moral catastrófico" e "apartheid sanitário" (Viegas; Ventura; Ventura, 2022). Portanto, a pandemia reacendeu discussões sobre a reforma da OMS e a necessidade de fortalecer seus poderes de ação, mas também levantou preocupações sobre a tendência de "securitização" da saúde global (Moreira; Santos; Sousa, 2020), focando em ameaças de países em desenvolvimento em vez das causas subjacentes das epidemias.

Em suma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), enquanto instituição internacional, tem sua trajetória intrinsecamente moldada pela dependência da trajetória (path dependence) e por constantes processos de mudança institucional, muitas vezes deflagrados por conjunturas críticas (Rosado; Canellas; Igari, 2023; Pavanelli et al., 2023). A forma como a OMS lidou com as grandes epidemias dos séculos XX e XXI não apenas define seu legado, mas também revela as complexas interações entre suas normas e regras formais e informais, a agência de seus atores internos e externos, e as dinâmicas de poder entre os Estados-membros e o setor privado (Rosado; Canellas; Igari, 2023; Ventura; Perez, 2014). As crises sanitárias têm sido,

indissociavelmente, crises políticas e de governança, expondo as tensões entre os interesses nacionais e a necessidade de solidariedade global.

3.2 EPIDEMIA DE HIV/AIDS

3.2.1 Origens da crise sanitária do HIV/AIDS

A origem do HIV está profundamente ligada a um processo zoonótico complexo, que contribuiu para a emergência de uma das epidemias mais significativas do século XX. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um retrovírus responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tem sua origem traçada a chimpanzés das regiões hoje conhecidas como Camarões e República Democrática do Congo, entre as décadas de 1940 e 1950 (Birn et al., 2017; Goodwin, 2021; Mann; Tarantola, 1998). Dentre os subtipos identificados, o subtipo B ganhou destaque por ter migrado da África Central para o Haiti, espalhando-se posteriormente para cidades como Nova York e Los Angeles, marcando o início da propagação internacional do vírus (Birn et al., 2017; Goodwin, 2021; Mann; Tarantola, 1998). Esse percurso inicial revela como fluxos migratórios e conexões globais foram determinantes para que o vírus cruzasse fronteiras geográficas e sociais ainda antes de seu reconhecimento oficial.

O reconhecimento clínico da AIDS ocorreu apenas décadas depois da emergência inicial do vírus, revelando o impacto de uma doença ainda desconhecida e cercada de incertezas. Em junho de 1981, o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos relatou cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em jovens homossexuais aparentemente saudáveis, residentes em Los Angeles (Kazanjian, 2014; Kim, 2015; Mann; Tarantola, 2014). Este foi o primeiro alerta público de que algo incomum estava acontecendo em termos de saúde pública, levando à oficialização da AIDS como uma nova entidade clínica (Kazanjian, 2014; Kim, 2015; Mann; Tarantola, 2014). Naquele momento, tanto médicos quanto a sociedade em geral se viam perplexos diante da emergência de infecções oportunistas e tumores raros em pessoas sem histórico de imunodeficiência, o que revelou a magnitude do desafio imposto por esse novo agente viral.

À medida que se buscava compreender a natureza do HIV, os modos de transmissão do vírus foram sendo identificados, embora inicialmente cercados de desinformação e medo.

Logo se confirmou que o HIV se espalhava por meio de fluidos corporais como sangue, sêmen e leite materno, sendo transmissível por sexo desprotegido, compartilhamento de seringas contaminadas, procedimentos médicos com agulhas não esterilizadas, transplantes de órgãos ou tecidos infectados, doação de sêmen e também da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação (Kazanjian, 2014; Kim, 2015; Mann; Tarantola, 2014). Contudo, a ausência de informações claras no início da epidemia deu margem a estigmas violentos, com a doença sendo erroneamente associada a determinados grupos sociais. Nos Estados Unidos, popularizou-se o termo dos “4Hs”, homossexuais, hemofílicos, usuários de heroína e haitianos, como grupos supostamente responsáveis pela disseminação do HIV (Kazanjian, 2014; Kim, 2015; Mann; Tarantola, 2014), reforçando preconceitos já existentes e marginalizando ainda mais essas comunidades.

A mídia teve um papel ambíguo na construção da percepção social sobre a AIDS, muitas vezes reforçando a moralização da doença e a exclusão de seus portadores. A associação entre HIV/AIDS e minorias sexuais e raciais provocou pânico social e fomentou o surgimento de discursos públicos pautados na culpa e no medo, ao invés da solidariedade e do cuidado (Kazanjian, 2014). Profissionais da saúde passaram a recusar atendimento a pessoas com AIDS, enquanto em outras esferas cotidianas, como restaurantes e escolas, o medo irracional da transmissão levou a situações de segregação explícita (Kazanjian, 2014). Clientes evitavam estabelecimentos apenas pelo fato de serem atendidos por garçons homossexuais, e o isolamento social passou a se somar ao sofrimento físico causado pela doença, instaurando uma epidemia não só biológica, mas também moral e emocional (Kazanjian, 2014).

A descoberta do agente causador da AIDS e o desenvolvimento de testes diagnósticos marcaram um avanço fundamental na luta contra a epidemia, mas também trouxeram à tona desafios adicionais. Em 1983, o vírus HIV foi oficialmente identificado como o agente responsável pela doença, e em 1985 foi desenvolvido o primeiro teste capaz de detectar a infecção (Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Este diagnóstico revelou um aspecto até então ignorado: a possibilidade de uma pessoa infectada permanecer saudável por até uma década antes de manifestar sintomas, o que ampliava exponencialmente o potencial de transmissão não intencional (Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Ao permitir que portadores do vírus, muitas vezes sem saber, o disseminassem, o diagnóstico tardio se tornou um dos principais obstáculos para o controle da epidemia e exigiu o desenvolvimento de novas estratégias de

rastreamento, conscientização e tratamento em larga escala.

3.2.2 A Resposta da OMS ao HIV/AIDS

O reconhecimento da AIDS como um desafio global por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi resultado de um processo de conscientização progressivo diante da rápida disseminação da doença. Embora inicialmente alguns setores da OMS a classificassem como uma “doença de rico”, como a restrita a determinados grupos sociais nos países desenvolvidos, essa percepção foi rapidamente superada após a manifestação pública de países africanos, como Uganda, que relataram severos impactos do HIV/AIDS em reuniões internacionais (Gostin; Kavanag, 2018; Kim, 2015). Diante dessa nova compreensão, a comunidade internacional atribuiu à OMS o mandato de coordenar os esforços globais de enfrentamento da epidemia. O então Diretor-Geral da organização, Dr. Halfdan Mahler, reconheceu, em 1987, a necessidade de uma mobilização semelhante à campanha pela erradicação da varíola, também liderada pela OMS, o que motivou a criação, em 1º de fevereiro daquele ano, do Programa Especial sobre AIDS (SPA), ponto focal da resposta internacional sob a alçada da organização (Kim, 2015).

A partir do final da década de 1980, a OMS passou a estruturar uma resposta internacional articulada à epidemia, baseada na circulação de conhecimento científico e na cooperação técnica entre países. Um marco dessa mobilização foi a Primeira Conferência Internacional sobre AIDS, realizada em Atlanta em abril de 1985, coorganizada pela OMS, pelos Centros de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos norte-americano (Kim, 2015). Com a participação de milhares de especialistas de mais de 50 países, o evento foi essencial para consolidar a AIDS como um problema de saúde pública de dimensão global. Paralelamente, em setembro do mesmo ano, a OMS criou os Centros Colaboradores sobre AIDS, com representantes de 28 países, responsáveis por padronizar os sistemas de notificação e gerar dados confiáveis sobre a evolução da epidemia (Kim, 2015). Em abril de 1986, o Programa de Controle da AIDS (CPA) foi formalizado na sede da OMS e, em janeiro de 1987, deu lugar ao SPA, que em 1998 se tornaria o Programa Global sobre AIDS (GPA) (Kim, 2015), em uma tentativa de se consolidar como protagonista na formulação de políticas, pesquisa e disseminação de informações sobre a doença.

O GPA ganhou impulso sob a liderança de Jonathan Mann, cuja atuação foi decisiva para transformar a resposta institucional da OMS. Mann não apenas convenceu o Diretor-Geral Mahler a abandonar sua postura inicial de inércia, como também formulou um novo paradigma para a saúde pública internacional, ancorado na relação entre direitos humanos e prevenção de doenças (Gostin; Kavanag, 2018; Kim, 2015). Entre suas ações mais relevantes, destacam-se o desenvolvimento de estratégias abrangentes de resposta, a criação de sistemas de vigilância e o apoio técnico a países em desenvolvimento para estruturar seus próprios Programas Nacionais de Controle da AIDS (NACPs) (Gostin; Kavanag, 2018; Kim, 2015). Mann viajou a diversas regiões do mundo incentivando governos a promoverem campanhas de conscientização pública, fornecendo orientação, treinamento e recursos para a implementação de respostas nacionais (Gostin; Kavanag, 2018; Kim, 2015). Nesse sentido, sua visão contribuiu para ampliar a compreensão da AIDS para além do campo biomédico, abordando suas dimensões sociais, culturais e políticas e defendendo uma abordagem baseada na solidariedade global e na justiça social.

Esse novo papel da OMS se traduziu também em importantes normativas internacionais. A primeira resolução oficial sobre AIDS da Assembleia Mundial da Saúde (WHA39.29), adotada em 16 maio de 1986, formalizou a responsabilidade da OMS na coordenação da resposta à epidemia (Kim, 2015). No ano seguinte, a resolução WHA40.26 endossou o trabalho do SPA e incentivou os Estados-membros a cooperarem amplamente, inclusive com contribuições financeiras voluntárias (Kim, 2015). No mesmo espírito, a Assembleia Geral da ONU aprovou, em outubro de 1987, a Resolução 42/8, que estabeleceu o HIV/AIDS como prioridade internacional e reconheceu oficialmente a liderança da OMS (Gostin; Kavanag, 2018; Kim, 2015). Em janeiro de 1988, a Cúpula Mundial de Ministros da Saúde, organizada em Londres pela OMS, culminou na Declaração de Londres sobre AIDS, que defendia a comunicação aberta, a promoção da tolerância social por meio da educação e a proteção dos direitos humanos nos programas de prevenção (Gostin; Kavanag, 2018; Kim, 2015). Essas iniciativas posicionaram a OMS como referência não apenas técnica, mas também normativa, ao articular uma resposta que integrava saúde, direitos e dignidade humana.

Consciente da importância da sociedade civil no enfrentamento da epidemia, o GPA buscou ativamente o engajamento de Organizações Não Governamentais (ONGs) e de Organizações de Serviço em AIDS (ASOs), que atuavam de forma mais ágil e direta junto a

populações vulneráveis (Gostin; Kavanag, 2018; Kim, 2015). A OMS reconheceu oficialmente essa contribuição com a aprovação da resolução WHA42.34, em 1989 (Kazanjian, 2014; Kim, 2015). Além disso, como forma de ampliar sua capacidade operacional, a organização passou a depender de recursos extraorçamentários, mobilizando doações de países parceiros (Kim, 2015). Mesmo diante de uma recessão econômica global, a OMS conseguiu dobrar esse financiamento entre 1988 e 1989 (Kim, 2015), reforçando sua posição como principal coordenadora da mobilização de recursos para a resposta global ao HIV/AIDS.

A partir de 1996, o desenvolvimento da terapia antirretroviral altamente ativa (ART) transformou radicalmente o tratamento da AIDS, convertendo-a em uma doença fatal em uma condição crônica gerenciável. Diante desse novo cenário, a OMS, em parceria com a UNAIDS, lançou a campanha “3 por 5”, com o objetivo de garantir o acesso a medicamentos antirretrovirais para três milhões de pessoas em países de baixa e média renda até o final de 2005 (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014; Kim, 2015; Shadlen, 2007). Embora a meta numérica não tenha sido plenamente alcançada, a campanha foi decisiva para forçar a redução dos preços dos antirretrovirais (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014; Kim, 2015; Shadlen, 2007), ampliando significativamente o acesso ao tratamento em países em desenvolvimento. Com o tempo, a estratégia da OMS expandiu-se para incluir o uso dos antirretrovirais também na prevenção da infecção. A abordagem conhecida como “Tratamento como Prevenção” (TasP), baseada na testagem universal e no início imediato da terapia, mostrou-se eficaz na redução da transmissão do HIV (Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Ao mesmo tempo, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) passou a ser adotada como ferramenta preventiva para pessoas em alto risco de infecção (Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). A articulação dessas estratégias permitiu uma resposta mais ampla e eficaz à epidemia, com foco tanto no tratamento quanto na prevenção.

Nos anos seguintes, a resposta global passou a ser guiada pelas metas “90-90-90” da UNAIDS, que previam: 90% das pessoas vivendo com HIV conhecendo seu diagnóstico, 90% dessas em tratamento, e 90% dessas com supressão viral até 2020 (Birn et al., 2017; Centre for Conflict Resolution, 2006). Além disso, houve um foco crescente nas chamadas populações-chave, reconhecendo que determinados grupos enfrentavam riscos mais elevados e maior exclusão do sistema de saúde (Birn et al., 2017; Centre for Conflict Resolution, 2006). Um dos marcos dessa etapa foi o fortalecimento das estratégias para eliminar a transmissão

vertical do HIV. A administração de nevirapina durante o parto e o programa Option B+, lançado em 2011, que fornece tratamento vitalício a mulheres grávidas e lactantes com HIV, contribuíram para reduzir drasticamente os casos de transmissão de mãe para filho (Birn et al., 2017; Centre for Conflict Resolution, 2006). Cuba se tornou o primeiro país a eliminar a transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, um feito que passou a simbolizar a viabilidade da eliminação global das infecções perinatais (Birn et al., 2017; Centre for Conflict Resolution, 2006).

Em síntese, a trajetória da OMS na resposta à epidemia de HIV/AIDS foi marcada por uma capacidade contínua de adaptação institucional, inovação estratégica e construção de alianças. Ao reconhecer a importância dos direitos humanos, da solidariedade internacional e da cooperação multissetorial, a organização foi capaz de moldar uma resposta robusta, articulada e inclusiva, que não apenas enfrentou os desafios biomédicos da doença, mas também suas profundas implicações sociais, políticas e culturais.

3.2.3 Críticas e Desafios da Resposta da OMS ao HIV/AIDS

O início da epidemia de HIV/AIDS foi marcado por respostas tímidas e percepções equivocadas, inclusive dentro da própria Organização Mundial da Saúde (OMS). Nos primeiros anos da década de 1980, a doença foi vista como um problema restrito aos países ricos, com o Diretor da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS chegando a afirmar que os pacientes eram bem cuidados e, portanto, não justificavam uma preocupação global. O próprio Diretor-Geral da OMS à época, Dr. Halfdan Mahler, admitiu em 1987 que subestimou a gravidade da AIDS, acreditando que se tratava de uma questão exclusivamente americana que não exigia a criação de um programa internacional específico. Essa negligência institucional refletia um cenário mais amplo de inação e resistência entre os Estados. Países desenvolvidos, como os Estados Unidos, hesitavam em internacionalizar a resposta, buscando culpar países como o Haiti pela origem da epidemia. Ao mesmo tempo, países em desenvolvimento, preocupados com impactos sobre o turismo e a reputação internacional, negavam a existência da doença ou minimizavam sua escala, especialmente na África e no Sudeste Asiático. Essa negação resultou numa subestimação significativa da extensão da epidemia, atrasando uma resposta coordenada e eficaz.

