Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade

RISCO, SEGURANÇA E NEGLIGÊNCIA NA AGENDA DA SAÚDE GLOBAL: UMA ABORDAGEM CRÍTICA DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL

Risk, security and negligence in the global health agenda: a critical approach to the Public Health Emergencies of International Concern

VERSÃO REVISADA

Candidato: Leandro Luiz Viegas

Orientadora: Deisy de Freitas Lima Ventura

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Risco, segurança e negligência na agenda da saúde global: uma abordagem crítica das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional

Leandro Luiz Viegas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Políticas, sistemas e instituições internacionais de saúde global e ambiente sustentável

Orientadora: Deisy de Freitas Lima Ventura

São Paulo
2022

Risco, segurança e negligência na agenda da saúde global: uma abordagem crítica das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional

Leandro Luiz Viegas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade para a obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Políticas, sistemas e instituições internacionais de saúde global e ambiente sustentável

Orientadora: Deisy de Freitas Lima Ventura

São Paulo

2022

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.

Catalogação da Publicação
Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Viegas, Leandro Luiz
Risco, segurança e negligência na agenda da saúde global: uma abordagem crítica das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional / Leandro Luiz Viegas; orientadora Deisy de Freitas Lima Ventura. -- São Paulo, 2022.
238 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022.

1. Organização Mundial da Saúde. 2. Saúde Global. 3. Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional. 4. Direitos Humanos. 5. Direito Internacional. I. Ventura, Deisy de Freitas Lima, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Inicio estes agradecimentos à minha orientadora, Professora Deisy Ventura, pela tremenda doçura e firmeza com as quais me acolheu desde o início deste percurso, pela clareza e direção na condução deste trabalho, pelo exemplo de mulher e cidadã nos embates sobre saúde pública e na defesa de democracia, e pela generosidade com qual reafirmou tantas vezes que eu seria capaz de concluir esta tese;

Ao Prof. João Nunes, meu coorientador e preceptor na Universidade de York, que me ajudou a explorar tantas perspectivas no campo crítico da saúde global e da segurança sanitária e que me recebeu generosamente no período de "doutorado sanduíche" na Inglaterra;

À Prof. Gabriela di Giulio, que me ensinou a enxergar as dinâmicas da construção da percepção de risco e as pontes entre as questões de saúde global e a causa da sustentabilidade;

Aos professores Henrique Zeferino Nunes, da Universidade Federal da Paraíba, a Gustavo Matta, da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, que, juntamente com a professora Gabriela Di Giulio e professor João Nunes, compuseram a minha banca de defesa do doutorado e promoveram um debate rico e esclarecido sobre o texto desta tese, que viabilizou a complementação deste trabalho;

À Professora Helena Ribeiro e os demais professores do Programa em Saúde Global e Sustentabilidade que, no início do doutorado, me apresentaram as bases do nosso campo de pesquisa;

Aos inúmeros colegas da Faculdade de Saúde Pública, que passaram tão rapidamente na minha experiência, mas que deixaram sua marca em cada diálogo;

Aos amigos e, também, colegas de jornada Indiara Gonçalves, Jordão Horácio e Roberta de Freitas, que, tendo sido admitidos no Programa, insistiram para que eu continuasse minha carreira acadêmica na Faculdade de Saúde Pública da USP;

À amiga Aline Nóbrega, que me acolheu tão generosamente nas inúmeras passagens por São Paulo, quando discutíamos os avanços da pesquisa e as perspectivas de conclusão do doutorado;

Ao Embaixador Felipe Fortuna, chefe e amigo, que acreditou nas ideias ainda desconstruídas do início da pesquisa e me apoiou na busca de outros horizontes;

À querida amiga Lauren Avery, que aqueceu o meu coração e tornou os meus dias mais ilur ; nos encontros em York e Leeds;

Aos meus colegas da Coordenação-Geral de Cooperação Multilateral do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações, Carlos Matsumoto, Renata Vieira, Marcus Moraes, Alexandre Tomio, Eneida Zanquetta, Camilla Tertuliano, Polyanna Martins, Cleo, Elaine, Miriam e Zezé, que suportaram com resignação quatro anos de muitos questionamentos e me apoiaram em cada nova curva deste caminho;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que viabilizou a bolsa de doutorado sanduíche entre os anos 2019 e 2020, com a qual pude desenvolver parte substantiva desta tese;

Aos meus irmãos Gisa, Nando e Liloca, por acharem loucura dedicar 4 anos da minha vida ao desenvolvimento deste trabalho, sem nunca deixarem de me estimular a seguir adiante e a alcançar este propósito;

Ao meu marido Leandro Bessa, por ter sido o primeiro a me apoiar na decisão de encarar o doutorado, pelas trocas diárias de ideias sobre as descobertas e as angústias da pesquisa, por me oferecer a mão firme nos momentos de perturbação e me acompanhar com tranquilidade e de olhos e ouvidos atenciosos até o último ponto desta tese;

Aos meus pais, Claudio e Celina, por toda uma vida de dedicação à formação das minhas bases moral e intelectual, pela desmedida generosidade com que apoiam todas as iniciativas de crescimento pessoal, pela confiança que me oferecem em todos os projetos e por estarem presentes em todos os momentos; e

A Deus, acima de tudo, pela grandiosidade da Vida e pela valiosa oportunidade de crescimento e iluminação que encontrei neste doutorado.

Aos meus pais,

Ao Leandro Bessa, com amor,

Ao saudoso Sr. Wanderley, símbolo de nossa luta.

LISTA DE SIGLAS

ACT	*Access to covid-19 Tools*
AMS	Assembleia Mundial da Saúde
BM	Banco Mundial
CD	Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde
CDC	Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América
CE	Comitê de Emergência
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
COI	Comitê Olímpico Internacional
covid-19	Doença do Coronavírus SARS-Cov-2
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
cVDPV	Poliovírus Derivados de Vacinas
DG	Diretoria-Geral da Organização Mundial da Saúde
EB	Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde
EBV	Ebola Vírus
EPI-WIN	Rede de Informação para Epidemias da Organização Mundial da Saúde
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
EUA	Estados Unidos da América
GHSA	Agenda da Segurança da Saúde Global
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
ILI	Doenças Semelhantes à Influenza
MERS-CoV	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MINUAUCE	Missão das Nações Unidas para a Resposta à Emergência do Ebola
MS	Ministério da Saúde do Brasil
OCDE	Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIE	Organização Mundial de Saúde Animal
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PFN	Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional
PIB	Produto Interno Bruto
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Humanos, Sociais e Culturais
PR	Presidência da República do Brasil
RDC	República Democrática do Congo
RPU	Revisão Periódica Universal do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas

RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARI	Infecções Respiratórias Agudas Severas
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda pelo Novo Coronavírus
SCZ	Síndrome Congênita do Zika
SG	Secretaria-Geral das Organização das Nações Unidas
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
SPAR	Relatório Anual dos Estados Partes da Organização Mundial da Saúde
TRIPS	Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio
VOP	Vacina Oral da Poliomielite
ZIKV	Zika Vírus

Viegas, LL. Risco, segurança e negligência na agenda da saúde global: uma abordagem crítica das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2022.

Resumo

A declaração da emergência do vírus Zika, em 2016, suscitou o interesse em compreender a razão pela qual determinados problemas de saúde são elevados à escala de emergências sanitárias globais, enquanto outros, de maior abrangência, não alcançam igual projeção. Este trabalho teve por objetivo compreender o processo decisório referente à declaração de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIIs) pela Diretoria-Geral (DG) da Organização Mundial da Saúde (OMS), por recomendação dos Comitês de Emergência (CE). Preconizando o atual sistema de declaração de emergências internacionais de saúde como insipiente e opaco, buscamos investigar as dinâmicas de produção de negligências e vulnerabilidades ao situar a análise crítica da covid-19 na perspectiva das ESPIIs anteriores, com o fim de destacar aspectos teóricos, empíricos e normativos pouco mencionados no debate acadêmico. A tese estrutura-se em uma coletânea de três artigos que dialogam entre si. No primeiro, a partir da emergência do Zika, discutiram-se as bases teóricas relacionadas à definição de prioridades da agenda da saúde global para compreender por que alguns problemas de saúde são elevados à condição de ESPIIs e outros são mantidos na condição de negligência, identificando-se os pontos de tensão, exclusão e desigualdade que permeiam a construção dessas emergências. No segundo artigo, analisou-se a composição de todos os CEs e suas respectivas declarações, para buscar eventuais expressões de interesses que levassem à declaração de uma ESPII e fatores que potencialmente relacionados à amplificação da percepção do risco dos eventos em saúde. O último artigo debruçou-se sobre a proposta de negociação de um novo instrumento internacional para a preparação e a resposta a surtos pandêmicos e propôs uma perspectiva de direitos humanos que resguarde as prerrogativas individuais frente às medidas extraordinárias adotadas pelos Estados. Analisou-se as principais propostas sobre o novo pacto internacional, que foram classificadas em quatro categorias: ajustes tecnocráticos, mecanismos de transparência e controle, poderes coercitivos para a OMS ou para uma nova agência, e a necessidade da indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social. Da leitura dos três artigos, espera-se depreender uma crítica da atual governança global da saúde que aponte os limites e as potencialidades da atuação da OMS.

Palavras-chave: Organização Mundial da Saúde; Saúde global; Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional; Direitos Humanos; Direito Internacional.

Viegas, LL. Risk, security and negligence in the global health agenda: a critical approach to the Public Health Emergencies of International Concern [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2022. Portuguese.

Abstract

The declaration of an emergency for the Zika virus in 2016 has arouse the interest in comprehending the reasons why certain health issues are elevated to the scale of a global health emergency, whilst others, of greater impact, do not reach such a projection. This work aims at investigating the decision-making process regarding the declaration of a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) by the World Health Organization's (WHO) Director-General (DG), under recommendation of an Emergency Committee (EC). By assuming that the current system for declaring international health emergencies is incipient and opaque, we seek to investigate the dynamics regarding the production of negligence and vulnerability. We focus the critical analysis of covid-19 into the perspective of the previous PHEICs to highlight the theoretical, empirical, and normative aspects that are not usually mentioned in the academic debate. This thesis is structured as a collection of three articles that dialogue among them. On the first, based on the emergency of Zika, we discuss the theorical basis that help define priorities in the global health agenda in order to understand why some health problems are elevated to the condition of a PHEIC and other are kept in the condition of negligence. We seek to identify the points of tension, of exclusion, and of inequality that permeate the construction of these emergencies. On the second article, we analyze the composition of every EC and their respective declarations, to search for any expression of interests that might lead to the declaration of a PHEIC, and the factors that may be potentially related to the amplification of the risk perception of health events. In the last article, we elaborate on the proposal of negotiating a new international instrument for preparedness and response to pandemic outbreaks and propose a human rights perspective to help safeguard the individual prerogatives against the extraordinary measures adopted by States. We analyze the main proposals regarding the new international pact, which were classified into four categories: technocratic adjustments, transparency and control mechanisms, coercive powers for WHO or for a new agency, and the need for the indissociation between quarantine and social protection measures. By reading the three articles altogether, we expect to provide a critique to the current global health governance that is ablet to highlight the limits and the potentialities of WHO's practice.

Key words: World Health Organization; Global Health; Public Health Emergency of International Concern; Human Rights; International Law.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12

RELAÇÃO ENTRE OS ARTIGOS PRESENTES NO CORPO DA TESE 24

ARTIGO 1 29

UMA LEITURA CRÍTICA DAS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE GLOBAL: A EPIDEMIA DE ZIKADE 2016 29

INTRODUÇÃO 29
A EPIDEMIA DE ZIKA DE 2016 NO BRASIL 31
INCERTEZA, RISCO E MEDO: A ASSOCIAÇÃO ENTRE ZIKA E SÍNDROMES CONGÊNITAS 32
A EMERGÊNCIA INTERNACIONAL 34
OS FINS DA EMERGÊNCIA 35
A ESPII E SUA DIMENSÃO POLÍTICA 36
A ESPII RELACIONADA AO ZIKA VÍRUS 38
CONCLUSÃO: RISCO, SEGURANÇA E NEGLIGÊNCIA 40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 42

ARTIGO 2 46

A DECLARAÇÃO DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: ANÁLISE CRÍTICA DA COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS DE EMERGÊNCIAS E DE SUAS DECLARAÇÕES PÚBLICAS 46

INTRODUÇÃO 46
1. A COMPOSIÇÃO DOS CES 50
2. AS DECLARAÇÕES DOS CES 63
3. AS ESPIIS SOB A ÓTICA DOS ESTUDOS DE RISCO E DE SUA PERCEPÇÃO SOCIAL 93
CONCLUSÕES 101

ARTIGO 3 102

A PROPOSTA DE CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE A RESPOSTA ÀS PANDEMIAS: EM DEFESA DE UM TRATADO DE DIREITOS HUMANOS PARA O CAMPO DA SAÚDE GLOBAL 103

THE PROPOSAL FOR AN INTERNATIONAL CONVENTION ON THE RESPONSE TO PANDEMICS: IN DEFENSE OF A HUMAN RIGHTS TREATY FOR GLOBAL HEALTH 119

CONSIDERAÇÕES FINAIS 132

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLETAS 140

ANEXO I - ATORES NÃO-ESTATAIS COM RELAÇÕES OFICIAIS COM A OMS REGISTRADOS NA SESSÃO ESPECIAL DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE 160

ANEXO II – COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS DE EMERGÊNCIA 165

Tabela 1 - Comitê de Emergência relativo à Pandemia de Gripe A H1N1 2009 165
Tabela 2 - Comitê de Emergência relativo à Disseminação do Vírus da Poliomielite 167
Tabela 3 - Comitê de Emergência relativo ao Surto de Ebola Vírus na África Oriental 171
Tabela 4 - Comitê de Emergência Relativo à Síndrome Respiratória do Oriente Médio Causada pelo Coronavírus (MERS-CoV) 175

Tabela 5 - Comitê de Emergência relativo aos clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com Zika vírus / Comitê de Emergência relativo ao Zika vírus e ao aumento observado de desordens neurológicas e malformações neurológicas.....179
Comitê de Emergência relativo aos clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com Zika vírus / Comitê de Emergência relativo ao Zika vírus e ao aumento observado de desordens neurológicas e malformações neurológicas.....179
Tabela 6 - Comitê de Emergência relativo à Febre Amarela..... 183
Tabela 7 - Comitê de Emergência relativo à Doença do Ebola Vírus na República Democrática do Congo (Equateur) 185
Tabela 8 - Comitê de Emergência relativo à Doença do Ebola Vírus na República Democrática do Congo (Kivu e Ituri)..... 1 8
Tabela 9 - Comitê de Emergência relativo ao surto do novo coronavírus 2019-nCoV / Comitê de Emergência relativo à pandemia da doença do coronavírus..... 192
Tabela 10 - Recorrências..... 199