Foi a pressão da sociedade civil e de instituições como o Centro de Controle de

Doenças (CDC) dos Estados Unidos que começou a reverter esse quadro. A “quebra do silêncio” por países africanos como Uganda, que relataram a gravidade da situação em conferências internacionais e na Assembleia Mundial da Saúde de 1986, agiu como um alerta para a comunidade global (Kim, 2015). Em resposta, a OMS recebeu da comunidade internacional o mandato de coordenar a luta contra a AIDS, dando início a uma nova fase institucional com a criação do GPA (Kim, 2015). Sob a liderança Mann, o GPA tornou-se um marco na abordagem da epidemia, sendo pioneiro ao integrar os direitos humanos ao campo da saúde pública, defendendo que a resposta à AIDS exigia solidariedade internacional e que o problema ultrapassava os limites biomédicos, sendo também social, cultural e político (Kim, 2015)

Apesar desses avanços, a OMS enfrentou críticas substanciais quanto às suas estratégias iniciais. A primeira abordagem global da organização, implementada entre 1986 e 1987, focava quase exclusivamente em comportamentos individuais de risco, como o sexo desprotegido e o uso de drogas injetáveis, promovendo medidas baseadas em informação, educação e comunicação (Mann; Tarantola, 2014). Embora tenha resultado em maior acesso a preservativos e centros de testagem com aconselhamento, essa estratégia revelou-se limitada na tradução de análises sociais em ações concretas. A OMS, por exemplo, reconhecia a pobreza como fator agravante da epidemia, mas falhava em propor políticas públicas que combatessem a pobreza como parte de sua estratégia de saúde (Mann; Tarantola, 2014). Além disso, a organização permanecia afastada dos movimentos sociais e da mobilização comunitária, deixando de integrar os ativistas que, em muitos contextos, lideravam as respostas locais (Centre for Conflict Resolution, 2006). Essa dissociação entre a análise dos determinantes sociais da saúde e as ações práticas configurou um dos dilemas centrais da saúde pública contemporânea.

A resposta da OMS também foi prejudicada por falhas de financiamento e conflitos internos. Apesar de incentivar a doação de recursos extraorçamentários – que chegaram a dobrar entre 1988 e 1989 mesmo durante uma recessão global – a instituição enfrentava dificuldades em garantir aportes sustentáveis e contínuos (Kim, 2015; Mann; Tarantola, 2014). Segundo os relatos de colaboradores internos havia um ambiente de disputas e tensões internas, com "choques de personalidade" e práticas de nepotismo durante a gestão do Diretor-Geral Hiroshi Nakajima (Kim, 2015; Mann; Tarantola, 2014). Além disso, a OMS, o PNUD, o UNICEF e o Secretariado da ONU frequentemente competiam entre si pelo controle

da resposta internacional, mesmo diante do crescimento da epidemia. Diante desse cenário, a criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e o desmantelamento do GPA da OMS foram vistos como uma solução para essa disfunção interna e competição entre agências da ONU (Centre for Conflict Resolution, 2006). Apesar de ser uma das agências fundadoras e membro central do UNAIDS, a OMS, por vezes, tentou minar a nova agência. Embora em níveis mais baixos, as tensões entre a OMS e o UNAIDS persistem. O UNAIDS, como programa guarda-chuva, reuniu as capacidades de dez organizações da ONU para uma agenda comum, assumindo um papel importante de liderança e defesa de uma resposta eficaz ao HIV/AIDS (Centre for Conflict Resolution, 2006).

A partir de 1996, a revolução da terapia antirretroviral (ART) transformou radicalmente a resposta à AIDS, no qual o tratamento passou a permitir que o HIV se tornasse uma condição crônica controlável, ao invés de uma sentença de morte. No entanto, o acesso a essa nova terapia refletiu profundas desigualdades globais. Enquanto pacientes em países de alta renda se beneficiavam amplamente da ART, os custos dos medicamentos e dos testes de monitoramento tornavam o tratamento proibitivo para a maioria dos países de baixa e média renda (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Essa realidade gerou uma divisão ética e moral inaceitável, como denunciado por Jonathan Mann e outros críticos que apontavam a injustiça de se viver ou morrer com base na renda (Kazanjian, 2014). Para responder a essa situação, a OMS e o UNAIDS lançaram em 2003 a campanha “3 por 5”, já citada. Apesar de a meta não ter sido plenamente atingida – cerca de um milhão de pessoas estavam em tratamento até meados de 2005 – a campanha teve um impacto crucial ao forçar a redução drástica dos preços dos ARVs, de US\$2.500 por ano para cerca de US\$300 em 2004 e US\$115 em 2013 (Birn et al., 2017).

A resposta ao HIV também passou a contar com o protagonismo de novos atores institucionais e nacionais, além da OMS. O Brasil foi pioneiro ao garantir, a partir de 1996, acesso gratuito e universal aos ARVs, antecipando em anos as discussões internacionais sobre o direito ao tratamento na esfera internacional (Biehl, 2007; Birn et al., 2017). Essa política só foi possível graças a uma aliança incomum entre ativistas, reformadores públicos e setores da indústria, que resistiram a pressões internacionais, incluindo dos EUA e do Banco Mundial, para interromper a distribuição gratuita e a produção de genéricos (Biehl, 2007; Birn et al., 2017). Em 2000, o UNAIDS reconheceu o programa brasileiro como o melhor do mundo em desenvolvimento (Biehl, 2007; Birn et al., 2017). Além disso, organizações como Médicos

Sem Fronteiras (MSF) e Partners In Health implementaram programas comunitários de tratamento em contextos desafiadores, como o Haiti e o Malauí. Movimentos como a Treatment Action Campaign (TAC), na África do Sul, pressionaram os governos a fornecerem medicamentos essenciais às gestantes. Novos mecanismos de financiamento, como o Fundo Global e o PEPFAR (Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da AIDS), também se tornaram centrais no apoio à expansão do acesso (Kim, 2015). O que exemplifica a fragmentação da resposta à epidemia, visto que inúmeros programas foram criados concomitantemente às ações da OMS, e que por vezes, disputavam por protagonismo.

Apesar desses avanços, a sustentabilidade e equidade no acesso continuaram sendo desafios persistentes. A expansão do tratamento intensificou um modelo de saúde pública centrado na distribuição de produtos farmacêuticos, fenômeno que passou a ser criticado como a “farmacologização da saúde pública” (Biehl, 2007). Embora esse modelo tenha reduzido a mortalidade, ele também obscureceu outras necessidades, como alimentação adequada e infraestrutura, ao redefinir certos grupos como descartáveis (Biehl, 2007). No Brasil, por exemplo, o sucesso na distribuição de medicamentos coincidiu com o enfraquecimento de campanhas preventivas (Biehl, 2007). Além disso, a mera disponibilidade de medicamentos não é suficiente sem uma rede de atenção básica e logística adequada. A campanha “3 por 5” evidenciou que sem financiamento contínuo e capacidade institucional, mesmo os esforços mais ambiciosos ficam limitados. Questões de propriedade intelectual também passaram a comprometer o futuro da resposta (Biehl, 2007; Shadlen, 2007), como mudanças na legislação, especialmente na Índia, ameaçam a produção e exportação de ARVs genéricos, enfraquecendo a coalizão de tratamento ao desincentivar tanto os atores com capacidade técnica quanto os com interesse político (Shadlen, 2007)

Nesse sentido, a OMS passou a incorporar o uso da ART também como estratégia de prevenção, com a difusão do modelo “Tratamento como Prevenção” (TasP) e da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Essas abordagens ampliaram o escopo da prevenção, mas também geraram críticas quanto à priorização de recursos. Em contextos de recursos escassos, muitos questionam se é ético investir em medicamentos preventivos para pessoas não infectadas, enquanto milhões de pessoas vivendo com HIV ainda não têm acesso ao tratamento básico (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Além disso, o foco crescente em metas terapêuticas como as “90-90-90” (estabelecidas pelo UNAIDS para 2020) corre o risco de obscurecer determinantes sociais

mais profundos da epidemia (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014).

De fato, a prevalência do HIV continua a crescer em alguns locais devido à ausência de compromissos políticos robustos com a prevenção primária e à persistência de fatores estruturais como pobreza, desigualdade de gênero, analfabetismo e discriminação (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Em muitos contextos, mesmo o acesso aos ARVs convive com a insegurança alimentar e a falta de coesão social, gerando um paradoxo: conquistas biomédicas convivem com derrotas sociais. Diante disso, especialistas em saúde pública defendem que a resposta à AIDS precisa retomar a abordagem estrutural e abrangente que marcou o início do GPA (Biehl, 2007; Birn et al., 2017; Kazanjian, 2014). Isso inclui, novamente, combinar estratégias biomédicas com ações sociais, culturais e econômicas. A história da AIDS mostra que, mesmo em uma era de avanços tecnológicos, os fundamentos da saúde pública – solidariedade, justiça e enfrentamento das desigualdades – seguem sendo tão importantes quanto os medicamentos.

Em conclusão, a trajetória da OMS frente à epidemia de HIV/AIDS revela uma evolução marcada por omissões iniciais, avanços institucionais e persistentes dilemas estruturais. A resposta tardia e hesitante dos anos 1980 refletiu tanto a subestimação do problema quanto a pressão política de Estados resistentes à internacionalização da crise. Apesar de avanços significativos com o GPA, que integrou direitos humanos à resposta em saúde pública, a OMS enfrentou limitações operacionais, disputas internas e financiamento instável. A criação do UNAIDS buscou contornar esses entraves, mas também evidenciou a fragmentação da resposta global. A partir da introdução da terapia antirretroviral, novos desafios emergiram, como a desigualdade no acesso aos medicamentos, a “farmacologização” das políticas públicas e o risco de invisibilizar os determinantes sociais da epidemia. Ainda hoje, o HIV/AIDS continua a revelar as tensões entre avanços biomédicos e desigualdades estruturais, indicando que uma resposta eficaz exige, mais do que nunca, uma abordagem integrada, sustentável e centrada na justiça social — princípio que permanece central à missão da saúde pública global.

3.3. EPIDEMIA DE SARS

3.3.1 Origens da crise sanitária da SARS

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) foi o segundo grande evento do século XXI a mudar a percepção da ameaça de doenças infecciosas, mesmo tendo infectado cerca de 8.000 pessoas e causado quase 800 mortes em um período de sete meses no início de 2003. Inicialmente, a influenza era a principal e mais temida suspeita para a causa do surto (Heymann; Rodier, 2004; Lee; Pang, 2004). No entanto, testes para vírus influenza e outras causas conhecidas de doença respiratória grave foram negativos. A SARS exigiu apenas contato pessoal próximo e não dependia de vetores ou afinidade geográfica.

Os primeiros casos de SARS ocorreram na província de Guangdong, sul da China, em meados de novembro de 2002. Estudos retrospectivos sugerem que o primeiro caso foi em Foshan City em 16 de novembro (Heymann; Rodier, 2004). Acredita-se que o vírus SARS tenha passado de alguma espécie animal ou reservatório ambiental no sul da China para humanos. Apesar dos primeiros casos, as autoridades chinesas não relataram o surto em Guangdong à OMS até 11 de fevereiro de 2003 (Heymann; Rodier, 2004; Lee; Pang, 2004). Embora as autoridades chinesas tenham sido criticadas pela falta de transparência e tentativas de minimizar o impacto inicial da doença, a OMS recebeu indícios do surto antes da notificação oficial. O sistema Global Public Health Intelligence Network (GPHIN), desenvolvido para a OMS pelo Health Canada, começou a captar relatos de um "surto de gripe" na China continental em 27 de novembro de 2002. Em 10 de fevereiro de 2003, o GPHIN e outros parceiros da Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) identificaram relatos de uma "doença contagiosa estranha" afetando profissionais de saúde em Guangdong, o que levou a um alerta urgente aos membros da Rede (Heymann; Rodier, 2004).

3.3.2 A Resposta da OMS à SARS

Durante a epidemia de SARS em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a desempenhar um papel mais proativo e visível na gestão de emergências sanitárias globais. Embora à época ainda não se considerasse uma agência executora de ações diretas em campo, a OMS assumia a responsabilidade de prover liderança, coordenação e expertise técnica nas respostas a surtos epidêmicos (Youde, 2014). Essa postura ficou evidente na atuação da então Diretora-Geral Gro Harlem Brundtland, cuja resposta firme diante da

propagação da SARS reposicionou a OMS como autoridade central em saúde global. Ela insistiu no compartilhamento imediato e transparente de dados de transmissão entre os países, o que possibilitou maior agilidade e efetividade nas estratégias internacionais de contenção (Youde, 2014). A resposta internacional à SARS foi baseada em medidas epidemiológicas rigorosas, centradas na identificação, tratamento e isolamento de casos suspeitos, bem como na rastreabilidade e gestão de contatos, práticas fundamentadas em evidências científicas disponíveis à época (Heymann; Rodier, 2004). À medida que mais dados se acumulavam, a OMS passou a recomendar medidas adicionais, como triagens em aeroportos para passageiros vindos de regiões com surtos ativos, reforçando sua função como coordenadora global (Heymann; Rodier, 2004). Essas ações demonstraram a capacidade da OMS de orientar e mobilizar uma resposta técnica eficaz, mesmo sem contar com mecanismos diretos de implementação nos países.

A capacidade de resposta rápida da OMS à emergência da SARS também se refletiu na emissão de alertas globais logo nos primeiros sinais de um novo surto respiratório. Em 12 de março de 2003, a OMS divulgou seu primeiro alerta global após notificações de autoridades de Hong Kong sobre uma doença respiratória atípica que apresentava semelhanças com quadros observados em Hanói e Guangdong (OMS, 2003; Heymann; Rodier, 2004). Como os testes clínicos não identificaram nenhuma das causas conhecidas de doenças respiratórias graves, a OMS emitiu orientações de isolamento e manejo clínico rigoroso, mesmo antes da confirmação etiológica da doença (Heymann; Rodier, 2004). Poucos dias depois, casos semelhantes foram notificados em Singapura e Toronto, demonstrando o potencial de propagação global por meio de viagens internacionais. A resposta da OMS foi intensificada em 15 de março, quando um segundo alerta foi emitido, agora sob a forma de aviso emergencial de viagens, e a doença foi oficialmente nomeada como Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS (Heymann; Rodier, 2004). Esse conjunto de medidas revelou o comprometimento da organização em conter a disseminação da doença com base no princípio da precaução, mesmo diante da incerteza inicial.

Além da atuação política e coordenadora, a OMS foi responsável por fomentar redes colaborativas internacionais de pesquisa e tratamento, fortalecendo o caráter técnico-científico da resposta à SARS. Em 17 de março de 2003, a OMS organizou uma rede virtual que conectava 11 laboratórios de 10 países, com a missão de investigar amostras clínicas e

identificar o agente etiológico da doença (Chew, 2007; Heymann; Rodier, 2004). O esforço coletivo desses laboratórios, pautado pela cooperação transnacional e abandono de disputas competitivas, permitiu a identificação do SARS-CoV – um novo coronavírus até então desconhecido – em tempo recorde. Já em 20 de março, a organização criou uma segunda rede, dessa vez reunindo médicos dos países mais afetados, como China, Canadá, Vietnã e Cingapura, para discutir, em tempo real e via teleconferência, protocolos de diagnóstico e tratamento (Chew, 2007; Heymann; Rodier, 2004). Essas redes consolidaram uma dinâmica de produção e disseminação de conhecimento médico em escala global, reduzindo o tempo de resposta clínica e epidemiológica frente à ameaça emergente.

A OMS também adotou medidas inéditas na área de mobilidade internacional, marcando um precedente importante na história da organização. Em 27 de março de 2003, passou a recomendar novas medidas de controle em viagens, com revisões periódicas das áreas afetadas e emissão de orientações específicas para os países com maior número de casos (Chew, 2007; Heymann; Rodier, 2004). Poucos dias depois, em 2 de abril, a instituição publicou a primeira de várias recomendações que pediam a suspensão de viagens não essenciais para regiões com alto risco de contaminação, como parte de sua estratégia de contenção da propagação viral. Essa medida foi considerada a recomendação de viagem mais rigorosa já emitida pela OMS em 55 anos, refletindo a gravidade da situação e a capacidade da organização de tomar decisões firmes em contextos críticos (Chew, 2007; Heymann; Rodier, 2004). A adoção de tais restrições ilustra como a OMS pode exercer autoridade normativa mesmo sem um mandato coercitivo, influenciando diretamente políticas nacionais por meio de seu prestígio técnico e legitimidade institucional.