ANEXO III - DECLARAÇÕES DOS COMITÊS DE EMERGÊNCIAS..... 200

Tabela 11 - Comitê de Emergência de Saúde Pública sobre a pandemia de Gripe A (H1N1) 2009 . 201
Tabela 12 - Comitê de Emergência de Saúde Pública sobre a disseminação do vírus da poliomielite 202
Tabela 13 - Comitê de Emergência para o surto do Ebola vírus na África Oriental 213
Tabela 14 - Comitê de Emergência para os clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com o Zika vírus / Comitê de Emergência sobre o Zika vírus e o aumento observado de desordens neurológicas e mal-formações neurológicas 217
Tabela 15 - Comitê de Emergência sobre a doença do Ebola vírus na República Democrática do Congo (Kivu e Ituri).....221
Tabela 16 - Comitê de Emergência relativo ao surto do novo coronavírus 2019-nove / Comitê de Emergência sobre a Pandemia da doença do coronavírus 224
Tabela 17 - Comitê de Emergência relativo à Síndrome Respiratória do Oriente Médio causada pelo coronavírus (MERS-CoV)..... 232
Tabela 18 - Comitê de Emergência relativo à Febre Amarela..... 237
Tabela 19 - Comitê de Emergência sobre a doença do Ebola vírus na República Democrática do Congo (Equateur) 238

INTRODUÇÃO

No momento em que esta tese foi concluída, mais de 360 milhões de pessoas já haviam sido infectadas pelo SARS-CoV-2 no mundo, dentre as quais cerca de 5,6 milhões perderam a vida. A covid-19 é a pandemia que alcançou maior dimensão na história recente da humanidade, tanto de forma tangível (distribuição geográfica, número de casos e óbitos) como no que se refere à repercussão em todos os setores da vida social (narrativas, regulamentação, conflitos). Os esforços dos governos nacionais no sentido de debelar o avanço da doença foram erráticos, seja na adoção de medidas não-farmacológicas – como o distanciamento físico, o uso de máscaras e o uso de álcool em gel – seja, mais tarde, nas campanhas de vacinação em massa das populações. A crise gerada pela covid-19 foi aguçada pela profusão de inverdades e atitudes negacionistas, além da busca incansável por lucro por parte dos laboratórios farmacêuticos, o que, até então, tem contribuído para a notória manutenção de regiões inteiras com pouca ou nenhuma vacinação. Em vista disso, a pandemia não dá sinais de que será facilmente superada no curto prazo.

O surgimento da covid-19 teve incidência direta em minha vida, nos planos objetivo e subjetivo, desde as primeiras notificações à Organização Mundial da Saúde (OMS) de que um evento extraordinário, com potencial de disseminação internacional, havia surgido em Wuhan, capital de Hubei, na região central da China, por volta da virada do ano em 2019. Objetivamente, do ponto de vista técnico-administrativo, a pandemia de covid-19 se enquadra na categoria das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), figura instituída pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005), pilar do arcabouço de segurança da saúde global e objeto central de minha pesquisa do doutorado. Subjetivamente, a pandemia trouxe à tona vários dos temas que me são caros desde o início do meu envolvimento com a saúde pública, que se mistura com a minha própria história.

Minhas primeiras memórias como criança envolvem as idas à sede do Banco Central, em Brasília, onde trabalhava minha mãe, e ao extinto Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), onde meu pai trabalhou durante quase a totalidade de seus 40 anos de carreira como médico pneumologista. Tenho muito claras as lembranças do ambulatório, onde eu e meus irmãos nos maravilhávamos com os aparelhos curiosos do local e nos divertíamos assistindo aos exames realizados por uma enfermeira, a Socorro, que, em alto e bom som, demandava que os doentes soprassem por um tubo para, o que fui saber só mais tarde, medir o comprometimento da capacidade respiratória. Desde aquela época, me perguntava o porquê de

tantas pessoas na sala de espera do consultório e das condições já precárias das instalações e equipamentos instalados no local. Faz parte de minha memória afetiva, ainda que de algum modo mórbida, o odor particular que rescendia nos corredores do HBDF, um misto de formol, fluidos, medicamentos e, por que não?, de morte. Enquanto meu pai me mostrava os diversos setores do Hospital, com seus especialistas, enfermeiros e assistentes como num verdadeiro formigueiro, eu me encantava com a quantidade de pessoas que o cumprimentavam pelos corredores e com a espécie de sintonia que transparecia na presença de meu pai naquele local. De todos os ambientes que eu visitava, nada me causava mais espanto e admiração que uma ida ao pronto-socorro. Ali, a miséria humana se apresentava em todas as faces.

Na adolescência, ao final do período escolar, quando passei a refletir sobre a profissão que queria para o futuro, cogitei algumas vezes me tornar médico. Diferente de outros lares, nunca houve da parte de meus pais nenhum tipo de pressão no sentido de um ou outro caminho. De meu pai, ouvia apenas (e ainda ouço, algumas vezes, mesmo no adiantado da vida) que eu deveria ser radiologista, profissão que, segundo ele, sofria de certa escassez de profissionais e que poderia me envolver com tecnologias de ponta, como as de imageamento. No entanto, sempre que alguma vontade de seguir o caminho da medicina ressurgia de alguma maneira, eu me recordava de um incidente ocorrido na infância, em que me acidentei gravemente numa porta de vidro e de onde criei verdadeira abjeção a sangue e cortes profundos. Para não perder a medicina de vista, seria preciso seguir um caminho alternativo.

Acabei cursando o bacharelado em Relações Internacionais e vindo a trabalhar na Assessoria internacional do Ministério da Ciência e Tecnologia, no início dos anos 2000. Uma insatisfação com o trabalho (que me ocorre com alguma frequência) me levou a buscar outros horizontes e, por intermédio de um grande amigo, acabei sendo cedido para o Ministério da Saúde, para assessorar o então Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos no campo da cooperação internacional em 2007. Nesse período, fui destacado para participar de uma negociação no âmbito da OMS para a formulação de uma resolução e de plano de ação sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual, marco para a promoção do acesso a medicamentos, vacinas e outros insumos de interesse para a saúde pública. A aprovação bem-sucedida da resolução e do plano de ação foram a ponte para meu maior envolvimento com a OMS, com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com todos os organismos internacionais em que houvesse debates envolvendo a saúde pública e, por tabela, a saúde global. Foi nesse período que conheci a ex-Diretora-Geral da OMS, Dra. Margaret Chan, figura simbólica para a minha carreira e minha pesquisa a partir de então.

Nesse momento, havia sido nomeado chefe da Divisão de Temas Multilaterais da Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA) do Ministério da Saúde, onde trabalhei por alguns anos. Ainda lembro do dia em que convidei meu pai para visitar o escritório que ficava no quarto andar do Ministério, com janelões voltados para o Palácio Itamaraty, o Congresso Nacional e o mastro da bandeira. Ao vê-lo com os olhos brilhando, senti que, embora eu não tivesse seguido sua carreira como médico, de alguma maneira, estava fazendo alguma contribuição à saúde pública, ainda que nos limites das minhas capacidades. Jurei que isso jamais sairia de mim.

Além das atividades regulares dos órgãos diretivos da OMS e da OPAS, passei a participar de outras negociações internacionais de destaque no campo da saúde pública, como as reuniões da Comissão Nacional para a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ) e das reuniões das Partes da Convenção (COP); de negociações no âmbito da Assembleia-Geral das Nações Unidas (AGNU). Não foram poucas as vezes em que participei do Conselho Executivo da OMS, do comitê sobre orçamento e da Assembleia Mundial da Saúde. Na OPAS, estive nas delegações ao Comitê Executivo, na comissão de orçamento e gestão e nos Conselhos Diretores. Em todas essas reuniões, negociávamos temáticas de todos os matizes, muitas vezes varando madrugadas e nos inúmeros *coffee-breaks*, almoços e jantares em que tínhamos a chance de coordenar posições com delegações estrangeiras fora do plenário. Também nesse período fui escalado para trabalhar em estreita colaboração com uma grande equipe da OMS para a organização da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, cuja declaração, em 2021, completou 10 anos. Em outra situação, fui designado para negociar a Declaração sobre Doenças Crônicas Não-Transmissíveis das Nações Unidas, em Nova York, onde me radiquei por alguns meses, em 2011.

Em 2009, durante as negociações sobre a gripe aviária H5N1, fomos surpreendidos pela pandemia da gripe H1N1, que pôs à prova o regime de preparação e resposta negociado até então, em particular o capítulo sobre acesso e repartição de benefícios oriundos de atividades de pesquisa e desenvolvimento com amostras dos vírus de gripe circulantes e de materiais biológicos. Pela primeira vez tive contato com uma ESPII em tempo real, estando muito próximo das instâncias decisórias do país, uma vez que, na condição de assessoria internacional do Ministério da Saúde, circulávamos não apenas entre o Ministro de Estado e os seus Secretários (que possuem status de vice-ministros) como também fazíamos a interlocução direta com a OMS e a OPAS sobre as medidas que o Brasil deveria seguir para combater o avanço do vírus na população brasileira. Diferentemente do que experimentamos com a covid-

19, o Governo federal à época, liderado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, e o Ministério da Saúde, então chefiado pelo Ministro José Gomes Temporão, estavam publicamente mobilizados e engajados no enfrentamento da pandemia de gripe H1N1 earticulados para colaborar com a OMS e a OPAS para oferecer o melhor disponível em termosde práticas de preparação e resposta como também na oferta de medicamentos e vacinas para apopulação brasileira. Apesar da gravidade da situação, a ação dos agentes públicos nos ofereciauma certa sensação de segurança.

Algum tempo mais tarde, em 2012, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) lançou edital para o mestrado profissional em saúde global e diplomacia da saúde. Senti que aquela era a hora de voltar para a academia e, como estava diretamente envolvido nas negociações sobre a reforma da OMS, decidi que esse seria o tema de minha dissertação. O caminho do mestrado não foi fácil, mas foi a primeira vez em que pude lançar um olhar acadêmico sobre um processo no qual eu estava totalmente envolvido.

A experiência do mestrado se tornou ainda mais intensa quando, no início de 2013, a pedido do então Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), fui destacado para me basear em Genebra, na sede da OMS, para servir como ponto focal do Brasil na *Global Health Workforce Alliance* (GHWA), para organizar a 3º Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, em Recife (PE). Pela primeira vez, saí da cadeira de delegação do Governo brasileiro para o assento do secretariado da organização que eu pensava conhecer a fundo. A experiência do outro lado do plenário me permitiu conhecer os meandros do processo decisório da OMS, seus ritmos, fluxos de recursos financeiros e humanos, atores prioritários e dinâmicas internas, o que trouxe alguma luz sobre as disputas de poder e sua incidência na definição das prioridades da organização. No retorno ao Brasil, o ano seguinte foidedicado à finalização do mestrado e marcou o final do meu ciclo de atuação no Ministério daSaúde. Apesar disso, a saúde pública nunca me deixou.

Em 2017, por insistência dos amigos Jordão Horácio, Indiara Gonçalves e Roberta Freitas, que viam a minha experiência pregressa do mestrado e a atuação no Ministério da Saúde como um potencial de contribuição para a pesquisa no campo saúde global, submeti um projeto de pesquisa para o Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da USP. Mesmo com a experiência turbulenta do mestrado, decidi que tomaria o período do doutorado como uma nova oportunidade de encantamento com a academia. Como ainda acompanhava o desenrolar das negociações sobre a reforma da OMS, pensei que deveria continuar pesquisando o assunto mais profundamente, mas, já na seleção, fui instado a mudar de tema caso houvesse interesse de minha parte. Em meio a uma viagem de férias, recebi com

grande alegria a notícia da aprovação no processo seletivo e, ainda maior, a de ter sido selecionado para ser orientado pela Profa. Deisy Ventura. Não imaginava que, ali, da mesma forma que meu objeto de pesquisa, minha vida daria uma grande virada.

Já na primeira reunião de orientação, Deisy voltou a sugerir a troca de tema de pesquisa e me apresentou a crise gerada pelo Zika vírus e pelas desordens neurológicas congênitas, um mundo totalmente inexplorado para mim, mas que, desde as primeiras leituras, me conquistou de corpo e alma. Ainda me lembro da emoção, dos calafrios e do incômodo que me causou um pequeno artigo da Profa. Débora Diniz sobre a situação das mulheres da periferia de Recife durante a epidemia de Zika vírus no Brasil e do desamparo em meio à emergência internacional declarada pela OMS. Sem perceber, me vi envolvido novamente com as ESPIIs e com os processos decisórios no seio da OMS e mergulhei num mundo de siglas, jargões, de vírus e outros patógenos que, desde então, passaram a fazer parte do meu vocabulário.

Já próximo à qualificação do projeto de tese, fui apresentado ao Prof. João Nunes, do Departamento de Política da Universidade de York, e grande especialista em segurança da saúde global, tema que permeia toda a minha pesquisa. Depois de nos conhecermos e de discutirmos minhas angústias quanto às limitações da minha pesquisa, tive a satisfação de fazer um "doutorado sanduíche", com financiamento da CAPES, na Universidade de York entre 2019 e 2020. A qualificação expôs os caminhos que eu ainda precisava trilhar e, apesar das orientações de Deisy e João, enfrentava dentro de mim uma insegurança que, aos poucos, cresceu em proporções com as quais não soube lidar.

No final de 2019, segui para a Europa junto com meu marido e companheiro Leandro Bessa, que também estava desenvolvendo sua pesquisa de doutorado e se aventurou no "doutorado sanduíche" no mesmo período que eu. Meu estágio seria em York, enquanto o dele seria em Paris, na Sorbonne. Foi nesse período em que uma condição clínica que eu enfrentava há uma década se agravou, talvez em função do clima do inverno, da distância da família ou do desafio do doutorado. A depressão, que há muito era uma companhia silenciosa, mas presente, voltou a se expressar primeiro na forma de cansaços e dores no corpo recorrentes, depois em noites mal dormidas e em inúmeras crises de pânico e no receio de estar em público. A crise veio realmente à tona com toda a intensidade quando o Prof. João me convidou para apresentar meu trabalho de pesquisa para o coletivo dos alunos do Departamento de Política da Universidade de York, num encontro realizado todas as semanas para discutir os avanços das pesquisas e para a sugestão de correções de rumo e de metodologias que agregariam qualidade ao trabalho. Dias antes da apresentação, em meio a uma tempestade de inverno, senti que não tinha condições de me expor em público e, depois de conversar longamente com João e Deisy,

entrei num processo de recolhimento para tentar reencontrar o meu caminho. Nesse mesmo período, a covid-19 havia sido declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS.

Esse evento ocorreu em meio aos primeiros sinais da crise que também viria a se instalar no mundo, em virtude da pandemia de covid-19. Pouco antes da data da minha apresentação, na chegada ao local onde me abrigava em York, percebi que um ônibus parava no estacionamento em frente e que dele descia um grande grupo de pessoas com traços de origem asiática, todos portando máscaras descartáveis. Pela minha vivência na OMS e nas diversas visitas que fiz à China, percebi que algo de anormal estaria ocorrendo, pois sabia que, nos países da Ásia, é costume usar máscara quando alguém não está se sentindo bem, como forma de evitar o contágio dos demais. No entanto, aquelas eram cerca de 40 pessoas provenientes do mesmo lugar e que estariam se instalando no mesmo local onde eu vivia.

Não por acaso, no final daquela semana, a Inglaterra registrava o seu primeiro caso de covid-19, identificado num estudante universitário chinês que havia passado as festas de fim de ano com os pais na China e tinha retornado a York na companhia deles e dos demais passageiros daquele emblemático ônibus. Apesar de habitar a residência estudantil no campus da Universidade, o estudante havia decidido passar alguns dias com os pais no mesmo local onde eu me instalava. Quando passou a manifestar os primeiros sintomas mais graves da doença, o estudante foi atendido por uma equipe médica especializada, e todo o local precisou ser isolado, evento exposto amplamente pela mídia. O fato de o estudante ter voltado doente da China para a Inglaterra reforçou, nos meios de comunicação e nas redes sociais, a associação entre a doença e indivíduos provenientes da Ásia. Só não fui isolado junto com os demais ocupantes do prédio porque, um dia antes do ocorrido, havia partido para Paris, onde a situação ainda parecia controlada.

No retorno à Inglaterra alguns dias mais tarde, a sensação de que a crise escalava era noticiada em toda a mídia e circulava entre familiares, amigos e colegas da Universidade. Embora ainda estivesse enfrentando a crise depressiva, tive um encontro com João para falar da pausa e da retomada da pesquisa, quando fomos surpreendidos pelo *lockdown* em toda a Europa, incluindo o Reino Unido, que acabava de deixar a União Europeia ao final do processo do *Brexit*. Diante dos rumores de um possível fechamento das fronteiras e da possibilidade de não poder encontrar o Leandro por tempo indeterminado, decidi seguir para Paris, onde permaneci até a retomada provisória das atividades e dos fluxos entre os países europeus e o Reino Unido, já próximo ao fim do estágio de pesquisa. Não por acaso, João também havia

partido para Portugal, ao encontro da esposa, onde também ficou impedido de retornar à Inglaterra até a retomada de suas atividades presenciais.

O período de agravamento da crise da covid-19, no início de 2020, foi marcado por diferentes estratégias de ação adotadas pelos governos nacionais em todo o mundo. Na Inglaterra, o Governo de Boris Johnson, primeiro-ministro daquele país, adotou a imunização de rebanho como medida de enfrentamento da pandemia, levando à contaminação de amplas parcelas da população e ao óbito de muitos dos acometidos pela doença. Nos EUA e no Brasil, assim como em outros países de espectro político de extrema-direita, o negacionismo quanto à gravidade da doença e à necessidade de medidas de distanciamento social, uso de máscaras e uso de álcool em gel, também permitiu que o vírus se infiltrasse na população e que avançasse sem medidas de controle eficaz.

Na França, a situação pareceu um pouco diferente de outros países. Logo depois de a covid-19 ter sido declarada "pandemia", no início de março de 2020, o então presidente francês Emmanuel Macron foi a público, em emissão direta em todos os canais de TV e nas redes sociais, para declarar guerra ao SARS-CoV-2 e à covid-19, utilizando-se de discurso recheado de figuras belicosas para justificar o *lockdown* que seria aplicado ao país a partir daquele momento. Desde então, passaríamos a viver em estrito confinamento, no qual apenas algumas pouquíssimas condições permitiriam a saída de casa, como a ida ao mercado e à farmácia, o acesso a atividades essenciais e os casos de contaminação pelo vírus. Para controlar o fluxo de pessoas, a polícia foi colocada nas ruas, vigiando os bairros de Paris e aplicando aos transeuntes que não portassem uma *Attestation de Déplacement Dérogatoire* uma multa de 300 euros. Definitivamente, o contexto não era convidativo para exceções. Por quase 3 meses, o presidente Macron valeu-se dos meios de comunicação para reiterar a necessidade do isolamento, apesar de atenuar, pouco a pouco, a linguagem de guerra que caracterizou as primeiras intervenções públicas. Passados mais de 70 dias, os franceses foram autorizados a circular livremente, com restrições relativas ao uso de máscara e ao distanciamento social, o que levou a algum nível de relaxamento quanto à vigilância da doença durante os meses do verão europeu até o início do outono seguinte.

No retorno ao Brasil, em setembro de 2020, tive um choque de realidade. Diferentemente dos controles a que estava habituado na Europa, por aqui, não só era evidente a resistência das pessoas em adotar as medidas de distanciamento físico e o uso de máscaras como também, da parte do Governo federal e, particularmente, do Presidente Jair Bolsonaro e equipe, o discurso prevalente era o do ataque aos Governadores que reforçassem a guarda contra a covid-19 e contra as primeiras vacinas que despontavam no mercado. Como consequência

dessa narrativa, nas festas de final de ano, em 2020, a apologia à liberdade levou as pessoas a se aglomerarem no Natal e no Réveillon e a relaxarem quanto à vigilância contra a doença.

Lamentavelmente, a combinação de discurso negacionista e de oposição à vacinação contra a covid-19 acabou chegando de forma brusca e repentina ao meu núcleo familiar. Meus sogros se contaminaram e, com apenas pouco mais de 60 anos, meu sogro não resistiu à doença e veio a falecer em fevereiro de 2021. A covid-19, que até então, rondava os meus círculos de convivência alternando-se entre formas leves ou mais insidiosas, acabou por fazer parte perene da minha história. Assim como tantas outras pessoas que vivem no Brasil, estou certo de que minha trajetória pessoal e profissional seria diferente se a ação do governo federal se alinhasse à tradição histórica do Brasil no enfrentamento de grandes epidemias e nas campanhas de vacinação em massa que caracterizam o Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde. A morte de meu sogro foi a gota d'água nas tensões ocasionadas pela covid-19 e me vi novamente prostrado, tomado por nova crise depressiva. Com a distância do tempo, percebo, hoje, que se juntavam ali todas as questões pelas quais sempre lutei, como a honestidade intelectual, o direito à saúde, o acesso a vacinas, medicamentos e tratamento adequado e a um ambiente democrático, que respeitasse a vida e a dignidade das pessoas. A depressão me impediu de seguir os trabalhos de pesquisa e de encerrar a tese, cujo depósito estava previsto para maio de 2021. Do mesmo modo que milhares de estudantes de pós-graduação confrontados à crise, no Brasil e no mundo, atingido nas dimensões individual e coletiva, não tinha forças para lutar.

Pouco depois, logo no início da campanha de vacinação, minha mãe foi acometida de uma doença grave, associada com a vacina, e que, por força dos cuidados que ela exigia, pareceu me trazer de volta à ativa. Aos poucos, fui tomando coragem para retomar minhas atividades e, em primeiro lugar, solicitei a prorrogação do prazo de depósito da tese. Em seguida, lutando contra todos os medos e frustrações, tive coragem para retomar contato com Deisy, que prontamente me encheu de tarefas que serviram para reunir os numerosos trabalhos esparsos que eu havia feito até então, e montarmos o primeiro artigo da tese, em parceria com uma referência dos direitos humanos na saúde, a Professora Miriam Ventura. Como se enxergasse uma potência dentro de mim, Deisy me guiou na busca para o conteúdo do nosso texto e me engajou novamente na pesquisa. Apesar de alguns revezes, conseguimos emplacar o primeiro artigo nos Cadernos de Saúde Pública e partimos em seguida para a produção dos dois outros artigos que comporiam a tese.

Concomitantemente a esse processo no plano pessoal, da parte da OMS e do regime global de vigilância em saúde, houve intensa mobilização de diversos atores desde o início de

2021, pela modificação das bases que hoje orientam a preparação e a resposta a pandemias. Motivados pelas manifestações do Conselho Europeu no sentido de uma revisão do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e das estruturas, dinâmicas e processos que orientam o sistema internacional frente a emergências sanitárias globais, foram produzidos três amplos relatórios de referência que propõem, entre outras iniciativas, a criação de um sistema global de preparação e resposta a pandemias robusto, capaz de assegurar que o mundo não esteja fragilizado ou vulnerável a outros eventos da mesma ou maior magnitude. Da parte da OMS, esses relatórios levaram os Estados-membros a aprovarem, durante a 74ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), em maio de 2021, a realização de uma AMS extraordinária, em novembro de 2021, para tratar das vantagens de se adotar um tratado, uma convenção ou qualquer outro instrumento internacional que reforçasse a capacidade da organização de se preparar e responder a uma pandemia de forma adequada. Enquanto preparo esta introdução, os Estados-membros já haviam se reunido duas vezes antes da Assembleia extraordinária para decidir sobre os métodos de trabalho e o escopo dos debates que deverão transcorrer dentro de alguns dias.

Entre as propostas de tópicos candentes para a negociação, encontram-se a criação de mecanismos de revisão nos países de políticas e práticas que assegurem a devida vigilância de eventos de interesse para a saúde pública. Esses mecanismos incluiriam, além da atestação pelos governos nacionais, a visita de peritos especializados delegados pela OMS ou por outra instância internacional reconhecida, para avaliar o progresso da implementação do RSI (2005) e/ou de outros instrumentos internacionais que operassem a serviço da preparação e da resposta a pandemias. As revisões e as visitas de peritos se assemelhariam, em alguma medida, ao que vigora nos regimes de direitos humanos e de atividades nucleares. A proposta da adoção dessas inovações esbarra na disposição dos Estados nacionais em abrirem suas portas à inspeção internacional e à possibilidade de se tornarem objeto de críticas de seus homólogos quanto às capacidades de vigilância e resposta, assim como a atividades potencialmente ilegais e que aumentariam a vulnerabilidade internacional, como a geração deliberada de agentes com alto grau de patogenicidade.

Diretamente associado a essa temática, também está no centro do debate a necessidade de financiamento para países em desenvolvimento das capacidades centrais nacionais para a vigilância e a resposta a eventos de saúde pública. Demanda antiga, datada da negociação do RSI (2005) e presente no texto do Regulamento, a assistência técnico-financeira das nações mais desenvolvidas aos seus congêneres em desenvolvimento é matéria que sempre esteve presente nas discussões sobre a implementação do RSI (2005), sobretudo nos comitês de

revisão reunidos após as ESPIIs declaradas para a gripe H1N1 e o Ebola. Nessas ocasiões, ficavam evidenciadas as vulnerabilidades dos sistemas nacionais de saúde, incapazes de identificar o surgimento de eventos de saúde pública e de responder à altura devido às fragilidades inerentes. A pandemia de covid-19 expôs ainda mais as contradições de um sistema internacional em que as nações desenvolvidas situam a culpa pela emergência de agentes infecciosos nos países em desenvolvimento, mas pouco fazem para que esses países sejam assistidos em sua capacidade de vigilância e resposta.

O abismo entre países desenvolvidos e em desenvolvimento em matéria de preparação e resposta a pandemias se evidencia ainda mais no que diz respeito ao acesso a tratamentos, vacinas e insumos prioritários para a saúde. Aqui talvez se encontre o ponto mais delicado da pandemia de covid-19, dado que, uma vez desenvolvidas as diversas vacinas contra a o SARS-CoV-2, ficou evidente que a sua distribuição não seria feita de forma igualitária entre as regiões do globo. No que vem sendo chamado de *apartheid* sanitário global, os países desenvolvidos firmaram contratos de compra antecipada com os grandes laboratórios farmacêutico e permitiram que as suas populações tivessem acesso garantidos às doses necessárias para o esquema de vacinação. Enquanto grandes parcelas dessas populações receberam uma ou duas doses dos imunizantes, amplas regiões do globo permaneciam, até o momento desta escrita, descobertas de todas as doses ou de pelo menos uma delas, formando um imenso deserto vacinal. Curiosamente, entre as nações que mais dispõem de doses, os Governos nacionais enfrentam forte resistência de alguns grupos anti-vacina, chegando mesmo ao ponto da necessidade de declaração de *lockdowns* para populações não-vacinadas, como foi o recente caso da Áustria. Apesar do esforço de alguns países, como Cuba, no sentido da ampla distribuição de imunizantes em países de baixa renda, havia registros de perda de validade de estoques de doses em diversos países e de impedimentos técnico-legais para o acesso a vacinas em algumas partes do mundo.

Embora tenha iniciado minha jornada de pesquisa do doutorado pela análise dos processos decisórios internos à OMS referentes à declaração da ESPII relativa ao Zika vírus e às desordens neurológicas congênitas, a pandemia de covid-19 se mostrou central para a análise de outras emergências sanitárias globais e dos processos internos à OMS para a sua declaração. Para dar seguimento ao projeto de pesquisa, havíamos decidido que faríamos intensa busca documental na OMS e entrevistas com atores-chave que haviam mantido interlocução com autoridades da organização envolvidas com a declaração da ESPII. No entanto, pouco depois do início da pesquisa documental, em consulta com os arquivos da OMS, foi-nos informado que os registros detalhados das reuniões do Comitê de Emergência são protegidos por uma

cláusula de confidencialidade de 20 anos, o que nos impede de acessar o teor das conversações dos peritos e a busca por indicativos de orientações por um ou outro caminho no momento da tomada de decisão. Não por acaso, a literatura que trata dos processos decisórios referentes às ESPIIs parte do mesmo pressuposto de que falta transparência nas reuniões dos Comitês de Emergência, ainda que, ao final delas, os membros dos respectivos comitês emitam um comunicado à imprensa sobre as decisões tomadas. Não é possível conhecer que elementos pesaram no sentido de declarar ou não uma ESPII ou de manter a Emergência vigente ao longo de um determinado período.