Por fim, os desdobramentos científicos e operacionais da resposta à SARS demonstram como a articulação internacional coordenada pela OMS pode levar a resultados concretos em curto prazo. Em 14 de abril de 2003, pesquisadores canadenses completaram a caracterização do genoma do SARS-CoV, enquanto o CDC dos Estados Unidos desenvolveu um teste de PCR com sensibilidade dez vezes maior do que os anteriores, ampliando significativamente a capacidade de detecção do vírus (Chew, 2007; Heymann; Rodier, 2004). Em menos de um mês, o agente etiológico foi identificado, e medidas terapêuticas e diagnósticas mais eficazes foram postas em prática. Após o pico de transmissões em maio, as restrições e medidas passaram a ser gradualmente abrandadas, com o número de novos casos em queda em diversas regiões. Finalmente, em 5 de julho de 2003, a OMS anunciou

oficialmente que a epidemia de SARS estava controlada em escala global (Chew, 2007; Heymann; Rodier, 2004). Essa trajetória reafirma o potencial da OMS de exercer um papel central em tempos de crise, quando atua com rapidez, cooperação internacional e apoio científico robusto.

3.3.3 Críticas e Desafios da Resposta da OMS à SARS

As críticas e desafios que emergiram durante a epidemia de SARS em 2003 centraram-se principalmente na conduta dos Estados-Membros, nas limitações estruturais da própria OMS e nas deficiências do sistema de governança global em saúde vigente à época. Um dos pontos mais severos de crítica foi a falta de transparência da China na fase inicial do surto. As autoridades chinesas tentaram minimizar a gravidade da doença e apresentaram uma comunicação falha, o que retardou a reação internacional e permitiu a disseminação global do vírus (Lee; Warwick, 2012; Mackey; Liang, 2012). Esse comportamento não apenas contrariou as diretrizes da OMS, como deixou evidente que a cooperação e o compartilhamento imediato de informações são condições indispensáveis para a gestão eficaz de emergências sanitárias. Como resultado, consolidou-se a compreensão de que a transparência é um elemento fundamental para prevenir a propagação internacional de doenças infecciosas.

Para além das consequências sanitárias imediatas, a epidemia de SARS teve impacto econômico expressivo, estimado em cerca de 100 bilhões de dólares em escala global (Heymann; Rodier, 2004). Esse prejuízo decorreu da queda abrupta no número de viagens internacionais, com redução de 50% a 70% no tráfego aéreo, do cancelamento de eventos, da retração de investimentos e do fechamento de escolas, hospitais e fronteiras, além das quarentenas impostas a milhares de pessoas (Heymann; Rodier, 2004). Esse cenário deixou evidente que doenças infecciosas emergentes possuem potencial para afetar não apenas a saúde das populações, mas também a estabilidade econômica e social de regiões inteiras. A magnitude dessas consequências gerou um efeito perverso: o receio de prejuízos econômicos passou a desencorajar a notificação de novos surtos por parte de países dependentes de comércio e turismo internacional.

Essa relutância em relatar surtos não era um fenômeno novo e havia sido observada anteriormente, como no caso do HIV, especialmente entre países com estruturas de vigilância

em saúde fragilizadas. A própria OMS reconheceu, posteriormente, que algumas das restrições de viagem adotadas durante a crise, como as impostas ao Canadá, poderiam ter o efeito colateral de desestimular outros países a reportarem surtos emergentes (Heymann; Rodier, 2004). Esse dilema evidencia uma tensão permanente entre interesses sanitários e interesses econômicos, que tende a enfraquecer a governança colaborativa em contextos de crise. Tal contexto demonstrou a necessidade de aperfeiçoar os instrumentos internacionais para garantir que as respostas sanitárias não sejam penalizadas por repercussões econômicas imediatas.

As limitações estruturais da própria OMS ficaram evidentes ao longo da epidemia, destacando falhas na capacidade de liderança e na articulação de respostas coordenadas. Desde a década de 1990, a organização enfrentava desafios para reformar sua estrutura interna, em parte devido à crescente fragmentação do sistema de financiamento global em saúde. A entrada de atores não estatais, como ONGs e setores privados, somada à dificuldade dos países doadores em alinhar prioridades entre seus ministérios de saúde e desenvolvimento, comprometeu a coerência das ações globais (Lee; Warwick, 2012). A ausência de uma liderança forte e unificada limitava a capacidade da OMS de coordenar respostas eficazes frente às emergências sanitárias, mesmo quando sua atuação era tecnicamente competente, como no caso da então Diretora-Geral Gro Harlem Brundtland.

Apesar de Brundtland ter reposicionado a OMS como autoridade global durante a crise, sua influência foi progressivamente diluída nos anos seguintes. Esse enfraquecimento não se deu apenas por motivos internos, mas também por fatores externos, como o surgimento de iniciativas paralelas à OMS, financiadas diretamente pelos países doadores (Mackey; Liang, 2012). Programas como o PEPFAR e o Fundo Global passaram a centralizar recursos e expertise, desviando a atenção e a capacidade técnica da OMS (Mackey; Liang, 2012). Nesse novo ecossistema de governança em saúde, a organização deixou de ser vista como uma autoridade incontestável e passou a figurar como mais uma voz entre vários atores influentes (Mackey; Liang, 2012). Esse reposicionamento institucional teve efeitos diretos sobre sua capacidade de liderar respostas a crises futuras.

Outro ponto crítico foi a dificuldade da OMS em garantir a uniformidade e a qualidade de sua atuação em diferentes contextos nacionais e regionais. As estruturas regionais da organização, muitas vezes marcadas por rigidez burocrática e resistência a mudanças, comprometiam a efetividade das respostas locais (Heymann; Rodier, 2004). Como reflexo

desses desafios, tornou-se evidente a necessidade de reformar os instrumentos internacionais de saúde. Em maio de 2003, a Assembleia Mundial da Saúde reconheceu a importância da notificação transparente e imediata de surtos ao adotar uma resolução específica sobre a SARS (Heymann; Rodier, 2004). Na mesma ocasião, foi aprovada uma segunda resolução que deu início à revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), principal instrumento jurídico da governança sanitária global (Heymann; Rodier, 2004).

A revisão do RSI culminou, em 2005, com a aprovação de um novo marco regulatório que entrou em vigor em 2007, vinculando 194 países, inclusive todos os Estados-Membros da OMS (Youde, 2014). O RSI (2005) ampliou consideravelmente as competências da organização, autorizando-a a declarar emergências de saúde pública de interesse internacional e a emitir recomendações temporárias aos países afetados (Youde, 2014). Além disso, o novo regulamento permitiu à OMS utilizar informações oriundas de fontes não oficiais, como é o caso da Rede Global de Inteligência em Saúde Pública (GPHIN), e realizar investigações in loco, mesmo sem solicitação formal do Estado afetado (Heymann; Rodier, 2004; Mackey; Liang, 2012). Essas mudanças representaram um salto qualitativo no modelo de governança da saúde global, ao conferir maior autonomia e capacidade técnica à OMS em contextos de urgência.

O RSI (2005) também impôs responsabilidades claras aos Estados signatários, exigindo a construção de sistemas robustos de vigilância e resposta a emergências sanitárias, inclusive em áreas de fronteira. Os países passaram a ter até 2012 para implementar tais capacidades, com possibilidade de extensão para aqueles de baixa renda com dificuldades financeiras (Heymann; Rodier, 2004; Youde, 2014). Ao responsabilizar não apenas a OMS, mas também os Estados, o novo regulamento buscou estabelecer uma governança mais compartilhada e responsiva às ameaças sanitárias emergentes (Heymann; Rodier, 2004; Youde, 2014). Essa abordagem sinaliza um importante reconhecimento de que a saúde global depende de compromissos multilaterais sólidos e de mecanismos legais capazes de promover cooperação eficaz e rápida.

Em síntese, apesar da resposta coordenada e cientificamente fundamentada da OMS ter sido eficaz no controle da SARS, culminando na declaração de fim da transmissão humano-humano em 5 de julho de 2003, os desafios identificados ao longo da crise foram profundos e estruturais. A falta de transparência de alguns Estados-Membros, como a China, somada às fragilidades internas da OMS e à fragmentação do sistema de financiamento global

em saúde, comprometeu a efetividade da resposta inicial. As reformas promovidas a partir do RSI de 2005 representaram um avanço importante no fortalecimento das capacidades institucionais da OMS, mas também evidenciaram que os entraves políticos, econômicos e institucionais que limitam a governança global em saúde ainda persistem.

3.4 PANDEMIA DE H1N1

3.4.1 Origens da crise sanitária de H1N1

A pandemia de gripe A (H1N1), ocorrida entre 2009 e 2010, constitui um marco crucial na trajetória da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da governança global em saúde, revelando simultaneamente sua capacidade de resposta e suas fragilidades institucionais. A identificação dos primeiros casos ocorreu em março de 2009 no México, acompanhada por um aumento expressivo nas hospitalizações (Gomes Temporão, 2021; Kamradt-Scott, 2017; Rockman et al., 2022). Pouco tempo depois, em 17 de abril, os primeiros casos laboratoriais confirmados foram diagnosticados na Califórnia, nos Estados Unidos, em pacientes pediátricos, sendo reconhecido como o caso índice da pandemia (Gomes Temporão, 2021; Kamradt-Scott, 2017; Rockman et al., 2022; Tirado et al., 2015). A doença, inicialmente designada como “gripe A”, “gripe mexicana” ou “gripe suína”, devido à presença de RNA típico de vírus suínos, rapidamente evoluiu para uma epidemia de escala internacional (Kamradt-Scott, 2017). A emergência do vírus demonstrou o potencial de agentes infecciosos humanos que circularam em décadas anteriores reaparecerem após um período de transmissão entre animais, evidenciando os riscos de reintrodução viral.

A resposta inicial da OMS ao surto de H1N1 ilustra tanto sua prontidão técnica quanto a ativação de seus mecanismos de alerta pandêmico em curto prazo. Em 29 de abril de 2009, apenas 12 dias após a confirmação dos primeiros casos, a Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan, elevou o nível de alerta para a Fase 5, recomendando que os Estados-Membros ativassem seus planos de emergência. Pouco mais de um mês depois, em 11 de junho, com 30.000 infecções confirmadas em 74 países, a OMS declarou oficialmente a Fase 6, reconhecendo a primeira pandemia do século XXI causada pelo vírus A/H1N1 S-OIV (Cohen; Carter, 2010; Gomes Temporão, 2021; Kamradt-Scott, 2017; Rockman et al., 2022; Velásquez, 2012). O surto rapidamente se expandiu, atingindo prioritariamente América do

Norte, Europa e Oceania, chegando ao Brasil em maio de 2009, inicialmente nas regiões Sul e Sudeste, antes de se espalhar por todo o país. A rapidez na mobilização internacional evidenciou avanços na coordenação global desde a epidemia de SARS, embora as limitações do sistema também tenham se tornado visíveis nos meses seguintes.

O comportamento clínico e epidemiológico do vírus H1N1 de 2009 foi marcado por características incomuns que ampliaram sua preocupação global. Embora se tratasse de um subtipo A/H1N1, já conhecido por sua associação à pandemia de 1918 e a surtos sazonais, a cepa S-OIV apresentava diferenças significativas, sendo classificada como “nova” pela sua composição genética singular e pela capacidade de transmissão mais elevada que a gripe sazonal (Tirado et al., 2015). Além disso, o perfil etário das vítimas diferia de forma acentuada de outras epidemias de influenza, afetando majoritariamente indivíduos entre 25 e 49 anos, crianças de todas as idades e adultos jovens previamente saudáveis, ao invés da população idosa entre 50 e 70 anos (Lowcock, 2012; Tirado et al., 2015). Até agosto de 2010, a OMS havia registrado oficialmente 18.449 óbitos, mas estudos posteriores estimaram que o número real de mortes foi até 15 vezes maior, podendo chegar a 500.000 (Velásquez, 2012; Ventura; Perez, 2014). Esses dados revelam a subnotificação global e reforçam a complexidade de capturar com precisão a dimensão real do impacto de uma pandemia em tempo real.

A expansão da H1N1 como fenômeno global, no entanto, não se explica apenas por fatores biológicos ou clínicos, mas também pela atuação de atores sociotécnicos que mediarão sua construção como emergência internacional. A rapidez com que a doença se transformou em uma preocupação sanitária mundial decorreu da articulação de diferentes operadores, instituições, especialistas, mídias e tecnologias, que formaram redes de interpretação, comunicação e ação, ampliando a percepção de risco e mobilizando respostas transnacionais (Gomes Temporão, 2021; Kamradt-Scott, 2017; Komadina, 2014; Lowcock, 2012; Tirado et al., 2015). Esses atores produziram as condições materiais e simbólicas para a globalização do vírus, não apenas com base em dados epidemiológicos, mas por meio da circulação de ideias, classificações e dispositivos técnicos que construíram a H1N1 como uma pandemia iminente (Gomes Temporão, 2021; Kamradt-Scott, 2017; Komadina, 2014; Lowcock, 2012; Tirado et al., 2015). Assim, o caso de 2009 evidencia que, no campo da saúde global, a emergência de uma crise não se limita à propagação do patógeno, mas envolve também a mediação sociopolítica dos saberes e respostas disponíveis.

Dessa forma, a pandemia de H1N1 destacou as conquistas e limitações da OMS na articulação de respostas globais, revelando os entraves institucionais persistentes mesmo após reformas implementadas em função de crises anteriores. Embora a resposta rápida e a ativação célere do alerta pandêmico indiquem um aprendizado institucional, as críticas subsequentes, especialmente relacionadas à superestimativa da ameaça e à contratação em massa de vacinas posteriormente subutilizadas, evidenciam a fragilidade da governança diante da incerteza (Kamradt-Scott, 2017; Cohen; Carter, 2010). A experiência de 2009 contribuiu para moldar uma postura mais cautelosa da OMS em crises futuras, como a da COVID-19, influenciando sua hesitação inicial diante de novos alertas. Em retrospecto, a pandemia de H1N1 reafirma a ideia de que a resposta internacional a crises sanitárias não depende apenas da prontidão técnica, mas também da capacidade de navegar entre expectativas políticas, pressões econômicas e a legitimidade pública das decisões tomadas em tempo real.

3.4.2 A Resposta da OMS a H1N1

A resposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) à pandemia de H1N1 em 2009 evidenciou a consolidação de sua infraestrutura e o fortalecimento de seu papel como coordenadora da saúde global. Desde o final dos anos 1990, a OMS vinha buscando revitalizar sua função como provedora de liderança técnica, expertise e articulação de parcerias multilaterais (Lidén, 2014). No contexto da pandemia, essa atuação se materializou em estruturas específicas como o Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (GISRS), criado em 1952, que conta com uma vasta rede de laboratórios e centros em mais de 100 países, responsável por monitorar a evolução dos vírus influenza e fornecer alertas globais por meio do sistema FluNet (Tirado et al., 2015). Durante a emergência do H1N1, o GISRS intensificou suas atividades de vigilância. Além disso, a Rede Global de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN), estabelecida em 2000, teve papel fundamental na identificação e verificação rápida dos surtos (Tirado et al., 2015), permitindo à OMS assumir uma função de liderança nas comunicações sobre a epidemia. A sinergia entre essas redes ampliou a capacidade da organização de monitorar, responder e coordenar ações em tempo real.

A aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 pela primeira vez durante a pandemia de H1N1 foi um marco institucional significativo na atuação da OMS. Esse instrumento jurídico, revisado após a epidemia de SARS, obriga os Estados-membros a

notificarem prontamente à OMS sobre surtos de influenza humana causados por novos subtipos virais e confere à organização autoridade para detectar, verificar e intervir em emergências sanitárias de relevância internacional (Tirado et al., 2015; Perez; Ventura, 2014). Com base no RSI, a pandemia de H1N1 foi reconhecida como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), desencadeando os protocolos internacionais de contenção e resposta (Tirado et al., 2015; Perez; Ventura, 2014). Em paralelo, a OMS modificou seus critérios para declaração de pandemia em 2009, passando a considerar principalmente a emergência de um novo vírus com capacidade de causar casos graves e de se espalhar eficazmente entre humanos, e não apenas a taxa de mortalidade (Tirado et al., 2015; Perez; Ventura, 2014). Essa mudança foi operacionalizada por meio das fases de alerta pandêmico, numeradas de 1 a 6 (Tirado et al., 2015; Perez; Ventura, 2014), que indicavam a progressiva disseminação geográfica do vírus e orientavam os países sobre o nível de ameaça.

No campo da imunização, a OMS teve papel central na aceleração do desenvolvimento e distribuição das vacinas contra o H1N1, demonstrando coordenação internacional sem precedentes. Após a identificação da sequência genética do novo vírus, o CDC e os demais integrantes da rede GISRS iniciaram rapidamente o desenvolvimento dos Vírus Candidatos a Vacinas (CVVs), disponibilizados aos fabricantes ainda no final de maio de 2009 (Rockman et al., 2022). Os testes clínicos começaram em meados de julho, menos de cem dias após a detecção do primeiro caso, e as vacinas foram licenciadas e produzidas em tempo recorde (Rockman et al., 2022). A vacinação nos Estados Unidos teve início em 30 de setembro, com a primeira dose administrada apenas cinco dias depois (Rockman et al., 2022). Um fator determinante para essa celeridade foi a autorização de licenciamento baseada na via de “mudança de cepa” ou na estratégia de vacinas “mock-up”, que simplificava os trâmites regulatórios (Rockman et al., 2022). Paralelamente, a OMS estimulou o aumento da capacidade produtiva de vacinas por meio do Plano de Ação Global para Vacinas contra a Influenza, que projetava alcançar até 8,31 bilhões de doses anuais até 2015 (Rockman et al., 2022). Essas medidas demonstram o esforço institucional da organização em garantir acesso global aos imunizantes.

O enquadramento da pandemia de H1N1 como um fenômeno verdadeiramente global foi impulsionado por operadores sociotécnicos que articularam discursos, dispositivos e práticas sob a liderança da OMS. A organização assumiu o papel de principal referência científica e técnica, coordenando o rastreamento da epidemia, orientando respostas estatais e

consolidando sua conexão com a mídia internacional (Tirado et al., 2015). A OMS já vinha cultivando, desde os anos 2000, um discurso preventivo sobre epidemias de influenza como riscos sanitários globais, destacando a interconexão entre saúde humana e animal (Tirado et al., 2015). Essa retórica preparatória fundamentou a elaboração de estratégias e protocolos prévios à pandemia de H1N1. Adicionalmente, os planos da OMS, como o RSI e o guia “Whole-of-Society Pandemic Readiness”, conectaram diversos atores sociais e institucionais, como governos, empresas, famílias e indivíduos, estruturando a resposta sob uma lógica de ampla mobilização social coordenada pela organização (Tirado et al., 2015). Assim, a OMS não apenas acompanhou a propagação do vírus, mas contribuiu diretamente para moldar sua percepção como uma ameaça coletiva transnacional.

Outro recurso decisivo na construção da pandemia como um evento de escala global foi a produção e disseminação de mapas de rastreamento em tempo real. Através da plataforma FluNet, a OMS disponibilizou informações geográficas atualizadas sobre a disseminação do vírus, que foram amplamente reproduzidas por mídias e governos em todo o mundo (Tirado et al., 2015; Perez; Ventura, 2014). Essas imagens tornaram a pandemia visível sob uma perspectiva espacial, reforçando a ideia de um problema universal que exigia monitoramento constante e respostas sincronizadas (Tirado et al., 2015). Com isso, a OMS e seus operadores forneceram um "panorama" totalizante da situação, criando uma percepção de comparabilidade entre países e de controle possível por meio da tecnologia e da coordenação internacional. Essa visualização ajudou a enquadrar o H1N1 como uma ameaça global gerenciável, contribuindo para a legitimação das ações da organização e para a mobilização de recursos e atenção pública em escala mundial.

Em suma, a resposta da OMS à pandemia de H1N1 ilustra a articulação complexa entre estruturas institucionais, estratégias técnico-normativas e mecanismos de produção simbólica que moldaram a emergência sanitária como um fenômeno global. A infraestrutura de vigilância e resposta da organização, sua capacidade de coordenação intergovernamental e a ativação de redes sociotécnicas convergiram para consolidar sua autoridade durante a crise. Ainda que críticas tenham surgido posteriormente quanto à gravidade da ameaça ou à alocação de vacinas, o caso do H1N1 demonstra como a OMS foi capaz de agir com agilidade, promover cooperação internacional e operar como mediadora central na governança da saúde global diante de um novo patógeno.

3.4.3 Críticas e Desafios da Resposta da OMS a H1N1

A declaração da pandemia de H1N1 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2009 esteve cercada de controvérsias desde seus primeiros momentos, gerando críticas sobre os critérios utilizados e a forma como a emergência foi comunicada. A nova cepa do vírus surgiu em março de 2009, com os primeiros casos confirmados em laboratório sendo diagnosticados em abril. Apenas 12 dias depois, em 29 de abril, a OMS declarou o nível de alerta pandêmico Fase 5, e, em 11 de junho, com 30.000 casos confirmados em 74 países, elevou o alerta para a Fase 6, marco da primeira pandemia do século XXI causada por um vírus influenza A/H1N1 S-OIV (Cohen; Carter, 2010; Gomes Temporão, 2021; Kamradt-Scott, 2017; Rockman et al., 2022; Kamradt-Scott, 2017; Ventura; Perez, 2014). No entanto, a decisão de declarar a pandemia com base na expansão territorial do vírus, e não em sua letalidade, causou desconforto na comunidade científica. A modificação nos critérios de pandemia feita pela OMS em 2009, que reduziu o peso da mortalidade na definição, gerou suspeitas quanto à proporcionalidade da resposta (Cohen; Carter, 2010; Gomes Temporão, 2021; Kamradt-Scott, 2017; Rockman et al., 2022; Kamradt-Scott, 2017; Ventura; Perez, 2014). Com isso, a percepção de que a pandemia foi declarada de forma prematura e baseada em parâmetros discutíveis contribuiu para o desgaste da imagem da organização.

As escolhas comunicacionais da OMS durante a pandemia também foram alvo de severas críticas, especialmente em relação à nomenclatura do vírus e à gestão das informações. Ao nomear inicialmente o surto como “gripe suína”, a organização pretendia evitar a rotulagem da doença como “gripe mexicana”, o que poderia prejudicar economicamente o país de origem dos primeiros casos (Tirado et al., 2015). No entanto, essa decisão teve efeitos adversos, levando ao abate em massa de suínos em países como Egito e Iraque, e à proibição de importação de produtos suínos por cerca de 20 países, incluindo Rússia e China (Tirado et al., 2015), medidas desprovidas de respaldo científico. Em resposta, a OMS tentou corrigir a denominação para “influenza A(H1N1)” em conjunto com a FAO e a OIE, afirmando que o consumo de carne suína cozida não representava risco (Kamradt-Scott, 2017). Além disso, a organização enfrentou uma crise de credibilidade quando removeu de seu site, sem aviso prévio, as diretrizes anteriores sobre pandemias, após questionamentos sobre os critérios utilizados para declarar a Fase 5, sendo a justificativa de que a exclusão se devia a um “erro” no documento apenas intensificou as críticas à sua transparência (Kamradt-Scott, 2017). Tais ações abalaram a confiança pública e revelaram falhas estruturais

na comunicação de risco da OMS.

As estimativas e projeções apresentadas pela OMS também contribuíram para o ceticismo em torno da resposta à H1N1, alimentando uma percepção de alarmismo desproporcional. A organização previu inicialmente até 2 bilhões de casos prováveis, uma estimativa que posteriormente foi considerada sem base científica robusta (Cohen; Carter, 2010). Essa expectativa, amplamente difundida pela mídia, contrastava com a taxa de mortalidade relativamente baixa observada nos primeiros meses da pandemia (Velásquez, 2012). Além disso, a forma de divulgação dos dados, com atualizações em tempo real, caso a caso foi vista por alguns especialistas como excessiva, gerando sensações de pânico injustificado (Velásquez, 2012). A OMS também foi criticada por cessar abruptamente a publicação diária de estatísticas após o fim oficial da pandemia, o que levantou dúvidas quanto à consistência e continuidade da sua comunicação pública (Velásquez, 2012). Esses episódios revelaram uma falta de coerência estratégica na forma como a organização se relacionava com a sociedade e com os governos.

Um dos pontos mais sensíveis e duradouros de crítica à OMS no contexto do H1N1 foi a suspeita de conflitos de interesse envolvendo especialistas e a indústria farmacêutica. Uma investigação conduzida pelo British Medical Journal (um dos jornais médicos mais famosos e antigos) e pelo Bureau of Investigative Journalism (uma organização sem fins lucrativos de investigação) revelou que consultores-chave da organização mantinham vínculos financeiros com empresas que lucrariam com a pandemia (Cohen; Carter, 2010; Velásquez, 2012). Por exemplo, Fred Hayden, autor de diretrizes sobre estocagem de antivirais, recebia pagamentos da Roche, produtora do Oseltamivir (Tamiflu). Outros consultores, como Arnold Monto e Karl Nicholson, também tinham relações com fabricantes de medicamentos e vacinas, mas tais conexões não foram publicamente divulgadas pela OMS na época (Cohen; Carter, 2010; Velásquez, 2012). Adicionalmente, a identidade dos 16 membros do Comitê de Emergência que aconselhava a Diretora-Geral Margaret Chan permaneceu secreta durante a crise, sob a justificativa de proteção contra pressões externas (Cohen; Carter, 2010; Velásquez, 2012). Esse sigilo reforçou suspeitas de parcialidade e alimentou teorias de que a decisão de declarar pandemia teria favorecido interesses comerciais. Embora a OMS tenha negado qualquer influência indevida, a ausência de transparência enfraqueceu sua legitimidade perante a opinião pública e a comunidade científica.

A relação entre a OMS e a indústria farmacêutica foi ainda mais questionada diante da recomendação de estocagem do antiviral Oseltamivir e da posterior aquisição em massa de vacinas, muitas das quais acabaram desperdiçadas. A organização endossou o Oseltamivir como principal antiviral eficaz contra o H1N1, ainda que sua eficácia para prevenção pandêmica não estivesse comprovada por ensaios clínicos em humanos (Cohen; Carter, 2010; Velásquez, 2012). Houve ainda registros de efeitos colaterais graves, como distúrbios neuropsiquiátricos e até suicídios de jovens no Japão (Cohen; Carter, 2010; Velásquez, 2012). Com o avanço da pandemia, países do Hemisfério Norte compraram quantidades desproporcionais de vacinas, frequentemente superiores ao número total de habitantes. A França, por exemplo, adquiriu 94 milhões de doses para uma população de 60 milhões, das quais apenas 6 milhões foram utilizadas (Rockman et al., 2022). Nos Estados Unidos, 40 milhões de doses, avaliadas em 260 milhões de dólares, foram incineradas (Rockman et al., 2022). Embora parte das vacinas excedentes fosse destinada à doação, muitos países em desenvolvimento recusaram o recebimento, alegando baixo risco local (Velásquez, 2012). Esses dados reforçam a percepção de uma resposta marcada por desequilíbrios, desperdícios e falhas de coordenação internacional.

As críticas enfrentadas pela OMS durante a pandemia de H1N1 refletiram, em grande medida, fragilidades institucionais acumuladas desde os anos 1990, agravando uma crise de confiança pública em sua autoridade. A organização já sofria com dificuldades de reforma estrutural, perda de liderança política e crescente dependência de contribuições voluntárias carimbadas por doadores, o que comprometia sua independência programática. Nesse cenário, a influência de atores não estatais e a falta de articulação entre ministérios da saúde e de cooperação internacional em países doadores enfraqueceram ainda mais a coerência de suas ações. Após o H1N1 e posteriormente com a crise do Ebola, a OMS passou a ser descrita como uma burocracia avessa ao risco, preocupada em proteger sua reputação institucional (Perez; Ventura, 2014).

Em síntese, a atuação da OMS frente à pandemia de H1N1 foi marcada por ações rápidas e inovadoras, mas também por erros estratégicos que abalaram sua legitimidade e autoridade técnica. A modificação dos critérios de pandemia, a falha na escolha da nomenclatura, a comunicação contraditória e a suspeita de conflitos de interesse revelaram limitações profundas na governança da saúde global. A combinação de desafios técnicos, institucionais e políticos revelou não apenas a complexidade da atuação em tempo real diante

de ameaças sanitárias, mas também a urgência de reformas estruturais que garantam à OMS maior transparência, autonomia e capacidade de resposta em futuras emergências.

3.5 EPIDEMIA DE EBOLA 2014 - 2016

3.5.1 Origens da crise sanitária do Ebola

O vírus Ebola tem sido um desafio sanitário recorrente em determinadas regiões da África desde a década de 1970, evidenciando uma continuidade que revela falhas estruturais no enfrentamento da doença. Países como Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Gabão, África do Sul, Sudão e Uganda registraram surtos ao longo dos anos, sem que medidas eficazes de contenção fossem adotadas de forma sistemática. Essa repetição de episódios e a persistente subnotificação dos casos sugerem a existência de uma negligência histórica por parte das instituições nacionais e internacionais, que permitiram que o Ebola permanecesse como uma ameaça constante à saúde pública nessas áreas.

A epidemia de 2014-2016 representou um ponto crítico na trajetória do Ebola, tanto pela gravidade da crise quanto pela resposta insuficiente das autoridades envolvidas. O surto foi causado pelo vírus da espécie Zaire, considerada a mais letal entre as cinco espécies conhecidas, e é lembrado como uma das mais devastadoras e complexas epidemias da história das doenças infecciosas (Park, 2022). O caso inicial foi retrospectivamente identificado em dezembro de 2013, em uma criança de apenas dois anos, na remota vila de Meliandou, na Guiné (Park, 2022), e rapidamente se espalhou para os países vizinhos: Libéria, em março de 2014, e Serra Leoa, em junho do mesmo ano (Park, 2022).

A disseminação veloz do vírus encontrou terreno fértil em contextos nacionais fragilizados, que não possuíam estrutura suficiente para responder à emergência sanitária. Libéria, Guiné e Serra Leoa não tinham histórico de enfrentamento ao Ebola e sofriam com sistemas de saúde pública enfraquecidos por conflitos civis prolongados (Gostin et al., 2014; Nunes, 2016; Park, 2022). Como resultado, os países não conseguiram conter a propagação da doença por conta própria, o que contribuiu para o agravamento do surto. Ao final da epidemia, foram registrados 28.616 casos confirmados e 11.310 mortes, embora estimativas apontem que os números reais possam ter sido duas a três vezes maiores, devido à

subnotificação sistemática (Gostin, 2015; Nunes, 2017).

A reação das populações e governos locais diante da epidemia reflete a gravidade da situação e o clima de medo generalizado que se instaurou. Serra Leoa decretou um bloqueio nacional, a Libéria isolou amplas regiões de seu território e, na Guiné, o pânico levou até ao assassinato de uma equipe de saúde que tentava oferecer assistência à população (Park, 2022). Somente em 29 de dezembro de 2015 a organização declarou os três países mais afetados livres da transmissão ativa do vírus Ebola, encerrando oficialmente a ESPII em 29 de março de 2016 (Park, 2022; Ventura, 2016), mas um outro surto seria notificado pouco tempo depois com as mesmas características, levantando mais questionamentos se o surto tinha de fato terminado. Portanto, esses episódios evidenciam o colapso da confiança entre comunidades e autoridades de saúde, agravando ainda mais o quadro da crise. A intensidade da resposta social e estatal, embora compreensível diante da ameaça, demonstra como a ausência de preparação prévia contribuiu para reações extremas e, muitas vezes, contraproducentes.