Outra limitação neste estudo foi o acesso a autores-chave que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa. A ideia era entrevistá-los para conhecer mais detalhadamente o seu ponto de vista no tocante aos processos internos na OMS para a declaração das ESPIIs, assim como autoridades ou atores-chave que pudessem esclarecer detalhes do desenrolar dos processos decisórios, como pressões, interesses ou quaisquer outros fatores que incidam sobre o ponto de vista dos peritos. Não apenas a pandemia de covid-19 tornou esses autores-chave menos acessíveis, como o período de perturbação durante a crise depressiva me impediu de avançar com essas entrevistas. Numa possível revisão deste trabalho, esses pontos de vistas poderão ser agregados.

Diante das limitações do caminho, situamos a tese no contexto da pandemia de covid-19 e ampliamos o escopo do trabalho para uma análise crítica das Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional em seu conjunto, sem prescindir de uma análise especificada crise relativa ao zika.

Para este fim, optamos pelo formato de tese em três artigos. Esta organização foi crucial para sistematizar o trabalho previamente realizado, porém disperso, definir metas factíveis e avançar na pesquisa. De acordo com o artigo XI.2 da Resolução CoPGr/USP nº 7857, de 25 de outubro de 2019, que baixa o novo Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública – FSP, "A tese de doutorado na forma de coletânea de artigos deverá ter ao menos três artigos, sendo dois artigos publicados e/ou submetidos e um inédito". Além disso, o regimento determina que, "após o capítulo de introdução, o autor deverá incluir uma descrição da relação entre os artigos presentes no corpo da tese".

Assim, esta tese foi estruturada em três eixos/artigos:

1. o primeiro texto, em autoria conjunta com meu supervisor no doutorado sanduíche e minha orientadora, foi aceito para publicação, com revisões menores ainda em curso de aprovação, em revista científica classificada no primeiro

estrato do sistema Qualis, , e apresenta o marco teórico da pesquisa, mobilizado em relação à emergência da Síndrome Congênita do Vírus Zika, objeto do projeto de pesquisa doutoral original;

2. o segundo texto, ainda inédito, que pretendemos publicar em uma revista internacional após aperfeiçoamento e debate, traz resultados de pesquisa empírica sobre a composição dos Comitês de Emergência criados pela OMS diante das ESPIIs, que se debruçou sobre os documentos de acesso público da OMS;
3. e o terceiro texto, em autoria com minha orientadora e com a Professora Miriam Ventura da Silva, referência da interface entre direitos humanos e saúde que realizou estágio pós-doutoral junto ao PPG no mesmo período, já foi aceito para publicação nos Cadernos de Saúde Pública e está acessível no sistema Scielo *preprints*, apresenta e discute propostas de mudança relativas às ESPIIs, e dentro delas particularmente as pandemias, tomando posição sobre o novo tratado internacional que se encontra atualmente em negociação no âmbito da OMS.

Ao final deste processo, tenho a possibilidade de refletir sobre as relações entre o meu percurso de vida e o desenvolvimento da pesquisa. Reconheço todos os percalços que enfrentei e me questiono, em um contexto diferente, como teria sido o resultado deste trabalho. Ainda assim, espero ter contribuído para uma melhor compreensão das dinâmicas sociais e políticas que determinam a saúde e a doença das populações. Enxergo a conclusão deste trabalho apenas como um fechamento de um ciclo, e principalmente como a ponte para novos horizontes que já agora começam a ser vislumbrados.

Espero que esta contribuição, apesar de seus limites, possa ser incorporada no cotidiano de autoridades, técnicos, especialistas e outros atores-chave que trabalham na formulação de políticas públicas tanto na preparação para eventos de interesse para a saúde como para a resposta a surtos, epidemias e pandemias que a humanidade precisa confrontar em todas as épocas. Compreender o fluxo de ideias, a disputa pelas prioridades na agenda da saúde global e a tensões e pressões que culminam na elevação de eventos sanitários à categoria de emergência de saúde pública de importância internacional pode significar a diferença entre uma resposta adequada às necessidades dos indivíduos e dos territórios afetados e uma catástrofe humanitária de proporções globais como a que nos encontramos por força da pandemia de covid-19. A negação, quando somada à inação, é a mãe de todos os desastres.

RELAÇÃO ENTRE OS ARTIGOS PRESENTES NO CORPO DA TESE

Em seu conjunto, os três textos ora apresentados consubstanciam uma contribuição original ao campo da Saúde Global, na medida em que situam a análise da Covid-19 na perspectiva de emergências sanitárias internacionais anteriores para destacar aspectos teóricos, empíricos e normativos que são pouco mencionados no debate acadêmico. Passando da reflexão teórica (primeiro artigo) aos resultados de pesquisa empírica (segundo artigo), para a seguir analisar propostas de mudança que estão em pauta no sistema internacional (terceiro artigo), esta tese preconiza essencialmente a incipiência e a opacidade do atual sistema de declaração de emergências internacionais de saúde, apontando-o como elemento crucial de um processo de produção de negligências e vulnerabilidades que corresponde à atual governança da saúde global.

O primeiro artigo foi aceito para publicação, com revisões menores ainda em curso de aprovação, em revista científica classificada no primeiro estrato do sistema Qualis.

Neste artigo, juntamente com meu supervisor no doutorado-sanduíche, Professor João Nunes, e com minha orientadora, discutimos as bases teóricas que fundamentam a definição de prioridades no âmbito da agenda da saúde global, de modo a compreender como determinados problemas de saúde pública são elevados à condição de emergência sanitária de importância internacional. Essa mesma literatura nos permite compreender, também, o porquê de persistência de outros assuntos na condição de negligência. Tendo em vista que a definição de agendas e prioridades em termos de saúde global tem se tornado uma das prioridades da literatura crítica que trata da identificação das dimensões políticas da governança global em saúde, buscou-se identificar os pontos de tensão, exclusão e desigualdade que permeiam a construção das emergências sanitárias globais. Para além dos arranjos institucionais e da arquitetura da governança global da saúde, a perspectiva crítica adotada nesse artigo privilegiou a prática e as realidades concretas do cotidiano, ou seja, a maneira pela qual a saúde e a doença são experimentadas e compreendidas por indivíduos e grupos.

O ponto de partida para essa análise foi o caso do surto de Zika e de síndromes congênitas no Brasil, em 2016, sobre os quais foram questionados os fatores e condições que possibilitaram a construção da emergência, para além dos dados materiais objetivos relativos à epidemiologia do Zika, à sua morbimortalidade ou à sua associação com as malformações congênitas. Buscamos descrever os processos institucionais-administrativos no Brasil, naOPAS e na OMS que categorizaram o surto de Zika em uma emergência de proporções globais

e a incidência das percepções de risco, amplificados pelos medos e pelas incertezas que magnificaram o surto para a categoria das emergências sanitárias de importância internacional. Contribuíram para a amplificação da percepção de risco o nascimento de bebês com graves formações neurológicas e a proximidade dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos no Brasil, em 2016, que representavam imensa brecha na segurança da saúde global pela possibilidade de dispersão internacional da doença. Verificou-se que, embora a doença continuasse a circular pelo mundo em uma forma epidêmica com a possibilidade de surtos preocupantes eventuais, a ausência de contaminações decorrentes dos Jogos no Brasil levou a OMS a declarar encerrada a ESPII sobre o Zika e as síndromes congênitas, uma vez que a ameaça à saúde da saúde global.

Concluímos que, embora sirva para a contenção de surtos epidêmicos, a declaração da emergência invisibiliza e silencia outras questões consideradas secundárias e reproduz a percepção de um paradigma de governança reativo e não uma atuação proativa e estruturadas em determinantes sociais de saúde e doença, o que reforça, ainda mais, a urgência de uma visão crítica da formulação das agendas e das prioridades em matéria de saúde global, assim como das diversas formas de negligência que essas agendas podem produzir.

No segundo artigo, ainda inédito e em processo de aperfeiçoamento, para compreender como essas agendas e prioridades poderiam estar sendo formuladas de forma concreta durante a declaração das ESPIIs, analisamos a composição de todos os Comitês de Emergência constituídos pela Direção-Geral da OMS, desde a primeira ESPII, declarada em 2009, em função da pandemia do vírus da gripe H1N1, passando pelas emergências do vírus Ebola, do poliovírus (vigente desde 2014), do Zika vírus e do SARS-CoV-2, iniciada em 2020 e ainda vigentes até o encerramento deste trabalho. Incluímos na análise, também, os Comitês de Emergência constituídos para o MERS-CoV e para a febre amarela, os quais não levaram à declaração de ESPIIs e perduraram por apenas algumas reuniões. A intenção era buscar identificar a relação entre a composição dos Comitês e uma expressão eventual de interesses que levassem à declaração de uma ESPII. Também foi feita ampla análise dos comunicados à imprensa publicados ao fim de todas as reuniões dos Comitês de Emergência, de modo a identificar elementos em comum que pudessem indicar os fatores que estivessem relacionados à amplificação da percepção do risco dos eventos em saúde que levaram a OMS a convocar esses peritos.

No que diz respeito à composição dos Comitês, ficou evidente que a OMS reproduz a tradição de trabalhar com peritos de diversos campos do conhecimento, privilegiando, em se tratando de surtos de agentes infecciosos, aqueles que estejam associados à epidemiologia, à virologia e à infectologia. No entanto, em todos os Comitês analisados, também participaram

peritos de áreas transversais do conhecimento, como o turismo, a saúde de viajantes, a antropologia e a comunicação de risco. Para os propósitos deste trabalho, chamou a atenção a presença recorrente de diversos peritos, a grande maioria associada a grandes centros de investigação epidemiológica, como o CDC/EUA, ou a organizações relacionadas ao trânsito internacional de passageiros, como a IATA, ou à comunicação de risco, o que poderia vir a ser indicativo da incidência de interesses de países centrais sobre o processo decisório.

No tocante às declarações à imprensa, em meio à profusão de detalhes sobre a especificidade da epidemiologia ou das características de cada surto, foi possível identificar elementos em comum que podem ter orientado a decisão por declarar as ESPII e por mantê-las ativas. Entre esses elementos, a percepção do risco de disseminação internacional dos patógenos pareceu ser a característica mais relevante para a declaração da ESPII. No entanto, pelas informações disponibilizadas pela OMS não fica evidenciada a característica do surto indicativa de que a percepção do risco se ampliava de maneira a levar à caracterização do evento como uma emergência sanitária de importância internacional. Pelas declarações disponibilizadas pela OMS, não é possível verificar se os peritos dispõem de informações fornecidas pelos Estados afetados pelos surtos que servem como baliza para a capacidade de preparação e resposta, ou se o fator determinante está na percepção dos Estados centrais sobre os riscos de disseminação internacional desses eventos.

O terceiro e último artigo foi elaborado conjuntamente com minha orientadora e com a Professora Miriam Ventura da Silva; foi submetido em junho de 2021 e aceito para publicação nos Cadernos de Saúde Pública em outubro do mesmo ano. No período de julho a novembro de 2021, enquanto esteve disponível em *preprint* na base Scielo, contou com mais de 450 downloads. Neste artigo, desenvolvemos uma discussão sobre como o arcabouço de vigilância da saúde global contribui de fato para a segurança das populações em todo o mundo, particularmente daquelas em situação de maior vulnerabilidade. Tomamos por base as discussões em torno da capacidade do atual regime de segurança da saúde global, sobretudo do RSI (2005), em preparar e responder a surtos epidêmicos de caráter pandêmicos, tratados nos diversos relatórios discutidos mais acima, e a possibilidade do início de negociações em torno de uma convenção, um tratado ou um instrumento internacional como a proposta na Assembleia Mundial da Saúde extraordinária.

Considerando que a pandemia de covid-19 expôs as fragilidades dos países em garantir a segurança das populações e todas as violações dos direitos humanos ocorridas desde o início da crise ou agravadas por ela, sugerimos que é necessário adotar-se uma perceptiva de direitos humanos para as pandemias como uma medida de proteção das prerrogativas individuais em

contextos de medidas extraordinárias como as adotadas recentemente pelos Estados nacionais. Entre as violações identificadas, elencamos o estigma e a discriminação causados pela doença, a violência contra a mulher, a exposição de populações vulneráveis, a escassez de insumos e equipamentos, e as medidas quarentenárias e outras medidas restritivas que afetaram os princípios da legalidade, como o objetivo legítimo, a proporcionalidade e a não-arbitrariedade.

Para analisar a possibilidade da assunção de um regime de preparação e resposta a pandemias que abarque uma visão de direitos humanos, analisou-se as principais propostas que circulam em torno do novo tratado, que foram classificadas em quatro categorias: ajustes tecnocráticos, mecanismos de transparência e controle, poderes coercitivos que poderiam ser outorgados à OMS ou uma nova agência, e mecanismos de coordenação política. A premissa desse artigo é a necessidade de indissociabilidade entre as medidas quarentenárias e a proteção social, isto é, as respostas nacionais a surtos epidemiológicos não podem representar impacto desproporcional sobre os mais vulneráveis, tal como ocorrido no contexto da covid-19. Em função da pandemia, não apenas houve imensos desafios para que as populações aderissem às recomendações sanitárias mais fundamentais, como também as medidas de limitação de circulação de pessoas acarretaram na redução da renda de milhões de pessoas, com decorrente aumento da insegurança alimentar e da fome. Discutiu-se que a situação de precariedade das populações não decorre apenas da pandemia, mas assenta-se sobre o resultado das desastrosas políticas de ajuste fiscal e contenção de despesas públicas, que resultaram nas drásticas reduções de orçamentos para a saúde em todo mundo.

Mais diretamente associada à capacidade dos sistemas nacionais de saúde em atenderem as populações afetadas pela pandemia é a limitação do acesso a tecnologias e insumos sanitários enfrentada por grande parte da população global. Discutiu-se, aqui, a questão do *apartheid* sanitário, agravado pelas compras adiantadas de vacinas realizadas pelos países desenvolvidos e a exiguidade de doses disponíveis para o restante do mundo. Apesar de todas as iniciativas de promoção de medidas que adotem uma perspectiva de saúde pública no tocante aos direitos de propriedade intelectual e à transferência de tecnologias, ficou evidente na pandemia de covid-19 que os países centrais não se disporiam a flexibilizar direitos de propriedade intelectual que promovessem o acesso a vacinas e a tecnologias de tratamento para a doença, no que ficou avaliado como “fracasso moral catastrófico”.