3.5.2 A Resposta da OMS a Ebola

A experiência da Organização Mundial da Saúde (OMS) com surtos anteriores, como a SARS em 2003 e a gripe H1N1 em 2009, impulsionou uma importante revisão normativa que ampliou significativamente suas atribuições. A edição de 2005 do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) conferiu à OMS autoridade inédita para coordenar respostas globais em situações de emergência sanitária, permitindo à Direção-Geral declarar uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), com a emissão de recomendações sanitárias não-vinculantes aos Estados membros (Burkle, 2015; Ventura, 2016). Essa inovação institucional buscava fortalecer a segurança coletiva em saúde, mas seu funcionamento enfrentaria logo um grande teste com a eclosão da epidemia de Ebola na África Ocidental em 2014.

Apesar dos mecanismos previstos pelo RSI, a resposta inicial da OMS ao surto de Ebola foi marcada por hesitação e demora, o que comprometeu a eficácia da contenção. A organização foi oficialmente notificada do surto em março de 2014 (Nunes, 2016; Park, 2022), e ainda em abril daquele ano, funcionários da OMS atuando na Guiné e um especialista do Escritório Regional para a África enviaram e-mails à sede em Genebra solicitando apoio. Além disso, em junho, a ONG Médicos Sem Fronteiras alertou que a epidemia havia saído do

controle (Ventura, 2016). Ainda assim, a declaração de ESPII só veio a ocorrer em 8 de agosto de 2014, momento em que o surto já estava em seu ápice (Ventura, 2016). Essa demora gerou críticas severas à capacidade de resposta da OMS, justamente em um cenário que exigia rapidez e coordenação global.

A partir da declaração oficial de ESPII, a resposta internacional foi significativamente ampliada, com o engajamento de diversos atores estatais e multilaterais. O Grupo Banco Mundial comprometeu-se com US\$ 200 milhões em financiamento emergencial, e a ONU criou a Missão das Nações Unidas para a Ação de Urgência Contra o Ebola (MINAUCE), com o objetivo de liderar a resposta operacional (Burkle, 2015; Gostin et al., 2014; Park, 2022; Ventura, 2016). Nesse contexto, os Estados Unidos, por meio de uma declaração do então presidente Barack Obama em setembro de 2014, anunciaram o envio de 3.000 soldados à Libéria, além da destinação de US\$ 402,8 milhões pelo Departamento de Defesa para treinamento, construção de unidades de tratamento e apoio à pesquisa. O Reino Unido também contribuiu, mobilizando 750 soldados e um navio hospitalar, com a missão de estabelecer infraestrutura médica na região (Burkle, 2015; Park, 2022; Ventura, 2016).

Além das potências ocidentais, outros países desempenharam papéis relevantes na resposta humanitária, mostrando um esforço multilateral diante da crise. A França, China, Cuba, Alemanha e Coreia do Sul, entre outros, enviaram profissionais de saúde, equipes laboratoriais, clínicas móveis, motocicletas para deslocamento em áreas de difícil acesso e outros recursos logísticos essenciais (Burkle, 2015; Park, 2022; Ventura, 2016). O envolvimento de diferentes nações e organismos internacionais culminou com a atuação do Conselho de Segurança da ONU, que, em 18 de setembro de 2014, declarou o surto de Ebola uma ameaça à paz e à segurança internacionais. A resolução adotada incentivava os Estados-membros a ampliar seus esforços, disponibilizar recursos médicos e flexibilizar restrições de viagem, evidenciando a dimensão geopolítica e humanitária da crise (Burkle, 2015; Park, 2022; Ventura, 2016).

A epidemia foi finalmente controlada graças à mobilização conjunta de organizações intergovernamentais, Estados-membros, organizações não governamentais e o setor privado, ainda que a OMS tenha ocupado um papel mais discreto do que se esperava para uma liderança em saúde global. A própria Margaret Chan (2015) afirmou que a experiência do Ebola tornou-se um ponto de inflexão para a reforma da OMS. Esse desfecho também revelou importantes lições sobre os limites da atuação institucional da OMS e a necessidade de

respostas mais ágeis e coordenadas em crises futuras focadas nos direitos humanos.

3.5.3 Críticas e Desafios da Resposta da OMS a Ebola

A resposta inicial da Organização Mundial da Saúde (OMS) à epidemia de Ebola foi amplamente criticada e marcou um ponto de “drift” institucional, evidenciando falhas de ação em um momento crucial. A demora em declarar a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) gerou intensas críticas, atribuídas a múltiplas preocupações internas. Havia receios de que uma declaração precoce pudesse provocar impactos econômicos severos nos países afetados, com possíveis restrições a viagens e ao comércio (Park, 2022). Além disso, temia-se que essa medida pudesse acarretar tensões políticas e religiosas, como restrições à peregrinação ao Hajj para muçulmanos da África Ocidental, impostas pela Arábia Saudita (Park, 2022). Esses fatores contribuíram para a inércia institucional, aprofundada pelo temor de repetir o episódio da gripe H1N1, quando a OMS foi acusada de exagerar a gravidade da crise (Gostin, 2015). Assim, a hesitação em agir prontamente resultou em uma resposta tardia, contrariando o princípio epidemiológico de que ações rápidas e precoces são fundamentais para reduzir a morbidade e a mortalidade.

Além da hesitação política, a OMS enfrentava fragilidades estruturais e orçamentárias que comprometiam sua liderança em emergências globais. Durante o biênio 2014-2015, a organização sofreu um corte de 51,4% no orçamento destinado à resposta a surtos e crises, reduzindo seus recursos de US\$ 469 milhões para US\$ 228 milhões, o que provocou a desmobilização de equipes especializadas em controle de epidemias (Gostin et al., 2014; Park, 2022). Em comparação, o orçamento da OMS representava apenas um terço do orçamento dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), demonstrando a disparidade de recursos disponíveis para enfrentar emergências (Gostin, 2015). Além disso, cerca de 77% do financiamento da OMS provinha de contribuições voluntárias, sujeitas a interesses políticos dos doadores, o que tornava a agenda da organização e a mobilização de recursos em crises imprevisíveis e vulneráveis a atrasos dispendiosos (Gostin et al., 2014; Park, 2022). Isso se exemplifica porque embora um comitê independente da OMS tenha proposto a criação de um fundo de contingência de US\$ 100 milhões em 2011 para uso durante uma ESPII, a Assembleia Mundial da Saúde nunca o adotou. A falta desse fundo deixou a OMS sem capacidade ou apoio prático para conter o Ebola. A criação do Fundo de

Contingência para Emergências (FCE), em 2011, no valor de US\$ 100 milhões, jamais foi implementada pela organização, o que a deixou sem respaldo financeiro ágil durante o surto de Ebola (Gostin et al., 2014; Park, 2022).

No plano normativo, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 também se mostrou insuficiente diante da magnitude da crise. Apesar de ser o principal instrumento jurídico global para a governança de emergências sanitárias, sua aplicação foi limitada: até 2015, menos de 20% dos países haviam implementado as capacidades essenciais exigidas para detectar e responder a emergências de saúde pública (Gostin et al., 2014; Park, 2022). Em novembro de 2014, apenas 64 dos 196 Estados Partes confirmaram à OMS o cumprimento dos requisitos mínimos do RSI, enquanto 81 solicitaram prorrogações e 48 sequer responderam (Gostin et al., 2014; Park, 2022; Ventura, 2016). O RSI tampouco previa sanções para os Estados que ignorassem as recomendações da OMS, o que fragilizou sua eficácia (Gostin et al., 2014; Park, 2022; Ventura, 2016). Durante a epidemia, mesmo após a declaração da ESPII, diversas nações impuseram restrições de viagem e comércio, desconsiderando diretamente as diretrizes da Diretora-Geral (Gostin et al., 2014; Park, 2022; Ventura, 2016). Além disso, a falta de transparência nas deliberações do comitê do RSI, cujos membros e decisões não eram divulgados, minou a responsabilização pública de uma organização que deveria agir em nome do interesse coletivo global (Ventura, 2016).

A resposta fragmentada e tardia da OMS deixou um vácuo de liderança internacional, abrindo espaço para iniciativas externas e para a chamada securitização da saúde global. Diante da gravidade da crise e dos exemplos citados anteriormente, essa resposta securitária revelou contradições profundas nas narrativas globais sobre saúde e solidariedade internacional. A centralidade da ameaça ao “self”, os países ocidentais, ofuscou a realidade das populações afetadas e as condições sociais que facilitaram a propagação da doença (Nunes, 2016). A securitização transformou a epidemia em uma questão de segurança nacional e existencial, legitimando medidas excepcionais que escaparam ao escrutínio democrático e comprometeram princípios de direitos humanos (Ventura, 2016). Com o apoio da mídia internacional, a epidemia se tornou um espetáculo sensacionalista (Nunes, 2016), com imagens impactantes que, em vez de promoverem engajamento e conscientização, contribuíram para a banalização e o esquecimento dos fatores estruturais da crise. Essa espetacularização reforçou a negligência histórica e institucional, sustentada por apatia, omissão e inação diante do sofrimento humano.

Diante dessas falhas, a epidemia de Ebola impulsionou um novo ciclo de reformas dentro da OMS, voltadas à reconstrução de sua capacidade de liderança e coordenação em crises futuras. A organização criou um grupo consultivo de alto nível para revisar suas estruturas internas e propôs mudanças em seis áreas centrais: a criação de uma plataforma unificada de resposta a emergências; a formação de uma força de trabalho global de emergência; o fortalecimento da implementação do RSI pelos países membros; a revisão do próprio regulamento; o desenvolvimento de um marco para pesquisa e inovação; e o estabelecimento de mecanismos financeiros sólidos, como o fundo de contingência de US\$ 100 milhões e um sistema de financiamento para emergências pandêmicas (Ventura, 2016). Essas propostas buscavam responder às críticas enfrentadas durante a crise do Ebola e preparar a organização para agir com maior rapidez, autonomia e eficácia diante de futuras ameaças globais à saúde pública.

Em conclusão, a resposta da OMS à epidemia de Ebola expôs falhas institucionais profundas, como a hesitação política em declarar emergência, a fragilidade estrutural e orçamentária, e a ineficácia normativa do Regulamento Sanitário Internacional. A demora em agir refletiu tanto o receio de impactos geopolíticos e econômicos quanto a falta de recursos e autonomia decisória, agravada pela dependência de contribuições voluntárias e pela ausência de um fundo de contingência funcional. A fragmentação da resposta e a ausência de sanções para o descumprimento das diretrizes da OMS fragilizaram sua autoridade, enquanto a securitização da crise priorizou interesses ocidentais e esvaziou a solidariedade internacional. Embora a epidemia tenha impulsionado propostas de reforma significativas dentro da organização, os avanços esperados não se concretizaram plenamente, revelando a persistência de entraves que limitam a eficácia da OMS em emergências futuras.

3.6 PANDEMIA DE COVID-19

3.6.1 Origens da crise sanitária da COVID-19

O surgimento da COVID-19 teve início com o registro de casos de pneumonia de origem desconhecida em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Testes clínicos identificaram 41 casos entre 16 de dezembro de 2019 e 2 de janeiro de 2020, sendo que apenas parte deles apresentava ligação com o Mercado de Frutos do Mar de Huanan, o que indicava um papel de amplificação, e não de origem do surto (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; World Health

Organization, 2020). A transmissão zoonótica é tida como o ponto de partida, possivelmente com morcegos como reservatório natural, embora o hospedeiro intermediário ainda não tenha sido determinado (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; World Health Organization, 2020). Assim, o contexto inicial envolveu tanto um ambiente de incerteza científica quanto a dificuldade de identificar prontamente as rotas de transmissão do vírus.

A comunicação inicial do surto ilustra a importância e a fragilidade dos mecanismos de alerta precoce. Em 30 de dezembro de 2019, a Comissão Municipal de Saúde de Wuhan emitiu os primeiros avisos urgentes (Moreira; Santos; Sousa, 2020; World Health Organization, 2020; Pillinger, 2021; Ventura et al., 2020). No dia seguinte, alertas foram captados por sistemas de vigilância abertos, como o Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) e pelo Centro de Controle de Doenças de Taiwan, que notificaram a OMS (Moreira; Santos; Sousa, 2020; World Health Organization, 2020; Pillinger, 2021; Ventura et al., 2020). A organização, por sua vez, solicitou formalmente informações à China em 1º de janeiro de 2020 e publicou um primeiro alerta global em 5 de janeiro (Moreira; Santos; Sousa, 2020; World Health Organization, 2020; Pillinger, 2021; Ventura et al., 2020). Apesar dessas respostas iniciais, o vírus já havia começado a se espalhar para outros países, como demonstram os primeiros casos confirmados na Tailândia e no Japão, respectivamente, em 13 e 16 de janeiro (Moreira; Santos; Sousa, 2020; World Health Organization, 2020; Pillinger, 2021; Ventura et al., 2020). Nesse caso, a estrutura interconectada do mundo globalizado acelerou esse processo, ampliando os desafios de contenção.

A identificação do agente viral foi outro marco fundamental no enfrentamento inicial da pandemia. Em 7 de janeiro de 2020, o Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças identificou o novo coronavírus como causador da doença, e, em 9 de janeiro, a OMS confirmou essa informação ao público. A sequência genética foi compartilhada em 11 de janeiro, por Jaqueline Goes de Jesus¹ e, dois dias depois, a OMS divulgou o primeiro protocolo de diagnóstico (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). Esses esforços revelam um grau importante de cooperação científica, mas também evidenciam a complexidade envolvida na contenção de uma doença emergente de origem zoonótica.

¹ Jaqueline Goes de Jesus, uma das coordenadoras da equipe de pesquisadores que realizou o primeiro sequenciamento do genoma do coronavírus circulante na América Latina – apenas 48 horas após a confirmação do primeiro caso de Covid-19 no Brasil – é doutora formada pela Universidade Federal da Bahia, pelo Programa de Patologia Humana e Experimental, parceria entre a UFBA e a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Bahia (PgPAT/UFBA-Fiocruz). Disponível em: <https://coronavirus.ufba.br/doutora-formada-na-ufba-que-liderou-o-primeiro-sequenciamento-genetico-do-coronavirus-no-brasil>

A transmissão acelerada do SARS-CoV-2 foi resultado direto de suas características biológicas combinadas com as condições contemporâneas de mobilidade global. O vírus se espalha principalmente por gotículas respiratórias e apresenta letalidade cerca de 14 vezes maior que a gripe A, além de capacidade de contágio elevada, com taxa de reprodução básica (R_0) entre dois e três (Moreira; Santos; Sousa, 2020; Nunes, 2020). Seu período de incubação médio de cinco dias e a possibilidade de transmissão durante a fase assintomática facilitaram a disseminação comunitária (Moreira; Santos; Sousa, 2020; Nunes, 2020). Essas características tornam a resposta epidemiológica mais difícil, exigindo medidas rigorosas de contenção que nem sempre foram adotadas de forma coordenada pelos países. Nesse sentido, a globalização da mobilidade e do comércio representou um vetor fundamental na expansão da pandemia, que era menor na epidemia de SARS, por exemplo. Em 2018, o número de passageiros aéreos alcançou 4,3 bilhões, permitindo que grandes cidades fossem conectadas em menos de 12 horas (Bourdelaís, 2021). Além de que a alta densidade de pessoas em aviões e aeroportos criou condições ideais para a multiplicação e exportação do vírus (Bourdelaís, 2021). Por esse fatores, a COVID-19 exemplifica a convergência entre um patógeno altamente contagioso e um sistema global hiperconectado, em que fronteiras físicas têm pouca eficácia na contenção inicial de surtos infecciosos.

Adicionalmente, a rápida propagação internacional do vírus foi registrada em questão de semanas. O primeiro caso fora da China foi confirmado na Tailândia em 13 de janeiro, seguido pelo Japão em 16 de janeiro. Até 29 de fevereiro de 2020, mais de 85 mil casos já haviam sido relatados no mundo (Bourdelaís, 2021; Ventura et al., 2020). Em 30 de janeiro, a OMS declarou o surto uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e, em 11 de março, caracterizou a COVID-19 como uma pandemia, quando já havia 118 mil casos em 114 países (Bourdelaís, 2021; Ventura et al., 2020). No final de outubro de 2020, quase 40 milhões de infecções e mais de 1,1 milhão de mortes já haviam sido confirmadas (Bourdelaís, 2021). A magnitude da crise, portanto, consolidou a pandemia como um evento global com impactos sanitários, políticos e econômicos sem precedentes na história recente.

Dessa forma, a pandemia de COVID-19 revelou, de maneira incontestável, como a emergência de novos patógenos pode ser acelerada por padrões contemporâneos de vida e produção, e como as estruturas globais de resposta ainda são insuficientes diante de desafios dessa magnitude. As dinâmicas de globalização, mobilidade e urbanização, aliadas à pressão

sobre ecossistemas naturais, criaram um ambiente propício para o surgimento e disseminação de vírus com alto potencial pandêmico. A COVID-19 não apenas rompeu a ilusão de invulnerabilidade dos países mais ricos, mas também reafirmou a urgência de fortalecer sistemas de vigilância, cooperação científica e mecanismos de governança em saúde global.

3.6.2 A Resposta da OMS a COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenhou um papel central na resposta à pandemia de COVID-19, assumindo a responsabilidade de alertar o mundo e coordenar os esforços globais de enfrentamento da crise sanitária. Como agência especializada da ONU, a OMS possui um mandato amplo, voltado à promoção da saúde global e à resposta a emergências com impacto internacional. Desde o início do surto, a organização procurou cumprir esse papel por meio da mediação de informações e da coordenação técnica com os Estados-Membros. A pandemia exigiu que esse mandato fosse exercido com rapidez e assertividade diante de um vírus altamente transmissível e de um cenário de grande incerteza.

As primeiras ações da OMS concentraram-se na coleta e disseminação de dados epidemiológicos. Em 31 de dezembro de 2019, o escritório da organização na China já havia captado relatos de "pneumonia viral" por meio de notícias da mídia e dos canais do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Pouco depois, em 5 de janeiro de 2020, a OMS compartilhou publicamente as primeiras informações sobre o surto. A resposta foi ainda mais consolidada quando, em 9 de janeiro, a OMS informou que cientistas chineses haviam identificado um novo coronavírus como o agente infeccioso, e, em 11 de janeiro, recebeu a sequência genética do vírus. No dia 13, publicou o primeiro protocolo para um teste diagnóstico. Esse processo demonstra como a organização atuou para garantir transparência na circulação de dados, mesmo em uma fase inicial ainda marcada por reticências de alguns governos.

O reconhecimento da gravidade da situação se deu oficialmente em 30 de janeiro de 2020, quando o Diretor-Geral da OMS declarou a COVID-19 uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o nível mais alto de alerta previsto pelo RSI. Essa decisão se baseou no aumento dos casos e na constatação de que a transmissão de humano para humano já ocorria fora da China. O Comitê de Emergência destacou que a interrupção do surto dependeria da detecção precoce, do isolamento imediato dos casos e de

um sistema eficiente de rastreamento de contatos. A declaração de pandemia, no entanto, só foi feita em 11 de março de 2020. Ainda que a OMS tenha conseguido garantir a transparência na contagem de casos e óbitos, por meio de seu painel público de dados, muitos governos não reagiram com a urgência necessária diante do alerta máximo, evidenciando falhas de coordenação internacional.

Paralelamente ao monitoramento da disseminação do vírus, a OMS assumiu a liderança na produção de recomendações técnicas e científicas. Em 10 de janeiro de 2020, a organização publicou suas primeiras orientações para a preparação e resposta dos países ao surto. Desde então, passou a emitir uma ampla variedade de documentos, abordando temas como identificação de casos, uso de equipamentos de proteção individual, medidas para proteção de profissionais de saúde e estratégias de comunicação com a população. Além disso, manteve o princípio do RSI ao desaconselhar restrições desnecessárias a viagens e comércio internacional. Em 19 de março, publicou diretrizes detalhadas sobre o cuidado clínico de pacientes em diferentes estágios da doença e propôs soluções práticas, como a criação de centrais de teleatendimento 24 horas. Esses esforços foram acompanhados por parcerias com empresas de tecnologia para combater a desinformação e por treinamentos gratuitos em 31 idiomas na plataforma OpenWHO, demonstrando o papel da OMS como provedora de capacitação em escala global.

No campo da pesquisa, a OMS articulou iniciativas inovadoras para promover o desenvolvimento e a distribuição equitativa de ferramentas contra a COVID-19. Em abril de 2020, lançou o Acelerador de Acesso às Ferramentas contra a COVID-19 (ACT Accelerator), com o objetivo de acelerar a produção de vacinas, tratamentos e testes diagnósticos. Uma das principais frentes dessa iniciativa foi o COVAX Facility, liderado em parceria com a Gavi e a CEPI, que funcionou como um consórcio internacional de compra de vacinas. O COVAX procurou garantir que países de baixa e média renda tivessem acesso às vacinas por meio de subsídios financiados por nações mais ricas, além de compartilhar os riscos da produção antecipada. A meta era vacinar ao menos 20% da população mais vulnerável em cada país e produzir 2 bilhões de doses de vacinas, 245 milhões de tratamentos e 500 milhões de testes. Em paralelo, a OMS liderou o “Solidarity Trial”, um ensaio clínico internacional com o objetivo de testar diferentes terapias contra o vírus, e monitorou o desenvolvimento de cerca de 170 vacinas, das quais 30 já estavam em fases clínicas em meados de 2020.

Outro eixo importante de atuação da OMS foi a distribuição de insumos e o apoio

operacional aos países com menor capacidade de resposta. Até agosto de 2020, a organização já havia enviado mais de 100 milhões de máscaras, 18,2 milhões de respiradores, 11.700 concentradores de oxigênio, 6 milhões de testes e swabs e dezenas de milhões de EPIs a 148 países. Ao mesmo tempo, ofereceu recursos digitais de formação para mais de 70 mil profissionais de saúde em mais de 200 países e destacou 180 Equipes Médicas de Emergência para apoiar os governos locais. Em março de 2020, também lançou o Fundo de Resposta Solidária, em parceria com a Fundação Suíça de Filantropia e o sistema ONU, visando arrecadar recursos de diversos doadores para sustentar as ações globais contra a COVID-19. Esses esforços evidenciam o papel ativo da OMS não apenas como órgão normativo, mas como agente logístico e catalisador de recursos.

Ainda assim, a declaração da ESPII, embora tecnicamente fundamentada, levantou debates sobre sua tempestividade. O Comitê de Emergência reuniu-se nos dias 22 e 23 de janeiro de 2020, mas não houve consenso para declarar a emergência naquele momento, optando por aguardar mais informações. A decisão foi finalmente tomada em 30 de janeiro, quando já havia 98 casos confirmados em 18 países fora da China e evidências de transmissão comunitária. Mesmo após a declaração da ESPII, muitos países seguiram com ações tímidas ou fragmentadas. A hesitação em declarar a pandemia também gerou críticas, ainda que, do ponto de vista técnico, esse termo não tenha implicações jurídicas formais no âmbito do RSI. A lentidão das autoridades chinesas em alertar a OMS, possivelmente aguardando quase um mês após os primeiros casos, contribuiu para o atraso na contenção inicial da doença. Isso reforçou a percepção de que os sistemas de alerta e resposta operavam em ritmos diferentes: a agilidade das redes digitais contrastava com a lentidão dos mecanismos multilaterais de verificação.

Assim, embora a OMS tenha desempenhado um papel essencial na articulação da resposta global à COVID-19, sua atuação foi inevitavelmente marcada pelos limites estruturais e políticos da governança sanitária internacional. A pandemia evidenciou a importância das suas funções regulatória, técnica e operacional, ao mesmo tempo que destacou os desafios inerentes à coordenação multilateral em contextos de crise. As críticas à morosidade de algumas decisões e à dependência de informações prestadas pelos Estados revelam tensões recorrentes entre soberania nacional e cooperação internacional em saúde. A experiência da COVID-19 reforça a urgência de revisar os mecanismos de alerta e resposta global, bem como de fortalecer a capacidade institucional da OMS diante de emergências de

tamanha magnitude.

3.6.3 Críticas e Desafios da Resposta da OMS a COVID-19

Apesar de seu papel central na coordenação da resposta internacional à COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alvo de críticas substanciais e multifacetadas, que expuseram limitações estruturais, tensões políticas e dificuldades operacionais. Essas críticas não se restringem a falhas pontuais, mas revelam desafios históricos da governança sanitária global, que vão desde a dependência financeira da agência até sua posição delicada frente às disputas geopolíticas entre Estados. A pandemia escancarou os dilemas enfrentados por uma organização que, ao mesmo tempo em que atua como autoridade técnica, depende da cooperação voluntária de seus próprios membros para agir.

Uma das críticas mais recorrentes envolveu a transparência inicial da China e a atuação da OMS diante da escassez de informações durante os primeiros dias do surto. Fontes revelaram que as autoridades chinesas demoraram a admitir a transmissão de humano para humano, mesmo quando os casos já haviam se espalhado internacionalmente, e que a OMS, ciente da gravidade da situação, relutou em confrontar publicamente o governo chinês (Davies; Wenham, 2020; Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020; Pillinger, 2021). Em comunicações internas, altos funcionários da agência expressaram frustração com a falta de dados detalhados fornecidos por Pequim, o que limitou a capacidade de resposta rápida e eficaz (Davies; Wenham, 2020; Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020; Pillinger, 2021). Além disso, a OMS foi criticada por uma publicação no Twitter em 14 de janeiro de 2020, na qual afirmou que não havia evidências claras de transmissão entre pessoas – declaração que, embora tenha sido posteriormente esclarecida em entrevistas coletivas, alimentou acusações de acobertamento (Davies; Wenham, 2020; Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020; Pillinger, 2021). Para completar, a pressão exercida pela China para que a OMS não recomendasse restrições de fronteiras, mesmo enquanto aplicava medidas semelhantes internamente (Davies; Wenham, 2020; Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020; Pillinger, 2021), agravou a percepção de conivência ou complacência da agência diante das decisões unilaterais de seus membros mais poderosos.

A tempestividade da declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e da caracterização da pandemia também esteve no centro de intensos debates. A ESPII, anunciada em 30 de janeiro de 2020, foi considerada por muitos como tardia, apesar de seguir estritamente a recomendação do comitê técnico independente da OMS (Kavanagh; Singh; Moreira; Santos; Sousa, 2020; Pillinger, 2021). A crítica ganhou força diante da falta de compreensão generalizada sobre o peso e a gravidade da ESPII, o que gerou um apelo crescente para que a situação fosse chamada de “pandemia”, algo que só ocorreu em 11 de março, quando o número de casos já ultrapassava 118 mil em 114 países (Kavanagh; Singh; Moreira; Santos; Sousa, 2020; Pillinger, 2021). A lacuna entre a emissão do alerta máximo previsto pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e o reconhecimento simbólico da pandemia evidenciou não apenas um problema de comunicação, mas também a dificuldade de alinhar decisões técnicas a um ambiente midiático e político em rápida transformação.

Também houve críticas à lentidão da OMS na emissão de diretrizes técnicas, especialmente frente à velocidade de propagação do vírus. A hesitação inicial da agência em recomendar o uso generalizado de máscaras, bem como sua demora em reconhecer a possibilidade de transmissão aérea da COVID-19, gerou descontentamento entre especialistas e profissionais de saúde (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). A OMS justificou sua postura cautelosa com base na escassez global de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), sobretudo em países de baixa renda, e nas implicações financeiras de recomendações que exigissem intervenções estruturais como ventilação de ambientes (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). Entretanto, para muitos países de alta renda, essa precaução foi interpretada como um atraso injustificável. Outro ponto de atrito foi a orientação contrária à imposição de restrições de viagens, alinhada ao princípio do RSI de evitar interferências desnecessárias no comércio global (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). Essa posição foi amplamente ignorada pelos Estados, que fecharam fronteiras de maneira autônoma, e se tornaram alvo de ataques políticos, notadamente por parte do então presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, e de outras autoridades.

A estrutura institucional e o modelo de financiamento da OMS também foram apontados como entraves importantes à sua capacidade de resposta. A organização opera por meio de uma rede descentralizada, com sedes regionais que possuem relativa autonomia, o que dificulta a coordenação e a responsabilização em situações emergenciais (Kavanagh;

Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). A limitada autoridade do Diretor-Geral sobre esses escritórios regionais contribui para inconsistências nas mensagens e ações. Além disso, a dependência de contribuições voluntárias, muitas delas carimbadas para projetos específicos, torna a OMS vulnerável às prioridades políticas dos Estados-membros (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). Sem poder coercitivo sobre os países e sem mecanismos para sancionar violações do RSI, como o não reporte tempestivo de surtos, a agência encontra-se estruturalmente fragilizada (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). O painel de revisão da resposta à pandemia destacou que as expectativas depositadas na OMS frequentemente superam sua capacidade institucional, financeira e jurídica (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020), acentuando a dissonância entre o que a organização deveria fazer e o que efetivamente consegue realizar.

No campo do acesso equitativo a vacinas, diagnósticos e terapias, os desafios enfrentados pelas iniciativas coordenadas pela OMS foram profundos. O ACT Accelerator e o COVAX Facility, criados para garantir distribuição justa de tecnologias contra a COVID-19, tiveram dificuldades para angariar os recursos necessários e se depararam com o chamado “nacionalismo vacinal” (Dias, 2020; Moon; Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Kickbusch, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). Países ricos firmaram contratos bilaterais e garantiram grandes volumes de doses, minando o princípio de solidariedade global que sustentava o COVAX (Dias, 2020; Moon; Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Kickbusch, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). Ao mesmo tempo, países de renda média foram obrigados a pagar pelas vacinas, o que reacendeu temores de que se repetisse o cenário observado na resposta à AIDS, com exclusão de populações vulneráveis devido a interesses comerciais. A distribuição proporcional à população, modelo adotado inicialmente pela OMS, foi criticada por não levar em conta as taxas de transmissão ou mortalidade, o que penalizou ainda mais os países com menos recursos e menos profissionais de saúde per capita (Dias, 2020; Moon; Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Kickbusch, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). Além disso, os altos custos das vacinas mais eficazes impuseram obstáculos adicionais à cobertura vacinal nos países do Sul Global. Por conta disso, o próprio diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou que o mundo não estava “sob risco de um apartheid de vacinas, mas que o mundo já estava no apartheid de vacinas”², ou seja, ele alertava para a desigualdade extrema no acesso às vacinas entre países ricos e pobres, já em curso durante a pandemia.

² <https://cee.fiocruz.br/?q=Covid-19-o-mundo-em-um-apartheid-de-vacinas>

As pressões políticas externas também desempenharam um papel crucial na crise de legitimidade enfrentada pela OMS. A saída temporária dos Estados Unidos da organização, anunciada por Donald Trump, e as ameaças de retirada feitas pelo governo brasileiro exemplificam como disputas domésticas e interesses nacionalistas foram projetados sobre o campo da saúde global (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). Acusações de que a OMS estaria “alinhada demais” com a China ganharam destaque, especialmente após a controvérsia sobre a exclusão de Taiwan das deliberações da agência, mesmo diante de evidências de que havia alertado precocemente sobre a transmissão entre humanos (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020). Esses embates geopolíticos enfraqueceram a autoridade da OMS em um momento em que o mundo precisava de uma liderança técnica confiável. Simultaneamente, a gestão da pandemia em países como Estados Unidos, Brasil e Reino Unido foi marcada por lideranças populistas que rejeitaram evidências científicas, minimizaram a gravidade da doença e buscaram culpados externos (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021; Moreira; Santos; Sousa, 2020), contribuindo diretamente para o agravamento da crise sanitária e para a erosão da cooperação internacional.