A questão central nesse artigo diz respeito à capacidade de a OMS ou de qualquer nova agência que opere no sentido da preparação e da resposta a pandemias de atuar de acordo com o proposto no futuro tratado, tendo por base uma perspectiva de direitos humanos. Discutiu-se, portanto, a adoção de mecanismos de controle, capazes de conferir “dentes” a essa organização,

de modo que se viabilize a cobrança de Estados sobre suas responsabilidades individuais no tocante à vigilância de surtos, a preparação a crises e à notificação de eventos que tenham importância internacional. Para isso, mostra-se imprescindível que os Estados tenham as capacidades centrais mínimas para se preparar e responder a esses surtos epidemiológicos, e que a comunidade internacional, maior interessada na manutenção da segurança coletiva, se mobilize para assistir os países mais fragilizados nesse sentido.

No tocante à operação da OMS para a declaração de emergências, considerou-se a possibilidade de escalonamento da gravidade da declaração ou mesmo a regionalização das emergências, o que, de todo, não solucionariam o problema das emergências caso não se supere a limitação de poderes da OMS, a falta de vontade política dos Estados e a insuficiência de fundos para o financiamento da preparação e respostas nos planos internacional e nacional. As propostas de adoção de medidas coercitivas e de mecanismos de coordenação política no mais alto nível nos parecem buscar elevar os temas de saúde a um protagonismo político que reforçaria a preocupação com a ameaça à saúde global e favoreceria uma abordagem securitária das questões sanitárias, em detrimento das reais necessidades das populações mais vulneráveis.

Da leitura dos três textos, por fim, espera-se ter realizado uma crítica da governança global da saúde que aponte para os limites e as potencialidades da atuação da OMS, na contramão dos egoísmos nacionais que marcam a contemporaneidade.

ARTIGO 1

UMA LEITURA CRÍTICA DAS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE GLOBAL: A EPIDEMIA DE ZIKA DE 2016

Leandro Luiz Viegas, Deisy de Freitas Lima Ventura e João Nunes

RESUMO

Por que determinados problemas de saúde pública se tornam prioridades na agenda da saúde global e são elevados à condição de emergência de importância internacional? O que explica a persistência de outras questões que permanecem voltadas à negligência? O estudo da definição de agendas e prioridades da saúde global tem sido, nos últimos anos, uma das prioridades de uma literatura crítica que visa identificar as dimensões políticas da governança global em saúde, e que enfatiza os pontos de tensão, exclusão e desigualdade. O presente artigo se posiciona nesta leitura crítica da saúde global, focando na construção da categoria de emergência de importância internacional. Considerando em específico o caso do surto de Zika e de síndromes congênitas no Brasil, em 2016, o argumento explora as condições que possibilitam a construção de uma emergência. Questionamos os fatores e condições em torno desse evento de saúde pública que eventualmente foram considerados no processo decisório, e que vão além dos dados materiais mais objetivos relativos à epidemiologia do Zika, à sua morbimortalidade ou à sua associação com as malformações congênitas. Concluímos que o contexto securitário e a crescente importância do risco na saúde global são condições importantes para entender as declarações de emergência.

Introdução

A literatura acadêmica sobre saúde global conheceu nos últimos anos o crescimento de abordagens críticas que visam questionar entendimentos dominantes acerca da governança da saúde. Esta virada crítica tem suas raízes num propósito antropológico de colocar as pessoas, suas práticas e experiências, no centro da análise[1] [2]. Em detrimento de uma visão que privilegia o estudo de arranjos institucionais e a arquitetura da governança da saúde, os estudos críticos começam pela prática e pelas realidades concretas e cotidianas – a forma como a saúde e a doença são entendidas e experienciadas por indivíduos e grupos num determinado contexto histórico, cultural e socioeconômico.

A gênese da crítica da saúde global está também nos fundamentos teóricos de alguns estudos na área das Relações Internacionais[3] [4], que partem do pressuposto de que os

entendimentos acerca de saúde e doença devem ser vistos, não como realidades evidentes, mas sim como o resultado (negociado, contestado e, portanto, precário) de construções sociais[5]. Essas construções sociais, ou seja, processos de representação, negociação e contestação de entendimentos coletivos, incluem como dimensão essencial a definição de problemas[6 7]. Assim, as políticas de saúde não são meros instrumentos médicos, técnicos ou tecnológicos para a resolução de problemas objetivos; elas dependem de uma construção prévia do que é visto como problemático, do que exige prioridade ou atenção, do que precisa ser protegido e como. Essa definição de problemas, que sempre acontece tendo como pano de fundo a definição da sociedade que temos ou queremos ter, permite a configuração de um âmbito de soluções vistas como necessárias, possíveis ou desejáveis. Simultaneamente, qualquer definição de problemas estabelece limites a outras possíveis soluções alternativas.

Deste modo, um dos pressupostos básicos da abordagem crítica é a ideia de que a saúde global deve ser vista como um fenômeno político, e não meramente técnico. A saúde global é política porque resulta de um processo social de negociação, que compreende entendimentos compartilhados e também divergências. Uma outra dimensão política da saúde global, que decorre destas negociações e tensões, é o fato de ela ser permeada por relações de poder[5]. A definição de ideias e práticas dominantes ocorre num contexto social e econômico que reflete diferentes capacidades e que ajuda a reproduzir desigualdades. O enfoque nas desigualdades é uma caraterística central da abordagem crítica. O reconhecimento da natureza política da saúde global visa desmascarar pretensões universalistas ou homogeneizantes, e lançar luz sobre a diversidade de experiências, isto é, a forma como diferentes territórios, grupos e indivíduos são afetados distintamente pela suscetibilidade à doença, com também diferentes capacidades para responder às doenças quando elas ocorrem.

Ao reconhecer a política como território de tensão, desigualdade e constante reprodução da vulnerabilidade de determinadas populações, a abordagem crítica também privilegia a atenção sobre a definição de prioridades na governança global da saúde. O estudo da definição das agendas da saúde global[8 9] é um componente importante, na medida em que visa entender de que forma a distribuição de recursos (não só financeiros e humanos, mas também simbólicos) se relaciona com interesses e com a mobilização do poder por parte de diferentes atores na governança. Neste contexto, surge como particularmente relevante o estudo da categoria das emergências em saúde, associadas a um paradigma de governança focado nas chamadas "doenças emergentes" e, em geral, na resposta ou reação a surtos de doenças infeciosas[10]. Esse paradigma emergencial surge interligado com o desenvolvimento, ao longo das últimas décadas, de uma agenda da governança global pautada por preocupações com segurança

sanitária[11] [12]. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 demonstra isso: não só reflete a prevalência de concepções securitárias na governança global [13], mas também introduz um conjunto de mudanças significativas que vieram reconfigurar a relação entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os Estados-membros[14], permitindo por exemplo a notificação de surtos epidêmicos por atores não-estatais, ou alargando radicalmente o escopo de problemas que podem ser considerados emergências. Ele passou a incluir, no leque de questões que podem deflagrar uma resposta emergencial por parte da ONU e dos Estados Partes, qualquer evento que cumpra os requisitos do algoritmo da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): ter um caráter extraordinário, constituir um risco de saúde pública que possa se espalhar para outros países, e exigir uma resposta internacional coordenada.

O presente artigo pretende abordar as emergências em saúde usando uma lente crítica. Considerando em específico o caso do surto de Zika e de síndromes congênitas no Brasil, em 2016, explora as condições que possibilitam a construção de uma emergência. Damos especial atenção às dimensões políticas dessa construção, questionando os fatores e condições em torno desse evento de saúde pública que eventualmente foram considerados no processo decisório, e que vão além dos dados materiais mais objetivos relativos à epidemiologia do Zika, à sua morbimortalidade ou à sua associação com as malformações congênitas.

A epidemia de Zika de 2016 no Brasil

Até o ano de 2013, o Zika vírus era um desconhecido de grande maioria da população mundial. Isolado em 1947 numa floresta da Uganda, registros de infecções foram muito pontuais até meados dos anos 2000, quando grandes surtos de Zika capturaram a atenção mundial e mobilizaram autoridades de saúde e agentes políticos e a comunidade científica[15].

No Brasil, a chegada do vírus não chamou inicialmente a atenção das autoridades locais. Doença exantemática de efeitos leves, cujos sintomas terminavam em pouco tempo, não constava da lista de enfermidades de notificação obrigatória. A rota de entrada partiu da Polinésia Francesa; teria passado pela Oceania e pela Ilha de Páscoa antes de chegar à América Central e ao Caribe, alcançando o Brasil em 2013[16]. Pode ter havido múltiplas introduções do Zika vírus no Brasil, independentes entre si.

O Brasil notificou a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre a circulação do vírus no Nordeste do país em maio de 2015. Ao divulgar o primeiro alerta epidemiológico sobre a doença[17], a OPAS forneceu orientações sobre medidas de prevenção e controle, além de recomendações para viajantes, e mobilizou a comunidade científica em torno do Zika e de

seu potencial epidêmico. O vírus parecia seguir caminho similar à dengue e ao chikungunya, passando de poucos surtos esporádicos para grandes surtos como os ocorridos no Pacífico, com manifestações da infecção cada vez mais severas, sobretudo as neurológicas, além de ir se adaptando aos ciclos urbanos e periurbanos, sendo transmitido pelo *Aedes aegypti* e por outros mosquitos[18]. A ausência de meios eficazes de controle do vetor, assim como de vacinas e medicamentos específicos para a doença, causava inquietação.

Incerteza, risco e medo: a associação entre Zika e síndromes congênitas

Apesar das preocupações, a doença por si só não era suficiente para a declaração de uma emergência no território brasileiro. No ano de 2015, o Brasil teve 1.688.688 casos prováveis de dengue, com 986 óbitos confirmados[19], e ainda assim não foi declarada emergência nacional. Em meados de 2015, alguns municípios do Nordeste brasileiro passaram a notificar o aumento incomum no número de bebês nascidos com microcefalia, chamando a atenção das autoridades de saúde estaduais que se preocupavam com o impacto deste fenômeno sobre os sistemas de saúde locais[20]. Até aquele momento, a correlação entre as infecções pelo Zika vírus e a microcefalia ainda não havia sido comprovada.

O Ministério da Saúde declarou uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em novembro de 2015[21], com base no aumento incomum no número de bebês nascidos com microcefalia. Apesar do número reduzido de casos e da ausência de evidência etiológica, o evento representava risco significativo para a saúde pública pois a população potencialmente atingida era vulnerável. O perfil clínico apresentado pelas microcefalias e a incidência na região Nordeste naquela estação do ano e na população afetada eram incomuns.

O fator de mobilização pública em torno do Zika deu-se, acima de tudo, pelo fato de estar rodeada de muitas incógnitas no meio científico, sobretudo acerca da forma de transmissão da doença e da relação entre o vírus e as complicações neurológicas [22], o que tornava urgente a necessidade de dar sentido ao que acontecia. A questão da incerteza se tornou importante na saúde global na medida em que o âmbito da legislação e da governança começou a se focar não apenas em doenças concretas, mas também em riscos incertos e por calcular[23]. Esta mudança de enfoque é evidente no RSI de 2005, com a sua referência a eventos que poderão eventualmente configurar um risco de saúde pública. A presença do risco na saúde global decorre da importância da segurança sanitária, mas acrescenta novos elementos ao prescrever uma preocupação não apenas com ameaças concretas, mas também com riscos futuros. A

atenção para com o futuro demonstra uma reorientação das políticas de saúde para a tentativa de prever e calcular riscos, e governar um cenário de permanente incerteza[24]. O risco e percepção de risco são dois fatores elementares envolvidos na conceitualização e prática da governança da saúde global; a questão envolve como identificar o risco e a extensão pela qual o seu impacto e escopo global podem ser superestimado ou subestimado, sobretudo porque a identificação de riscos se dá de forma complexa, envolvendo diferentes atores, determinantes empíricos, demandas de conhecimento concorrentes e uma espécie de desordem sistêmica por falta de informação[25].

A utilização e o enquadramento do medo e da suscetibilidade ao risco servem como instrumento de formação da política de saúde global e de mobilização política. Mecanismos de segurança consistentes podem ser formados graças a elementos como o enquadramento de ameaças comuns, a formação de consensos, a abdicação de aspectos da soberania dos Estados em favor de mecanismos de vigilância internacional, além da combinação de especialistas médicos e de saúde pública, e de burocratas internacionais ou nacionais[25]. Neste contexto, a linguagem de risco, especialmente associada à ameaça e à segurança, seria capaz de elevar a saúde na agenda global, promovendo a disponibilidade de recursos e a formação de novas iniciativas políticas globais, com novas formas multissetoriais de governança, numa variedade de atores em diversos níveis de tomada de decisão.

A incerteza gerada acerca da associação entre Zika e síndromes congênitas, e a forma como a categoria do risco tem sido utilizada para enquadrar essa incerteza, ajuda a explicar o contexto no qual as emergências (nacional e internacional) foram declaradas[24]. A reação a esse cenário de incerteza deve também ser compreendida no contexto de um imaginário político mais abrangente que tem pautado a saúde global, relacionado a uma mentalidade baseada na ansiedade e no medo[26]. A política do medo na saúde global não é um fenômeno recente: a história da medicina social e da saúde internacional demostram a persistente associação entre doença e ansiedades políticas relacionadas com grupos e regiões consideradas portadoras de doença ou perigos de contágio, como os imigrantes, as populações LGBTQI, ou grupos étnicos não-dominantes[27] [28] [29]. Durante a epidemia de Zika, a mobilização de gestores e pesquisas, da mídia e sociedade em geral gerou também reações dramáticas, que assumiram contornos de grande alarmismo e de espécie de "zikafobia" [30]. Em decorrência da declaração da ESPIN no Brasil, agências de fomento e Estado destinaram recursos para a pesquisa científica relacionada à doença e principalmente seus efeitos inesperados. Para os cientistas brasileiros, o surto de Zika foi uma oportunidade de receber financiamento para cooperação internacional, e de

impulsionar publicações internacionais, o que foi decisivo diante dos escassos meios nacionais, sobretudo diante da crise política e econômica em que o país se encontrava [31].