A pandemia também revelou os riscos da securitização da saúde global, fenômeno no qual doenças infecciosas são tratadas como ameaças existenciais que justificam medidas excepcionais. Sob esse enquadramento, governos suspenderam direitos civis e restringiram a circulação de pessoas, afetando até mesmo o fluxo de mercadorias e capitais que o sistema neoliberal normalmente protege. Esse paradoxo escancarou a fragilidade do modelo econômico dominante diante de choques sanitários e demonstrou como desigualdades estruturais, como o desmonte de sistemas públicos de saúde, ampliam a vulnerabilidade social diante de novas epidemias. A OMS, nesse contexto, encontra-se em uma posição ambígua: precisa conciliar sua função de agência técnica e humanitária com seu papel político e intergovernamental, operando em um sistema que prioriza a soberania nacional mesmo quando o problema é, por definição, transnacional.

Em suma, a resposta da OMS à pandemia de COVID-19 evidenciou tanto a centralidade quanto as limitações de sua atuação diante de crises sanitárias globais. Embora tenha desempenhado um papel fundamental na coordenação internacional, a agência enfrentou críticas sobre sua relação com a China, a lentidão em emitir alertas e diretrizes, e sua limitada autoridade frente à soberania dos Estados. Fatores como o financiamento

dependente de doações voluntárias, a fragmentação institucional e a politização das decisões comprometeram sua eficácia. Iniciativas como o COVAX também revelaram dificuldades em garantir equidade, refletindo velhas desigualdades na saúde global. Assim, a pandemia não apenas escancarou os desafios operacionais e estruturais da OMS, mas também ressaltou a urgência de uma reforma profunda da governança sanitária internacional, que a capacite a agir com mais autonomia, legitimidade e justiça em crises futuras.

4. DISCUSSÃO

A presente discussão visa contextualizar e aprofundar a análise histórica da atuação da OMS frente a crises sanitárias, suas dificuldades e seus desafios futuros. Para isso, a análise se baseia nas mudanças institucionais, com ênfase nas mudanças institucionais do tipo "drift" e "conversion", considerando a literatura sobre Institucionalismo Histórico e as dinâmicas de governança de bens comuns, conforme discutido por Pavanelli, Oliveira e Igari (2022) e Mahoney & Thelen (2009).

A análise institucional constitui um campo de estudo relevante para compreender como instituições, entendidas como regras, normas e estratégias, tanto formais quanto informais, que orientam as interações sociais e moldam e são moldadas pelo comportamento de diversos atores. No contexto da saúde global, as instituições incluem regulamentos internacionais (como o Regulamento Sanitário Internacional), diretrizes, políticas, mecanismos de financiamento e as próprias normas de comportamento entre a OMS, Estados-membros e outros atores não-estatais. A OMS, como organização, opera dentro e influencia esse arcabouço institucional. Os agentes relevantes neste campo são diversos, incluindo a própria OMS, Estados-membros, outras organizações internacionais, ONGs, setor privado (indústria farmacêutica), comunidade científica e as populações afetadas. Esses agentes interagem em arenas de ação, como a Assembleia Mundial da Saúde, comitês técnicos e até a mídia que podem operar em diferentes níveis hierárquicos. O poder e a influência desses agentes nas arenas são modulados por seus endowments sociais, econômicos, políticos, culturais e relacionais.

Conforme discutido por Pavanelli et al. (2022), crises podem acelerar mudanças no balanço de forças nos campos sociais, criando um ambiente mais propenso a mudanças

institucionais disruptivas. Nesse caso, pode ser interpretada como as crises sanitárias ainda mais recorrentes devido à globalização e às mudanças climáticas. Nesse sentido, as crises ocorrem quando as regras vigentes falham em gerar previsões razoáveis sobre os resultados das ações estratégicas dos agentes, intensificando disputas e abrindo espaço para alterações nas relações de poder, por diversos meios, na arena de ação. O institucionalismo histórico destaca a dependência da trajetória (*path dependence*), onde as condições históricas iniciais e os legados políticos influenciam a evolução subsequente das instituições, gerando certa inércia. Mudanças institucionais mais radicais são frequentemente associadas a conjunturas críticas. Crises sanitárias podem ser vistas como conjunturas críticas na saúde global, gerando incerteza e abrindo janelas de oportunidade para mudança institucional. Essas conjunturas críticas podem levar a substituição institucional, nas quais regras antigas são removidas e novas são introduzidas, como a criação de novas estruturas de governança ou regulamentos pós-crise.

As transformações institucionais nem sempre ocorrem de forma abrupta ou por meio de rupturas visíveis. No caso da Organização Mundial da Saúde (OMS), é comum a ocorrência de mudanças graduais, classificadas como *drift* (derivação) ou *conversion* (conversão), conforme descritas por Mahoney e Thelen (2009). A *derivação* acontece quando as regras formais permanecem inalteradas, mas o contexto em que elas operam se transforma significativamente, e, diante disso, a falta de resposta tempestiva por parte da instituição faz com que tais regras se tornem desatualizadas ou ineficazes. Exemplos claros dessa dinâmica podem ser observados na resposta tardia da OMS tanto à epidemia de Ebola quanto à pandemia de COVID-19, quando os instrumentos disponíveis não foram acionados com a urgência exigida pelo novo cenário. Por outro lado, na *conversão*, as regras existentes são reinterpretadas e redirecionadas por novos atores com agendas distintas, sem que haja alteração formal no arcabouço institucional. Isso pode ocorrer, por exemplo, quando uma nova liderança na OMS assume prioridades políticas ou estratégicas diferentes, promovendo mudanças de rumo dentro dos mesmos marcos regulatórios.

Além disso, a discussão permite compreender como crises sanitárias funcionam como catalisadores de reconfigurações institucionais, sendo entendidas como verdadeiras conjunturas críticas. Esses momentos excepcionais tendem a gerar instabilidade e abrir oportunidades para mudanças mais profundas, já que o equilíbrio de poder entre as coalizões atuantes pode ser momentaneamente alterado. Foi o que se observou, por exemplo, nas

tentativas de criação de um Fundo de Emergência após a epidemia de Ebola ou na proposição de um tratado pandêmico global no contexto pós-COVID-19. No entanto, mesmo em períodos de crise, a efetivação de reformas estruturais permanece condicionada à capacidade dos atores em superar os vetores institucionais estabelecidos. Quando os defensores do status quo detêm elevado poder de veto, a margem para inovação institucional se restringe, mantendo o sistema preso a padrões anteriores de funcionamento.

Nesse sentido, a hipótese de que a Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia enfrentado demandas similares às impostas pela pandemia de COVID-19, e que, portanto, algumas de suas falhas poderiam ter sido evitadas, é reforçada por uma série de paralelos históricos com epidemias anteriores, como HIV/AIDS, SARS, H1N1 e Ebola. À luz da teoria das mudanças institucionais de Mahoney e Thelen (2009), observa-se que, embora a organização tenha passado por reformas formais ao longo do tempo, predominam padrões de transformação gradual, como o *drift* e o *conversion*, que limitam a adaptação real às exigências de novas conjunturas. Assim, a COVID-19 não apenas evidenciou lacunas operacionais e políticas, mas também expôs a dificuldade da OMS em efetivamente modificar sua estrutura e comportamento diante de crises que, embora diferentes em escala, repetiram dinâmicas institucionais mal resolvidas.

Um dos primeiros e mais expressivos paralelos pode ser observado na comparação entre a resposta da OMS à epidemia de SARS, em 2003, e à pandemia de COVID-19. Durante a SARS, sob a liderança de Gro Harlem Brundtland, a OMS adotou uma postura inédita ao criticar publicamente a China por falta de transparência, baseando-se inclusive em fontes não estatais (Bourdelaïs, 2021). Essa atitude culminou na revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2005, que conferiu à agência novas prerrogativas para declarar Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e emitir recomendações. No entanto, diante da COVID-19, a OMS voltou a enfrentar obstáculos semelhantes. A agência foi novamente colocada em uma posição delicada frente à ausência de informações detalhadas da China, e sua comunicação inicial foi interpretada como sinal de conivência, apesar de posteriormente esclarecida (Bourdelaïs, 2021). Esse cenário evidencia um caso típico de *drift*: embora o marco institucional tenha sido alterado em 2005, a dinâmica de dependência em relação à cooperação dos Estados e a limitação de mecanismos coercitivos permaneceu, tornando ineficaz a aplicação das novas regras frente ao contexto alterado.

Outro exemplo importante de legado institucional que influenciou a resposta à COVID-19 diz respeito à experiência da OMS com a pandemia de H1N1 em 2009, quando a organização foi criticada por agir com excesso de zelo ao declarar a ESPII rapidamente. Essa reação anterior criou uma espécie de trauma organizacional que resultou, anos depois, numa atitude de maior hesitação durante a emergência do novo coronavírus (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). A declaração da ESPII para a COVID-19, por exemplo, só foi feita em 30 de janeiro de 2020, mesmo que os critérios para tal já estivessem presentes em 22 de janeiro, segundo o Painel Independente para a Preparação e Resposta à Pandemia (IPPR) (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). O Diretor-Geral Tedros Adhanom Ghebreyesus, ao seguir o conselho do comitê de emergência independente e adiar a decisão, buscava evitar acusações de alarmismo. Aqui, observa-se um processo de *conversion*: as regras do RSI não mudaram, mas foram reinterpretadas sob uma nova lógica institucional, agora marcada pela cautela e pela preocupação em preservar a imagem da OMS, mesmo diante de uma crise crescente. Tal conversão de sentido demonstra como mudanças institucionais formais podem ser neutralizadas ou redirecionadas por novos atores e coalizões que operam com racionalidades distintas das que originaram a norma.

As críticas à postura pouco enérgica da OMS na pandemia de COVID-19 também ecoam os erros cometidos durante a epidemia de Ebola na África Ocidental (2014–2016), quando a organização foi acusada de demorar a declarar emergência e de depender excessivamente de decisões políticas dos Estados afetados. Naquele caso, as falhas motivaram a criação do Programa de Emergências Sanitárias da OMS, com o objetivo de garantir maior agilidade e coordenação entre a sede e os escritórios regionais. Contudo, a nova estrutura revelou-se limitada durante a COVID-19. O próprio IPPR apontou que a maioria das recomendações pós-Ebola nunca foi implementada, revelando mais uma instância de drift: o contexto pandêmico mudou drasticamente, mas os mecanismos e fluxos decisórios da OMS não acompanharam essa transformação de forma eficaz (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). Em contraste, países que haviam lidado diretamente com o Ebola, como Serra Leoa e Libéria, apresentaram respostas mais rápidas e organizadas à COVID-19, utilizando estruturas de coordenação que haviam sido testadas anteriormente (Kavanagh; Singh; Pillinger, 2021). A divergência entre o aprendizado institucional local e o aprendizado organizacional global da OMS aponta para uma limitação estrutural: reformas internas não são suficientes se não forem absorvidas e operacionalizadas pelos principais atores do sistema internacional de saúde.

O problema do acesso equitativo a vacinas, terapias e diagnósticos durante a COVID-19 é outro elemento que remonta a dinâmicas institucionais não resolvidas, especialmente no contexto da epidemia de HIV/AIDS nas décadas de 1980 e 1990. Naquela época, a OMS demorou a reconhecer a gravidade da AIDS, mas posteriormente passou a liderar o enfrentamento à doença, promovendo o acesso a medicamentos genéricos e enfrentando a resistência das grandes farmacêuticas (Moreira; Santos; Sousa, 2020). Em 2020, ao lançar o ACT-Accelerator e o COVAX Facility, a OMS buscou reafirmar esse papel de garantidora da equidade global (Moreira; Santos; Sousa, 2020). No entanto, a repetição do "nacionalismo de vacinas", os atrasos de financiamento e as críticas por exigir pagamento de países de renda média evidenciam um novo caso de drift institucional: embora as regras e discursos da equidade estejam presentes nos documentos e plataformas multilaterais, a realidade do sistema internacional, marcado por assimetrias de poder e interesses comerciais, impede sua efetiva aplicação. A permanência do monopólio de patentes e a distribuição desigual de imunizantes demonstram que, mesmo diante de uma conjuntura crítica com potencial para reformar estruturas, as coalizões favoráveis ao status quo foram bem-sucedidas em manter as regras do jogo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E DESAFIOS FUTUROS

A pandemia de COVID-19 demonstrou que os entraves enfrentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em situações de emergência sanitária não são fenômenos isolados, mas estão profundamente enraizados em padrões históricos de funcionamento da instituição. Ao aplicar a teoria das mudanças institucionais graduais, em especial as categorias de *drift* e *conversion* propostas por Mahoney e Thelen (2009), é possível entender por que reformas institucionais formais não foram suficientes para alterar de forma substantiva a capacidade de resposta da OMS. Tais categorias permitem analisar como, diante de novas conjunturas críticas, as normas e estruturas existentes são mantidas, adaptadas ou reinterpretadas de maneiras que muitas vezes neutralizam o potencial transformador das reformas. A análise da trajetória da OMS em epidemias como HIV/AIDS, SARS, H1N1 e Ebola revela dinâmicas institucionais recorrentes que ajudaram a moldar, e limitar, sua atuação durante a crise da COVID-19.

O caso do HIV/AIDS, particularmente entre as décadas de 1980 e 1990, exemplifica tanto a lentidão quanto o potencial transformador das respostas institucionais da OMS. Inicialmente, a organização subestimou a gravidade da epidemia, tratando-a como uma questão localizada nos países ricos. Essa inação foi superada com a criação do Programa Global sobre a AIDS (GPA) sob a liderança de Jonathan Mann, que marcou uma inflexão ao integrar direitos humanos e justiça social à saúde pública, além de defender o acesso a medicamentos genéricos e a produção local. No entanto, os problemas de equidade no acesso a tecnologias de saúde reapareceram durante a pandemia de COVID-19, com concentração de vacinas nos países desenvolvidos, levando o Diretor-Geral da OMS a denunciar um “apartheid sanitário”. Trata-se de um claro caso de drift: apesar da formalização de princípios de equidade em documentos multilaterais, a lógica de mercado e as assimetrias geopolíticas prevaleceram, impedindo a concretização de tais normas em ações eficazes.

A experiência com a SARS em 2003 revelou o potencial da OMS para exercer liderança mais assertiva em contextos de crise, mas os aprendizados institucionais não foram plenamente internalizados. Sob a direção de Gro Harlem Brundtland, a OMS adotou uma postura inédita ao criticar a falta de transparência da China e utilizar fontes não estatais para emitir alertas, o que impulsionou a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em 2005. O novo RSI conferiu à OMS prerrogativas ampliadas, como investigações *in loco* e uso de dados alternativos. No entanto, na crise da COVID-19, a OMS voltou a enfrentar resistência da China para divulgar informações detalhadas sobre a transmissão do vírus, indicando que a dependência da cooperação estatal e a falta de mecanismos coercitivos persistiram. A continuidade desses entraves institucionais, mesmo após a mudança normativa, configura um novo exemplo de drift, no qual a adaptação formal não se traduziu em mudança efetiva diante de um cenário profundamente alterado.

A gestão da pandemia de H1N1 (2009–2010) influenciou diretamente a resposta da OMS à COVID-19, revelando um processo de *conversion* institucional. Na ocasião, a organização foi criticada por declarar uma pandemia rapidamente, o que gerou acusações de exagero e conflitos de interesse com a indústria farmacêutica. Esse histórico contribuiu para que, na pandemia da COVID-19, a OMS hesitasse em declarar a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), mesmo quando os critérios técnicos já estavam presentes, como apontado pelo Painel Independente para a Preparação e Resposta à Pandemia (IPPR). Essa hesitação reflete uma conversão de significado institucional: as normas do RSI

foram reinterpretadas com base em uma racionalidade mais cautelosa e defensiva, visando proteger a imagem da organização. Como resultado, o sentido original da norma — garantir uma resposta rápida e preventiva — foi distorcido por uma lógica política de contenção de danos reputacionais.