A enxurrada de relatos sobre o Zika produzidos num só ano, comparada ao que havia acumulado nas décadas anteriores, transformou o vírus "num agente tão perfeito como patógeno que seria impossível não ter medo dele"[30]. A difusão do pânico em algumas zonas do Brasil levou à corrida por ultrassonografias que o sistema não podia satisfazer e à realização de testes cujos resultados demoram semanas. As imagens amplamente difundidas de crianças com microcefalia ajudaram a criar um ambiente de ansiedade em relação a epidemia, além de contribuírem para a estigmatização das populações afetadas, momentaneamente alvos de uma piedade que não se traduziu em políticas públicas robustas e sustentadas que pudessem responder às decorrências imediatas e de longo prazo dos problemas congênitos.

A emergência internacional

Somava-se a esta incerteza e ansiedade a constatação, cada vez mais generalizada, de que o vetor do Zika estaria presente em boa parte do mundo. Somente nos EUA, dois terços da população residem em áreas em que o mosquito convive em pelo menos uma parte do ano. Além disso, com a maior facilidade de viagens aéreas entre o Brasil e o resto do mundo, seria questão de tempo até que o Zika se expandisse internacionalmente[32]. A mobilização internacional parece ter ganhado impulso quando outros países da região, como a Colômbia e os EUA, passaram também a notificar casos autóctones de transmissão do Zika vírus, além do registro de bebês com microcefalia. Dado que as únicas medidas de capazes de coibir o avanço da epidemia seriam aquelas aplicadas historicamente no combate ao mosquito-vetor, não era de surpreender a preocupação de alguns especialistas sobre o que poderia acontecer em escala global em virtude da realização dos Jogos Olímpicos no Brasil em 2016.

Do mesmo modo que no plano nacional, a atenção internacional não se deveu à doença em si, e sim à sua associação com o aumento anormal da incidência de microcefalia em recém-nascidos, além da associação com outros agravos neurológicos, sobretudo a Síndrome de Guillain-Barré (SGB). À medida que o verão no Hemisfério Norte se aproximava, as autoridades de saúde norte-americanas manifestavam preocupação cada maior com a possibilidade de o Zika vírus afetar populações do Sul dos EUA, o que levou à aprovação de testes com mosquitos geneticamente modificados na Flórida e à liberação de fundos pelo CDC para agências de saúde estatais e locais para esforços de preparação contra o mosquito.

Em janeiro de 2016, a então Diretora-Geral (DG) da OMS convocou um Comitê de Emergência (CE) que a aconselhou a declarar uma ESPII. O principal fator de mobilização da OMS foi o acúmulo de evidências disponíveis sobre a relação entre as infecções por Zika vírus e a malformação de bebês[33]. Membros do CE escreveram que a motivação da ESPII foi a incerteza sobre os *clusters* de microcefalia, de SGB e de outros defeitos neurológicos relatados por autoridades do Brasil e, retrospectivamente, da Polinésia Francesa, que se associavam em tempo e espaço com surtos de infecção pelo Zika[34]. Os membros do CE recomendaram a adoção de diversas medidas, entre elas a implementação de medidas de controle do vetor e a disponibilização de informações para mulheres grávidas, para que pudessem tomar decisões sobre a própria gravidez.

Os fins da emergência

Ao longo das quatro reuniões do CE que se seguiram à declaração da ESPII, as recomendações dos especialistas continuaram a dar destaque a medidas de controle vetorial. A terceira reunião do CE, realizada em 14 de junho de 2016, foi quase integralmente dedicada aos Jogos Olímpicos. A declaração divulgada pelo CE destaca que o evento seria realizado no inverno do Hemisfério Sul, período em que a transmissão de arboviroses diminui naturalmente. Além disso, o Brasil estaria adotando medidas de controle do vetor nas cidades que sediariam os jogos e em seus arredores[35]. Logo, o Comitê recomendava, entre outras medidas, que o país continuasse seu trabalho de controle do vetor, e garantisse a disponibilidade de repelentes e preservativos em quantidade suficientes para atletas e visitantes.

A OMS jamais recomendou a suspensão dos Jogos no Brasil, tampouco a interrupção do fluxo de pessoas ou do comércio entre Estados. Logo, a situação não era tão grave que demandasse uma medida excepcional em escala internacional. A emergência, se não estava controlada ainda, estava em vias de sê-lo, de acordo com a avaliação da OMS. Na quinta reunião, realizada em 18 de novembro de 2016, o CE concluiu que o evento não mais configuraria uma ESPII no sentido do RSI, por mais que ainda fosse um importante desafios para a saúde pública e exigisse maior atenção e ação por parte das autoridades de saúde e da comunidade científica[36].

Pouco meses depois de suspender a ESPII, a Diretora Geral da OMS à época, Margaret Chan, comentou a própria decisão de declarar a emergência relativa à SCZ, descrevendo como uma "curiosidade médica obscura, que dificilmente poderia ser descrita como 'extraordinária', condição principal para a declaração de uma ESPII" recebeu o status de emergência global[37].

Chan também explicitou a comoção causada pelas imagens de bebês nascidos com microcefalia no Brasil e as histórias trágicas sobre as mães que teriam que lidar com um futuro sombrio para seus filhos.

Segundo Chan, o evento teria atendido às três condições necessárias para declarar uma ESPII. Primeiro, seria extraordinário pela novidade da relação suspeita entre a infecção pelo Zika vírus e a microcefalia e outras malformações. Segundo, o risco de dispersão internacional do vírus era alto. Por fim, o *Aedes aegypti* estava presente numa área que envolvia cerca de metade da população mundial, o que, na falta de tratamentos e vacinas, requeria uma resposta internacional coordenada. A ESPII teria sido suspensa porque as questões que, no início de 2016, tornaram a doença tão extraordinária já teriam sido respondidas pela ciência. O Zika vírus estaria passando, portanto, para o rol dos patógenos capazes de gerar epidemias, como dengue e chikungunya, e mereceria a atenção de um mecanismo próprio para oferecer orientações e intervenções adequadas.

A manifestação de Chan confere algumas pistas sobre a motivação da OMS em elevar as infecções por Zika vírus de uma doença de pouca atenção pública para um evento de importância internacional. Embora em termos operacionais e técnicos internos à tomada de decisão na OMS pareçam estar claros, há que se questionar as razões que levaram a OMS a declarar uma ESPII não pela incidência ou pelos efeitos diretos da infecção pelo Zika vírus, mas aparentemente pela associação com o aparecimento de microcefalias e outras desordens neurológicas congênitas. A resposta para esse feito pode estar associada à própria natureza das ESPIIs.

A ESPII e sua dimensão política

De acordo com o RSI (2005), uma ESPII pode ser declarada em vista de um evento extraordinário, que constitua um risco à saúde pública, em virtude da propagação internacional de doença ou agravo, independentemente de sua origem ou fonte, e que represente ou possa representar dano significativo para seres humanos, exigindo uma resposta internacional coordenada. Portanto, contempla também problemas de origem química, radio-nuclear ou decorrentes de desastres ambientais, que surjam natural ou deliberadamente. O que define uma ESPII não é sua gravidade ou letalidade, mas sim seu potencial alcance internacional[38].

Antes do surto de Zika de 2015, a OMS havia declarado apenas três ESPIIs, com complexidades e multiplicidades de causas e características que dificultam sua comparação. Na primeira, declarada em 2009, em virtude da epidemia de gripe AH1N1, a organização foi

fortemente criticada por supostamente ter superestimado a patogenicidade do vírus para beneficiar a indústria farmacêutica[38]. A segunda ESPII, declarada em 2014 e vigente até o momento da submissão deste artigo, teve como objeto a poliomielite, apesar do pequeno número de casos, concentrados particularmente no Afeganistão, no Paquistão e na Nigéria.

A última ESPII declarada antes do surto de Zika teve por objeto o surto de Ebola na África Ocidental, em 2014. A OMS foi criticada por ter tomado decisões altamente politizadas e pela falta de transparência no processo decisório, e sua capacidade na condução e na liderança de situações de emergência foi considerada insatisfatória[39]. A Secretaria Geral da ONU, com apoio da Assembleia Geral e do Conselho de Segurança, criou "a primeira missão sanitária de urgência das Nações Unidas"[40]: a Missão das Nações Unidas para a Resposta à Emergência do Ebola (MINUAUCE), tomando a frente da OMS na coordenação da resposta internacional.

A OMS tem atuado de forma diferenciada para eventos que potencialmente poderiam configurar uma ESPII. Merece destaque a síndrome respiratória por coronavírus-MERS, que, desde 2012, tem acometido o Oriente Médio e avança pelo continente asiático. Apesar da alta morbimortalidade dos casos, a infecção já ensejou diversas reuniões de especialistas, mas a OMS não parece convencida de que se trata de uma ESPII. Ademais, casos como o surto de cólera no Haiti, o desastre nuclear de Fukushima no Japão, e o uso de armas químicas na Síria, embora passíveis de notificação pelo Anexo 2 do RSI (2005), não foram sequer objeto de convocação de um CE pela OMS, assim como tantos outros assuntos.

Por outro lado, é preciso compreender por que outras arboviroses de maior impacto na saúde pública do que a doença do vírus Zika não são concebidas como potenciais emergências internacionais. A decisão final de declarar ou não uma ESPII cabe à Direção-Geral da OMS, mas a falta de transparência no processo decisório dos CEs é objeto de controvérsias desde a declaração da primeira ESPII, em 2009, quando alegações de que haveria conflitos de interesses entre os membros do CE e laboratórios farmacêuticos motivaram uma avaliação do desempenho da OMS durante a pandemia.

Este processo decisório tem passado por intenso escrutínio. No caso da gripe AH1N1 e da crise do Ebola de 2014, comissões internacionais criticaram fortemente a OMS por possíveis conflitos de interesses e pela demora na declaração da emergência. De modo geral, o processo decisório dos CEs dá margem a variadas interpretações.

Na análise dos documentos referentes a CEs que a DG-OMS convocou desde 2007 transparecem inconsistências nas declarações emitidas pelos CE no tocante aos critérios utilizados para a determinação das ESPIIs[41]. Nem sempre as três condições previstas no RSI parecem ser consideradas em cada declaração de ESPII, e mesmo quando os critérios são

mencionados, há diferentes interpretações das evidências de potencial disseminação internacional da ameaça. As únicas fontes de informação sobre o processo deliberativo são os registros das entrevistas coletivas realizadas após as reuniões dos CE[41].

O RSI (2005) não exige da organização nada além do fornecimento de informações gerais à imprensa[42]. Porém, não há dúvida de que a transparência sobre o funcionamento do CE poderia trazer a toda comunidade internacional mais clareza sobre os desdobramentos de uma emergência.

A crise do Ebola da República Democrática do Congo (RDC), em 2018 e 2019, suscitou novos questionamentos sobre um processo decisório que ocorre à revelia da comunidade internacional. A gravidade e o potencial de disseminação além das fronteiras pareciam condições suficientes para a declaração de uma ESPII, que também poderia mobilizar a comunidade internacional no sentido de viabilizar recursos necessários para a contenção do surto. Diversos autores criticaram a falta de clareza na declaração emitida pelo CE, em particular o uso da seguinte frase: "While the outbreak is an extraordinary event, with risk of international spread, the ongoing response would not be enhanced by formal Temporary Recommendations under the IHR (2005)"[43].

Além disso, as informações disponíveis para o público não oferecem pistas sobre o que os membros do Comitê e os conselheiros legais da OMS discutiram ou argumentaram, nem mesmo sobre a definição dos critérios utilizados[42]. O mesmo padrão foi observado com relação às cinco reuniões sobre a ESPII relativa à SCZ, cujas declarações públicas não explicitam as ponderações realizadas internamente.

A falta de transparência compromete a legitimidade das decisões que foram tomadas e o respectivo processo decisório e, por conseguinte, o desempenho do RSI (2005) e da própria OMS[44]. O Conselho de Segurança da ONU, por exemplo, utiliza "webcasts" ao vivo e realiza registros formais das declarações feitas no processo deliberativo, além de guardar e publicar as evidências no website da ONU. Já na OMS, a consulta aos arquivos da organização revela que os registros das reuniões dos CEs estão sujeitos à uma regra de confidencialidade de 20 anos. Esta opacidade suscita questões sobre a pertinência de informações, a possibilidade de conflitos de interesse e de interferência política no processo decisório.

A ESPII relacionada ao Zika vírus

A ESPII declarada em 2016 foi a primeira relacionada a uma arbovirose, tendo como foco os *clusters* de microcefalia e da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), e não especificamente

a infecção pelo Zika vírus em si. A linguagem da declaração da ESPII é confusa no que diz respeito à definição de seu objeto, uma vez que nem a microcefalia nem a SGB se configuram como doenças infecciosas e, portanto, não apresentam risco de propagação internacional[42].

Apesar da falta de transparência no processo decisório, parece possível depreender algumas considerações a respeito dos fatores que conduziram a OMS a declarar uma ESPII para a crise do Zika vírus em 2016. Estes fatores não podem ser entendidos separadamente das condições contextuais da saúde global analisadas neste artigo – nomeadamente a tendência securitária e o enfoque no cálculo de risco e na contenção de crises. Tampouco podem ser apartados de dois acontecimentos políticos cruciais, que configuraram o discurso e as ações dos atores envolvidos: de um lado, a instabilidade política, eis que a emergência se desenrola em pleno processo de impeachment da Presidenta da República, Dilma Roussef; e, de outro, os Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro, cujo início estava previsto para julho de 2016, que acolheria delegações de 208 países[45]. Por se tratar de evento sério, repentino, incomum ou inesperado, com implicações para além do Estado afetado, uma ESPII exige ação internacional imediata. Por essas razões, parece improvável que a OMS tivesse declarado uma ESPII relativa à SCZ não fosse a elevação do nível de atenção global que a emergência do vírus tomou com a proximidade dos Jogos no Brasil, as dúvidas sobre a capacidade do Estado de geri-la em meio à profunda crise política, bem como a grande incerteza que então rodeava a doença e sua associação com malformações congênitas.

A visita de Margaret Chan ao país logo após a declaração da ESPII foi um indicativo da preocupação da OMS. Embora confrontada com uma manifestação pública de especialistas que exigiam que as Olimpíadas no Rio de Janeiro fossem postergadas, a OMS se manteve firme em sua decisão[46]. Em outras manifestações públicas, especialistas alertaram para o risco desnecessário de infecção que os Jogos representavam para milhares de pessoas, sugerindo ainda possível conflito de interesses entre a OMS e o Comitê Olímpico Internacional (COI). Em maio de 2016, a organização declarou que o Brasil era apenas mais um dos 60 países onde o Zika vírus estaria circulando, para os quais as pessoas não deixaram de viajar por diversas razões. A OMS admitiu, ademais, que a declaração da ESPII teria sido feita justamente para regular a situação em detalhes, evitando medidas restritivas contra o país[47].

A avaliação da OMS estava estreitamente relacionada ao desempenho do governo brasileiro. Mesmo na iminência do impeachment, uma "guerra contra o mosquito" foi deflagrada pelo Palácio do Planalto, apostando no controle do vetor como estratégia de resposta, e envolvendo um grande contingente das Forças Armadas. Embora não constitua o objeto do presente artigo, é importante registrar que uma importante literatura vem abordando a resposta

brasileira ao Zika sob o prisma de gênero, indicando o seu impacto negativo sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres[48 49 50 51 52].

Preocupações com a transmissão de doenças infecciosas em eventos de grande porte são um dos fatores a se considerar na avaliação de risco. A realização da Copa do Mundo de Futebol no Brasil, em 2014, também gerou preocupação não apenas com relação a disseminação de doenças infecciosas como também pela possibilidade da utilização deliberada de agentes biológicos em ataques terroristas[54]. Estimativas sobre a distribuição de riscos na Copa do Mundo e nos Jogos levaram em consideração que a ampla disseminação de vetores de doenças no país era tida como um fator de risco de introdução de arboviroses inexistentes no Brasil, tais como novas sorotipagens da dengue, do chikungunya e do Zika, o que demandava um reforço dos serviços de vigilância[54]. Apesar dessas recomendações, a importância das arboviroses parece ter sido negligenciada em eventos de grande massa dada à prioridade atribuída às doenças transmitidas de pessoa a pessoa[55]. A Copa do Mundo e os Jogos pareciam figurar no radar de epidemiologistas de todo o mundo, e isso terá sido importante na declaração da ESPII.

Conclusão: risco, segurança e negligência

Desde o final da década de 1990, a saúde tem crescido em relevância na agenda da governança global, na medida em que os Estados passaram a reconhecer que era preciso investir em saúde não apenas no contexto doméstico, mas também no plano global de modo a promover seu desenvolvimento econômico e social num contexto de crescente globalização. A saúde tornou-se, assim, um importante recurso econômico e político, sobretudo quando se estimam os custos potenciais de uma epidemia, que, a depender sua dimensão, poderiam destruir cerca de 1% do PIB global[56], com imenso impacto sobre países mais vulneráveis.

Não surpreende, portanto, que temas relacionados à saúde tenham atraído a atenção de analistas de segurança, que os enquadraram como um desafio para o setor, sobretudo doenças infecciosas, que têm o potencial de se disseminar rapidamente ao redor do mundo. Com a emergência do HIV/AIDS, nos anos 1990, as doenças infecciosas passaram a ser descritas como ameaças à paz e à segurança. Os ataques por *anthrax* EUA, logo após o 11 de setembro de 2001, reforçaram ainda mais o discurso em torno da securitização da saúde e situaram a segurança no centro dos trabalhos acadêmicos produzidos sobre saúde global[57]. Problemas emergem como questões de segurança por processos de representação, explícitos ou não, intencionais ou não, que condicionam os meios de legitimação das políticas, justificam agendas, alteram prioridades e mobilizam recursos. Uma visão crítica da segurança sanitária pode nos ajudar a não cair nas

armadilhas do uso de um vocabulário de segurança quando se trata de problemas de saúde por meio de medidas emergenciais questionáveis, como restrições a viagens, quarentenas ou campanhas de vacinação obrigatórias.

Uma das problemáticas da segurança sanitária diz respeito à lógica do risco como racional para as políticas de saúde, pela qual se rearranja e se ordena a realidade como uma nova forma de poder normalizador do Estado e de outros atores da saúde global. Essa nova forma de poder busca manter vigilância contínua sobre as populações, de modo a garantir que grupos que desviem de normas biológicas desejáveis sejam objeto de intervenções políticas específicas[24].

O contexto securitário e a crescente importância do risco na saúde global são condições importantes para entender as declarações de emergência. A predominância da lógica de risco explica as mudanças recentes nas normas de saúde global e em mecanismos de governança, como a própria figura da ESPII, que resultou da revisão do RSI, em 2005 e representa uma grande transformação na governança da saúde global, passando da vigilância de algumas doenças para a vigilância do risco em saúde pública, na forma de eventos incertos e inesperados, o que resulta na reorientação de recursos em nome do princípio da precaução do que em resposta a problemas de saúde reais e objetivos, podendo servir a outras agendas (como a mídia ou interesses corporativos)[10].

Parece que essa foi a mesma mentalidade que levou à declaração de uma ESPII durante o surto de Zika vírus no Brasil, uma vez que o objeto da emergência não se tratou propriamente do vírus, mas das incertezas referentes à associação entre o vírus e a desordens neurológicas, particularmente a microcefalia em recém-nascidos. A lógica do risco no caso do Zika manteve o assunto na ordem do dia por alguns meses e contribuiu para desviar a atenção de outras questões de saúde materialmente mais impactantes, como os milhões de casos de dengue que assolavam o país no mesmo período.

No entanto, o enquadramento de algumas enfermidades como questões de segurança levou a uma distorção do foco em doenças-chave em detrimento da atenção às conexões entre os fatores de risco causais e os sistemas de saúde centrais que poderia oferecer respostas efetivas. No que Brown e Harman chamam de "percepção inflada"[25], as enfermidades que se tornam centrais como temas de segurança da saúde global tiram o foco de doenças negligenciadas e das condições socioeconômicas que perpetuam o risco de doenças.

A categoria da ESPII demonstra uma agenda global que pode ser considerada simultaneamente mais ampla e mais restritiva. O RSI não mais está restrito a uma lista pré-definida de doenças. Porém, esta é também uma abordagem mais limitada, na medida em que

ela contribui para a reprodução da negligência em saúde global[59]. Por negligência entendemos não apenas a invisibilização de outras doenças que são secundarizadas por não resultarem na declaração de uma ESPII por parte da OMS, mas também na forma como o foco nas emergências tem contribuído para a reprodução de um paradigma de governança reativo, baseado na gestão de crises e na contenção de surtos epidémicos – e não numa atuação proativa e estruturada junto dos determinantes de saúde e doença. Neste contexto, torna-se uma vez mais relevante a adoção de uma abordagem crítica que permita investigar o que é silenciado – as questões que ficam foram das agendas políticas e midiáticas, o sofrimento tornado invisível, assim como as visões alternativas e as formas de resistência a políticas e ideias dominantes. Desta forma, torna-se urgente uma visão crítica das emergências em saúde global, e das múltiplas formas de negligência que estas podem produzir.

Referências bibliográficas

1. Adams V. What is critical global health?. MAT [Internet]. 13Sep.2016 [cited 14Oct.2021];3(2).

2. Biehl J, Petryna A. Critical Global Health. In: Biehl J, Petryna A (ed.) When People Come First: Critical Studies in Global Health. Princeton: Princeton University Press; 2013. p.1-20.

3. Harman, S. Global Health Governance (1st ed.). London: Routledge; 2011.

4. McInnes, C, Lee, K. Global Health and International Relations. London: Polity Press; 2012.

5. Rushton, S., & Williams, O. D. Frames, paradigms and power: global health policy-making under neoliberalism. Global Society. 2012. 26(2): 147-167.

6. Bacchi, C. Analysing policy: What's the problem represented to be? Frenchs Forest, NSW: Pearson Education; 2009.

7. Edelman, M. Constructing the Political Spectacle. Chicago: University of Chicago Press; 1988.

8. Shiffman, J. A social explanation for the rise and fall of global health issues. Bull World Health Organ. 2009. 87(8): 608–613.

9. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. Lancet. 2007. 370(9595):1370-1379.

10. Weir, L, Mykhalovskiy, E. Global Public Health Vigilance: Creating a World on Alert. London: Routledge; 2010.

11. Fidler, DP. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. Chinese Journal of International Law, 2005; 4(2), 325-392.

12. Lakoff, Andrew. "Two Regimes of Global Health." Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development. 2010. 1(1): 59-79.

13. Andrus, J. K., Aguilera, X., Oliva, O., & Aldighieri, S. Global health security and the International Health Regulations. BMC Public Health. 2010. 10(Suppl 1): S2.

14. Kamradt-Scott, A., & Rushton, S. The revised International Health Regulations: socialization, compliance and changing norms of global health security. Global Change, Peace & Security. 2012. 24(1): 57-70.

15. Musso et al. Zika virus in French Polynesia 2013–14: anatomy of a completed outbreak. The Lancet Infectious Diseases. November 14, 2017.

16. Campos et al. Revisiting Key Entry Routes of Human Epidemic Arboviruses into the Mainland Americas through Large-Scale Phylogenomics. International Journal of Genomics. October 2018. (3):1-9

17. OPAS. Epidemiological Alert: Zika virus infection. 7 maio de 2015.

18. Musso, D, Cao-Lormeau, VM, Gubler, DJ. Zika virus: following the path of dengue and chikungunya? The Lancet, Correspondence. July 18 2015. 386 (9990): 243-244.

19. Brasil. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016. Boletim Epidemiológico. 2017. 48(3): 1-11.

20. Diniz, D. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. 1a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

21. Brasil. "Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, no âmbito do Decreto no. 7.616 de 17 de novembro de 2011". Memorando da Secretaria de Vigilância em Saúde à Coordenação-Geral do Gabinete do Ministro. Documento requisitado via Lei de Acesso à Informação em 16 de abril de 2019.

22. Nunes, J, Pimenta, DN. A Epidemia de Zika e os Limites da Saúde Global. Lua Nova, São Paulo. 2016. Número 98: 21-46.

23. McInnes, C, Roemer-Mahler, A. From security to risk: reframing global health threats. International Affairs. 2017. 93(6): 1313-1337.

24. Elbe, S. Risking Lives: AIDS, Security and Three Concepts of Risk. Security Dialogue. 2008. 39(2-3): 177-198.

25. Brown, GW, Harman, S. Risk, perception of risk and global health governance. Political Studies. 2011. Vol. 59: 773-778.

26. Nunes, J. Security, Emancipation and the Politics of Health: A New Theoretical Perspective. London: Routledge; 2013.

27. Alcabes, P. Dread: How fear and fantasy have fueled epidemics from the black death to avian flu. New York: Public Affairs; 2009.

28. Kraut, A. M. Silent Travelers: Germs, Genes and the 'Immigrant Menace'. New York: The Johns Hopkins University Press; 1994.

29. Markel, H, Stern, AM. The Foreigness of Germs: The Persistent Association of Immigrants and Disease in American Society. The Milbank Quarterly. 2002. 80(4): 757-788.

30. Gonzalez, S. Zika y zikafobia: una página en construcción. Arch. Pediatr Urug., Montevideo, 2016. 87 (1): 53-6.

31. Oliveira JFd, Pescarini JM, Rodrigues MdS, Almeida BdA, Henriques CMP, Gouveia FC, et al. The global scientific research response to the public health emergency of Zika vírus infection. PLoS ONE, 2020. 15(3): e0229790.

32. Bogoch II, Brady OJ, Kraemer MU, German M, Creatore MI, Kulkarni MA, et al. Anticipating the international spread of Zika virus from Brazil. Lancet: 2016. 387(10016): 335-6.

33. Wenham C, Farias DB. Securitizing Zika: The case of Brazil. Security Dialogue. 2019. 50(5):398-415.

34. Heymann, D et al., Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC?. The Lancet. 2016. 387 (10020): 719-721.

35. OMS. WHO statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR (2005)) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations; 2016.

36. OMS. Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus; 2016.

37. Margaret Chan. OMS. Zika: We must be ready for the long haul. Commentary. Media Centre; 2017.

38. Ventura, D. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 2016. 32(4):e00033316.

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

40. Global Ebola Response. New York: UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER). Home page: 2021.

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

42. Fidler, DP. To declare or not to declare: the IHR and Ebola in the Democratic Republic of Congo. ASCUH. 2019. Vol. 14: 287-330.

43. OMS. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. News; 14 June 2019.

44. Eccleston-Turner, M, Kamradt-Scott, A. Transparency in the IHR Emergency Committee Decision-Making: the case for reform. BMJ: Editorial; 2019.

45. Matta, GC, Nogueira, CdO, Nascimento, LdS. A literary history of Zika Following Brazilian state responses through documents of emergency. In: Locating Zika – Social change and governance in an age of mosquito pandemics. London: Routledge; 2019.

46. G1. Brasil 'tem sido transparente', diz diretora da OMS sobre dados do zika. Matéria de jornal. Brasil; 2016.

47. Chade, J. Não existe justificativa para adiar os Jogos Olímpicos, diz OMS. Matéria de jornal. São Paulo: Estado de S. Paulo; 2018.

48. Diniz, D. Vírus Zika e as mulheres. Espaço temático: Zika e gravidez. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2016. 32(5):e00046316.

49. Carvalho, LDP. Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2017.

50. Löwy I. Zika no Brasil: história recente de uma epidemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Temas em Saúde); 2019.

51. Wenham, C. Feminist Global Health Security. New York: Oxford University Press; 2021.

52. Ventura D, Rached D, Martins J, Pereira C, Trivellato P, Guerra L. A rights-based approach to public health emergencies: The case of the 'More Rights, Less Zika' campaign in Brazil. Glob Public Health. 2021 Oct;16(10):1576-1589. doi: 10.1080/17441692.2020.1830425.

53. Gallego V, Berberian G, Lloveras S, Verbanaz S, Chaves TS, Orduna T, Rodriguez-Morales AJ. The 2014 FIFA World Cup: communicable disease risks and advice for visitors to Brazil--a review from the Latin American Society for Travel Medicine (SLAMVI). Travel Med Infect Dis. 2014 May-Jun;12(3):208-18. doi: 10.1016/j.tmaid.2014.04.004.

54. Wilson, ME, Chen, LH. Health risks among travelers to Brazil: Implications for the 2014 FIFA World Cup and 2016 Olympic Games. Editorial: Travel Medicine and Infectious Disease. 2014. 12: 205-207.

55. Gautret, P, Simon, F. Dengue, chikungunya and Zika and mass gatherings: What happened in Brazil, 2014. Editorial: Travel Medicine and Infectious Disease. 2016. 14:7-8.

56. Banco Mundial. Pandemic preparedness and health systems strengthening. Home page; 2015.

57. Nunes, J. Critical Security Studies and Global Health. In: McInnes, C, Lee, K, Youde, J, editors. The Oxford Handbook of Global Health Politics. JOxford: Oxford University Press; 2018

58. Brown, GW, Harman, S. Risk, perception of risk and global health governance. Political Studies. 2011. Vol. 59: 773-778.