As dificuldades da OMS na pandemia de COVID-19 também repetiram padrões já observados durante a epidemia de Ebola (2014–2016), especialmente no que diz respeito à lentidão na resposta e à falta de coordenação entre os níveis organizacionais. Naquela ocasião, a OMS foi amplamente criticada por demorar a declarar a emergência internacional e por centralizar excessivamente as decisões políticas, negligenciando os determinantes sociais da epidemia. Como reação, propôs-se a criação do Programa de Emergências Sanitárias, além de outras reformas institucionais. Contudo, a maioria dessas medidas não foi plenamente implementada antes de 2020. Durante a COVID-19, as mesmas falhas reapareceram, o que caracteriza outro caso de drift, em que o novo contexto pandêmico exigia maior agilidade, mas os processos decisórios da organização permaneceram rigidamente ancorados em estruturas anteriores. Em contraste, países afetados pelo Ebola, como Libéria e Serra Leoa, apresentaram respostas mais eficientes à COVID-19, demonstrando que o aprendizado institucional local pode superar as limitações da governança global.

Além das recorrências nas respostas às epidemias, a OMS enfrenta desafios estruturais persistentes que limitam sua capacidade de cumprir plenamente seu mandato. O financiamento da organização é um dos pontos mais críticos: a redução das contribuições fixas dos Estados-membros e a dependência de doações voluntárias “carimbadas” por interesses específicos distorcem suas prioridades e aumentam a influência de atores privados. Soma-se a isso a fragilidade da transparência institucional, marcada por denúncias de conflitos de interesse de especialistas, falta de clareza nos critérios para declaração de emergências e na composição dos Comitês de Emergência. Essas fragilidades dificultam a responsabilização da organização e comprometem sua legitimidade política, alimentando a percepção de que a OMS é vulnerável a pressões externas e internas.

Outro fator limitante é a soberania dos Estados-membros, que frequentemente impõem barreiras à atuação coordenada da OMS, sobretudo no reporte de surtos e no compartilhamento de dados sensíveis. A OMS não possui poder coercitivo para obrigar os Estados a cumprirem suas obrigações sanitárias internacionais, e a lógica da soberania

nacional, combinada com o medo de repercussões econômicas, inibe uma resposta mais célere e cooperativa. Esse padrão se soma à crescente “securitização” da saúde global, na qual as epidemias são tratadas como ameaças existenciais, favorecendo estratégias de contenção territorial e exclusão, em detrimento da abordagem estrutural centrada nos determinantes sociais da saúde. Essa tendência reforça a ideia de que a OMS, mesmo quando bem-intencionada, opera em um ambiente internacional dominado por interesses estratégicos conflitantes.

Diante desses limites, as reformas em curso devem ser ambiciosas, priorizando não apenas ajustes técnicos, mas uma reconfiguração política e ética da governança sanitária global. O novo tratado internacional sobre pandemias, em negociação desde 2021, precisa incorporar um enfoque de direitos humanos, reconhecendo a indissociabilidade entre medidas de contenção e garantias sociais, o acesso universal a tecnologias e a flexibilização das normas de propriedade intelectual. É igualmente essencial fortalecer a capacidade institucional da OMS com financiamento sustentável, mecanismos robustos de transparência e responsabilização (como uma Revisão Periódica Universal), e garantias de independência frente ao setor privado e aos interesses geopolíticos.

Por fim, a OMS só poderá cumprir efetivamente seu papel na saúde global se enfrentar os determinantes sociais das epidemias e superar o egoísmo nacional que tem caracterizado a governança internacional. Isso implica articular respostas biomédicas a políticas públicas que enfrentem desigualdades estruturais, precariedade dos sistemas públicos de saúde e exclusão social. Reforçar a solidariedade internacional e priorizar os bens comuns globais sobre interesses nacionais de curto prazo é uma condição essencial para garantir que a OMS esteja preparada para futuras pandemias. A COVID-19 expôs não apenas os limites operacionais da organização, mas as profundas fissuras políticas de um sistema multilateral marcado por assimetrias históricas. Superá-las exigirá vontade política, justiça social e um compromisso renovado com a cooperação internacional.

REFERÊNCIAS

BIEHL, Joao. **Pharmaceuticalization: Aids Treatment and Global Health Politics**. *Anthropological Quarterly* 80 (4): 1083–1126. 2007.

BOURDELAIS, Patrice. **The COVID-19 pandemic in historical perspective**. *Historical Social Research* / Historische Sozialforschung. Supplement, n. 33, p. 302–315, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12759/hsr.suppl.33.2021.302-315>.

BURKLE, Frederick M. **Global health security demands a strong International Health Regulations treaty and leadership from a highly resourced World Health Organization**. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, v. 9, n. 5, p. 568–580, 2015. DOI: 10.1017/dmp.2015.26.

CENTRE FOR CONFLICT RESOLUTION. **Accelerating the Response to HIV/AIDS: The Role of the UN. HIV/AIDS AND MILITARIES IN SOUTHERN AFRICA**, Centre for Conflict Resolution, 2006, pp. 31–33. JSTOR, <http://www.jstor.org/stable/resrep05150.10>.

CHAN, Margaret. **Learning from Ebola: readiness for outbreaks and emergencies**. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 93, p. 818-818A, 2015. DOI: 10.2471/BLT.15.165720.

COHEN, Deborah; CARTER, Philip; **Conflicts of interest. WHO and the pandemic flu "conspiracies"**. *BMJ (Clinical research ed.)* vol. 340 c2912. 3 Jun. 2010, doi:10.1136/bmj.c2912

CONTAGION LIVE. **Historical perspective: lessons from SARS-CoV-1**. 2020. Disponível em: <https://www.contagionlive.com/view/historical-perspective-lessons-from-sars-cov-1>. Acesso em: 17 jun. 2025.

CUETO, M.; BROWN, T.; FEE, E. **The World Health Organization: A history**. Cambridge: Cambridge University Press, 2019. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=kG2MDwAAQBAJ>. Acesso em: 16 jun. 2025.

DAVIES, Sara E.; WENHAM, Clare. **Why the COVID-19 response needs International Relations**. *International Affairs*, v. 96, n. 5, p. 1227–1251, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/ia/iaa135>.

DIAS, Luiz Carlos. **Coalizão Covax e a disputa mundial pelas vacinas contra Covid-19**. *Jornal da Unicamp*, Campinas, 28 de setembro de 2020. Disponível em: <https://unicamp.br/unicamp/ju/artigos/luiz-carlos-dias/coalizao-covax-e-disputa-mundial-pelas-vacinas-contra-covid-19>. Acesso em: 25 jun. 2025.

FIDLER, David P. **SARS, governance and the globalization of disease**. *Asian Perspective*, v. 27, n. 1, p. 37-60, 2003. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/24590530>. Acesso em: 17 jun. 2025.

GOMES TEMPORÃO, J. **As pandemias de H1N1 (2009) e COVID 19 (2020) no Brasil: uma visão comparativa**. *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. 15, n. 1, 2021. DOI: 10.47692/cadhistcienc.2021.v15.36746. Disponível em:

<https://periodicos.saude.sp.gov.br/cadernos/article/view/36746>.

GOODMIN, K. **The World Health Organization and the Emergence of HIV/AIDS.** *The Mirror - Undergraduate History Journal*, 41(1), 86–94. 2021. Retrieved from <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/westernmirror/article/view/15740>

GOSTIN, Lawrence O. et al. **Ebola: a crisis in global health leadership.** *The Lancet*, v. 384, n. 9951, p. 1323–1325, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61764-2.

GOSTIN, Lawrence O. **The Future of the World Health Organization: Lessons Learned From Ebola.** *Milbank Quarterly*, v. 93, n. 3, p. 475–479, 2015. DOI: 10.1111/1468-0009.12134.

KAMRADT-SCOTT, Adam. **What Went Wrong? The World Health Organization from Swine Flu to Ebola.** *Political Mistakes and Policy Failures in International Relations* 193–215. 9 Outubro. 2017, doi:10.1007/978-3-319-68173-3_9

KAVANAGH, Matthew M.; GOSTIN, Lawrence O. **The World Health Organization's momentous struggle to respond to the AIDS pandemic.** *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 108, n. 10, p. 1272–1273, 2018. DOI: 10.2105/AJPH.2018.304653.

KAVANAGH, Matthew M.; SINGH, Renu; PILLINGER, Mara. **Playing politics: the World Health Organization's response to COVID-19.** In: GREER, Scott L. et al. (org.). *Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19.* Ann Arbor: University of Michigan Press, 2021. p. 35–50. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.3998/mpub.11927713.4>.

KAZANJIAN, Powell. **The AIDS Pandemic in Historic Perspective.** *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, vol. 69, no. 3, 2014, pp. 351–82. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/24631705>.

KIM, Young Soo. **World Health Organization and Early Global Response to HIV/AIDS: Emergence and Development of International Norms.** *Journal of International and Area Studies*, vol. 22, no. 1, 2015, pp. 19–40. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/43490278>.

KOMADINA, Naomi et al. **A historical perspective of influenza A(H1N2) virus.** *Emerging infectious diseases* vol. 20,1 (2014): 6-12. doi:10.3201/eid2001.121848

LAM, Wai Fung. **SARS chronology.** In: LAM, Wai Fung. *Managing SARS in Hong Kong: institutional resilience in public health crisis.* Hong Kong: Asia Global Institute, 2020. p. 4-9. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/resrep27830.4>. Acesso em: 17 jun. 2025.

LAM, Wai Fung. **The SARS Coronavirus (SARS-CoV).** In: LAM, Wai Fung. *Managing SARS in Hong Kong: institutional resilience in public health crisis.* Hong Kong: Asia Global Institute, 2020. p. 25-35. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/resrep27830.25>. Acesso em: 17 jun. 2025.

LEE, Kelley; PANG, Tikki. **The impact of SARS.** In: PEI, Minxin; KAHN, Joseph. *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak: Workshop Summary.* Washington, D.C.: National Academies Press, 2004. p. 72-88. Disponível em:

<https://www.jstor.org/stable/j.ctt24h9qh.10>. Acesso em: 17 jun. 2025.

LIDÉN, J. **The World Health Organization and Global Health Governance: post-1990**. Centre on Global Health Security, Chatham House, 10 St James's Square, London SW1Y 4LE, United Kingdom, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.010>.

LOWCOCK, Elizabeth C et al. **The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity**. *American journal of public health* vol. 102,8, 2012: e51-8. doi:10.2105/AJPH.2012.300814

MACKEY, Tim K; LIANG, Bryan A. **Lessons from SARS and H1N1: employing a WHO–WTO forum to promote optimal economic–public health pandemic response**. *Global Health Governance*, v. 3, n. 2, p. 1-21, 2010. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41342713>. Acesso em: 17 jun. 2025.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel. **Responding to HIV/AIDS: A Historical Perspective**. *Health and Human Rights*, vol. 2, no. 4, 1998, pp. 5–8. *JSTOR*, <https://doi.org/10.2307/4065182>.

MCCARTHY, M. **A brief history of the World Health Organization**. *The Lancet*, v. 360, n. 9340, p. 1111-1112, 12 out. 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11244-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11244-X). Acesso em: 16 jun. 2025.

MOREIRA, R. S.; SANTOS, L. F. R.; SOUSA, M. H. O. **Organização Mundial da Saúde: origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19**. *Estudos Universitários: revista de cultura*, v. 37, n. 1 e 2, p. 112-134, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-331X00168121>. Acesso em: 16 jun. 2025.

MOON, Suerie; KICKBUSCH, Ilona. **A pandemic treaty for a fragmented global polity**. *The Lancet Public Health*, v. 6, n. 6, p. e355–e356, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00103-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00103-1).

NUNES, João. **Ebola and the production of neglect in global health**. *Third World Quarterly*, v. 37, n. 3, p. 542–556, 2016. DOI: 10.1080/01436597.2015.1124724.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **History**. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/about/history>. Acesso em: 16 jun. 2025.

NUNES, João. **A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 1–5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063120>.

ONU Brasil. **Diretora-Geral da OMS refuta conflito de interesses na administração da pandemia do H1N1**. Brasília: Nações Unidas Brasil, 8 jun. 2010. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/66829-diretora-geral-da-oms-refuta-conflito-de-interesses-na-administra%C3%A7%C3%A3o-da-pandemia-do-h1n1>. Acesso em: 28 jun. 2025.

PARK, Chulwoo. **Lessons learned from the World Health Organization's late initial response to the 2014-2016 Ebola outbreak in West Africa**. *Journal of Public Health in Africa*, v. 13, n. 1, p. 1254, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4081/jphia.2022.1254>.

PAVANELLI, J. M. M. et al. **An institutional framework for energy transitions: Lessons from the Nigerian electricity industry history.** *Energy Research & Social Science*, v. 97, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.erss.2023.102994>. Acesso em: 16 jun. 2025.

PILLINGER, Mara. **The World Health Organization's response to Covid-19.** *Great Decisions*, p. 77–90, 2021. Publicado pela Foreign Policy Association. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.2307/27211706>.

ROCKMAN, Steven et al. **Global Pandemic Preparedness: Optimizing Our Capabilities and the Influenza Experience.** *Vaccines* vol. 10,4 589. 12 Apr. 2022, doi:10.3390/vaccines10040589

ROSADO, R. A. B. C.; CANELLAS, L. F.; IGARI, A. T. **Restrição e facilitação dos deslocamentos humanos entre Estados: mudanças institucionais que originaram o ACNUR e a incorporação dos apátridas ao seu mandato.** *Revista de Estudos Internacionais*, v. 14, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2236-4811.v14n2>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SEKALALA, Sharifah; HARRINGTON, John. **Communicable diseases, health security, and human rights: From AIDS to ebola.** In: HARRINGTON, John; STAMPER, Jeff (org.). *The Oxford Handbook of Global Health Law*. Oxford: Oxford University Press, 2019. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85111799713>. Acesso em: 16 jun. 2025.

SHADLEN, Kenneth C. **The Political Economy of AIDS Treatment: Intellectual Property and the Transformation of Generic Supply.** *International Studies Quarterly*, vol. 51, no. 3, 2007, pp. 559–81. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/4621728>. Accessed 28 June 2025.

TIRADO, Francisco *et al.* **The global condition of epidemics: Panoramas in A (H1N1) influenza and their consequences for One World One Health programme.** *Social Science & Medicine*, [S. l.], v. 129, p. 113–122, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.003>.

THE INDEPENDENT PANEL FOR PANDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE. **COVID-19: Make it the Last Pandemic.** Geneva: Independent Panel, 2021. Disponível em: <https://theindependentpanel.org>. Acesso em: 22 jun. 2025.

VELÁSQUEZ, Germán. **O gerenciamento da pandemia da gripe A (H1N1): uma visão alternativa.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 108–136, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i2p108-136>.

VENTURA, D. F.; PEREZ, F. A. **Crise e reforma da Organização Mundial da Saúde.** *Lua Nova*, São Paulo, n. 92, p. 45-77, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-331X00168121>. Acesso em: 16 jun. 2025.

VENTURA, Deisy; KARMY, Mariana F. N.; ANDRADE, Flávia D. **Ebola e a política da saúde global: os desafios para a governança sanitária internacional.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. e00033316, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00033316.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima et al. **Desafios da pandemia de COVID-19: por uma**

agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 1–6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040620>.

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, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00168121>. Acesso em: 16 jun. 2025.

YOUDE, Jeremy. **The World Health Organization and global health governance: post-1990.** Public Health, v. 128, n. 2, p. 149-153, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350613002692>. Acesso em: 17 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Origin of SARS-CoV-2.** [Geneva]: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/resrep28126>.