59. Nunes, J. Neglect in Global Health. In: Parker, R, García, J, editors. Routledge Handbook on the Politics of Global Health. London: Routledge; 2018.

ARTIGO 2

A DECLARAÇÃO DE EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA INTERNACIONAL PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: ANÁLISE CRÍTICA DA COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS DE EMERGÊNCIAS E DE SUAS DECLARAÇÕES PÚBLICAS

Leandro Luiz Viegas e Deisy de Freitas Lima Ventura

Introdução

Em 2020, no auge da propagação da covid-19, o governo dos Estados Unidos acusou a Organização Mundial da Saúde (OMS) de ser "marionete" da China[1]. A suposta captura da organização foi o principal elemento discursivo que justificou a suspensão do repasse de contribuições orçamentárias obrigatórias norte-americanas à OMS. Falar de captura faz sentido à luz da literatura acadêmica do campo da saúde global, mas não em relação à China, e tampouco no que se refere aos objetivos do então Presidente dos Estados Unidos, Donald Trump ao fazer esta acusação, eis que ele pretendia, em síntese, refutar as recomendações baseadas em evidências científicas emanadas da organização. Em crítica oriunda de outro prisma, é possível constatar que, durante décadas, a OMS vem sendo impedida de estabelecer políticas de forma independente, sofrendo pressões de poderosos Estados-membros (inclusive dos Estados Unidos), de corporações transnacionais, fundações filantrópicas e instituições financeiras internacionais[2].

Entre as diversas vertentes de atuação da OMS que poderiam ser capturadas por interesses alheios à saúde pública, ganha crescente relevo a necessidade de investigar o poder de declarar Emergências de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Diante da pandemia que sobrestou a agenda política internacional e grande parte das agendas políticas nacionais a partir de janeiro de 2020, a existência de um mecanismo internacional capaz de declarar e gerir emergências internacionais deveria adquirir relevo inédito. No entanto, malgrado a repercussão colossal da covid-19, a opinião pública, governos subnacionais, grande parte do setor privado e da sociedade civil organizada, além de bilhões de pessoas, continuam ignorando a existência de tal mecanismo, que é o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

---

[1] Reuters. U.S. savages WHO as it promises pandemic review, but China pledges $2 billion, 18/05/2020. Disponívem em : <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who-idUSKBN22U111>. Acesso em 29/09/2021.

[2] Anne-Emanuelle Birn e Laura Nervi. Re-construyendo uma OMS para la gente. Medicina Social, v.13, n.2, maio-agosto de 2020, p. 119-122.

De fato, adotado em 2005, e em vigor desde junho de 2007 em 196 Estados, o RSI não ocupou a centralidade política da resposta internacional à pandemia, que de modo geral gravitou em torno do compartilhamento de informações e de evidências científicas, e mais adiante das vacinas. No mesmo diapasão, o tema continua pouco estudado no campo acadêmico.

A engrenagem de declaração de emergências internacionais de saúde pela Direção Geral (DG) da OMS é descrita em detalhes pelo RSI. De acordo com o artigo 48.1 do citado regulamento, antes de declarar uma ESPII a DG deve criar um Comitê de Emergências (CE) para fornecer pareceres sobre (a) se um evento constitui uma ESPII; (b) o término de uma ESPII; e (c) propostas de emissão, modificação, prorrogação ou extinção de recomendações temporárias feitas no âmbito de uma ESPII.

Hoje alvo de poucas atenções, este tipo de comitê foi pivô da primeira grande crise reputacional da OMS no século XXI. Durante a primeira ESPII, em 2009, relativa à pandemia de gripe H1N1, a OMS decidiu que os nomes dos membros do CE seriam tornados públicos apenas quando o Comitê tivesse terminado seu trabalho, como forma de proteger os peritos de influências comerciais ou outras. A confidencialidade suscitou questionamentos sobre a independência dos membros do CE no processo decisório, e a OMS foi duramente atacada. Desde então, ao declarar uma ESPII, a organização passou a tornar pública a composição do respectivo CE.

Os CEs são constituídos por peritos selecionados pela DG no Cadastro de Peritos constituído especificamente para fins de implementação do RSI e, quando apropriado, de outros painéis assessores de peritos da organização (artigo 48.2 RSI). Tais peritos devem ser selecionados conforme as áreas de especialização e a experiência mais relevante para o evento específico em questão (art. 49). A duração do mandato dos membros será determinada pela DG de modo a assegurar a continuidade na análise de um evento específico e de suas consequências (48.2). Os membros do CE devem ser selecionados pela DG com base na sua especialização e na experiência, e levando em consideração os princípios de representação geográfica equitativa; pelo menos um membro do CE deverá ser um perito indicado pelo Estado Parte em cujo território surgiu o evento (idem). Nesta norma, não há referência ao equilíbrio de gêneros. A DG poderá, por iniciativa própria ou mediante solicitação do CE, nomear um ou mais técnicos para assessorar o Comitê (art. 48.3).

O artigo 49 do RSI (2005) estabelece os procedimentos a serem seguidos pelo CE. A agenda e outras informações importantes serão fornecidas pelo DG, incluindo informações dos Estados Partes, sobre as quais o CE formulará suas opiniões sob a forma de instruções ou

recomendações. O Estado Parte onde o evento ocorre poderá apresentar sua visão a respeito das opiniões do CE. Todas as recomendações emitidas pelo CE deverão ser encaminhadas à apreciação do DG. Logo, é com base neste dispositivo que a DG decide sobre a declaração ou extinção de uma ESPII, assim como sobre as medidas tomadas pelo Estado Parte afetado pelo evento, além da modificação, extensão e extinção das recomendações temporárias. Essas informações e recomendações deverão ser disponibilizadas aos Estados e ao público em geral, entre outros atores.

O procedimento ora descrito, ao menos do ponto de vista formal, protege a organização de pressões nacionais, na medida em que não há qualquer mediação pelos Estados Partes em relação às decisões da DG quando há expectativa de declaração ou extinção de uma ESPII. Dito de outro modo, para declarar uma emergência, a OMS não necessita da aprovação prévia do(s) Estado(s) que pode(m) ter interesse em evitar ou favorecer tal declaração. Embora não haja dúvidas sobre quem toma a decisão final sobre uma ESPII, a composição dos CEs parece ser determinante tanto do convencimento da DG sobre a necessidade ou não de declarar uma emergência, como da qualidade da justificativa da decisão e das eventuais recomendações da organização.

Na presente pesquisa, buscamos trazer à tona elementos relativos às ESPIIs que, de regra, estão ausentes do debate acadêmico e democrático. A pesquisa pretendeu responder, ainda que parcialmente, a duas questões. Em primeiro lugar, quem são os membros dos CEs? Em segundo lugar, existem características das declarações emitidas pelos CEs que possam ser relacionadas à composição dos CEs?

A pesquisa baseia-se em pesquisa documental junto à base de dados da OMS. A fonte principal dessas informações é o repositório localizado no sítio eletrônico da Organização, na página dedicada aos Comitês de Emergência (*Emergency Committee*s, em inglês), onde estão elencados os Comitês com atividades em curso (*on-going emergency committees*) e os comitês anteriores (*previous emergency committees*). Cabe registrar que a busca por esse repositório não foi facilitada pela OMS, que não as disponibiliza de forma direta (numa sequência de buscas por termos, nas opções disponíveis na página inicial). Foi preciso usar ferramentas de busca da internet para que os documentos fossem encontrados.

Até o momento, foram convocados nove Comitês de Emergência, sendo eles, em ordem temporal, o Comitê de Emergência relativo à Pandemia de Influenza A (H1N1), em 2009; o Comitê de Emergência relativo à Disseminação do Vírus da Poliomielite, em 2014; o Comitê de Emergência relativo ao Surto de Ebola na África Ocidental, em 2014; o Comitê de

Emergência relativo à Síndrome Respiratória do Oriente Médio causada pelo Coronavírus (MERS-CoV), em 2013; o Comitê de Emergência relativo aos clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com o Zika vírus (mais tarde renomeado para Comitê de Emergência relativo ao Zika vírus e ao aumento observado de desordens neurológicas e malformações congênitas), em 2016; o Comitê de Emergência relativo à Febre Amarela, em 2016; o Comitê de Emergência relativo à Doença do EBV na República Democrática do Congo (Equateur), em 2018; outro Comitê de Emergência relativo à Doença do EBV na República Democrática do Congo (Kivu e Ituri), em 2019; e o Comitê de Emergência relativo ao surto do novo coronavírus 2019-nCoV (renomeado para Comitê de Emergência relativo à pandemia da doença do coronavírus), em 2020. De todo os CEs listados acima, apenas os relativos à MERS-CoV e à febre amarela não deram origem a ESPIIs e foram suspensos após dez (10) e duas (2) reuniões, respectivamente. Até o encerramento deste trabalho, os trabalhos dos Comitês de Emergências relativos à Poliomielite e ao SARS-CoV-2 ainda não haviam sido concluídos, tampouco as respectivas ESPIIs haviam sido encerradas pela DG-OMS.

Uma vez identificados os CEs, foram sistematizados em duas tabelas (anexas) os dados obtidos na pesquisa documental: a primeira sobre a composição dos CEs e a segunda sobre as declarações desses Comitês.

Na primeira tabela, foram elencados os nomes de membros, assessores, ex-membros e ex-assessores (a depender do CE); a nacionalidade; a formação e/ou área de atuação principais; a atividade principal atual (no momento da composição do CE); indicação de atuação prévia junto à OMS; e atuação prévia como Ponto Focal Nacional do RSI.

A segunda tabela foi produzida a partir das declarações que os CEs emitiram ao fim de cada reunião em todos os nove eventos de saúde pública. Em virtude da repetição da linguagem nas declarações dos CEs, tomou-se a decisão de registrar os elementos que pareciam indicar a manutenção do status de emergência sanitária global ou os que sugeriam que os eventos não tinham caráter de ESPIIs. Além das repetições, incluiu-se na tabela outros elementos que viessem reforçar o caráter de emergência sanitária global ou não, como evidências de transposição de fronteiras contíguas ou a ausência de indicadores de disseminação de doença para além do Estado afetado.

Para os propósitos desta pesquisa, dedicaremos atenção a cada Comitê em particular, de modo a identificar as características dos CEs e de suas respectivas declarações, para compreender em que medida as evidências e os fatos descritos nesses documentos levaram

esses especialistas a recomendarem que fossem declaradas ESPIIs, na maioria dos casos, e não fossem declaradas ESPII em apenas dois casos. Também se espera encontrar elementos que contribuam para entender a razão de diversos outros eventos de saúde pública não serem considerados como potenciais emergências sanitárias globais, ainda que possam atender, a depender da interpretação da norma, às condições estabelecidas no RSI (2005).

1. A composição dos CEs

Esta parte do texto será estruturada em quatro partes. A primeira versará sobre a posição funcional e a formação dos membros dos CEs (1.1). A segunda sistematizará informações sobre cada um dos comitês (1.2.). A terceira e a quarta apresentarão dois achados da pesquisa, quais sejam a recorrência da participação de peritos nos CEs (1.3) e a escassez das declarações de conflitos de interesses dos peritos (1.4).

1.1. Posição funcional e formação dos peritos

Como resultado da pesquisa documental, sistematizada na primeira tabela, fica evidente que os membros do CE são em sua maioria altos funcionários públicos dos Estados Partes, alguns também pontos focais do RSI em seus países de origem, ou ao menos atuam em áreas do governo em que há intensa colaboração entre os Estados membros e a OMS. Embora não devam sua nomeação ao Quadro de Peritos à indicação de seus Estados Partes, esses membros não possuem necessariamente estatuto próprio, privilégios, imunidades ou proteção funcional, e participam gratuitamente do CE.

O perfil dos membros do CE é de quadros altamente qualificados, mas acentuadamente comprometidos com os interesses dos Estados-membros, além de dotados de grande desenvoltura em relação em trabalho da própria OMS. Se é verdade que o conhecimento prévio da cultura da organização poderia ser considerado decisivo para o bom trabalho de equipe, é preciso reconhecer que grande parte dos membros do Comitê possui o interesse presente de preservar a cooperação da OMS com seus Estados de origem, o que poderia se estender à preservação de seu espaço individual de atuação nos grupos técnicos e comitês da OMS. Soma-se a isso o número escasso de declarações de interesse, o que poderia gerar questionamentos sobre os limites dessas declarações, sobretudo no tocante à indústria farmacêutica, química e agroalimentar.

Para melhor compreensão do descrito na primeira tabela no que diz respeito à formação dos especialistas, decidimos indicar a primeira formação (geralmente bacharelado ou escola especializada a depender do país) sem identificação do grau (por exemplo, médico para peritos com formação em medicina).

Seguimos registrando como "especialista" os profissionais que trabalham em campos do conhecimento associados (por exemplo, médico especialista em epidemiologia), diferentemente dos peritos para os quais foram identificadas especializações específicas, para os quais utilizamos a palavra "especializado" em alguma formação específica (por exemplo, médico pneumologista especialista em medicina do sono).

Para os demais graus de formação, identificamos como "mestre" para mestrado, e "doutor" em doutorado. Cabe lembrar que, por se tratar de especialistas frequentemente ligados ao campo da medicina ou da saúde pública, o Secretariado da OMS registrou frequentemente o indicativo de Doutor para profissionais que não necessariamente alcançaram o nível de doutorado em sua formação, como é de costume na classe médica. Para os profissionais com pós-doutorado, não se utilizou título, apenas a indicação do nível de formação.

No que diz respeito à origem dos especialistas dos Comitês de Emergência, preferimos reuni-las em duas grandes categorias para facilitar a análise: países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Para situar cada país nessas categorias, utilizamos os critérios aplicados Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento (OCDE)[3]. A nacionalidade de cada especialista está descrita nas tabelas.

Importante considerar, finalmente, que para ser indicado como membro de um Comitê de Emergência, o especialista precisa estar associado à OMS dentro de seu repositório de especialistas (*rooster of experts*), o que não implica, necessariamente, no envolvimento prévio do especialista em atividades da Organização, uma vez que, em termos gerais, os membros dos CEs são pessoas de reconhecido mérito por sua atividade profissional ou atividade acadêmica.

[3] OCDE. DAC List of ODA Recipients for reporting 2021 June 2021. https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/DAC-List-ODA-Recipients-for-reporting-2021-flows.pdf

1.2. Descrição da composição por Comitê

1.2.1. CE Gripe H1N1

Esse evento de saúde pública foi o primeiro grande teste para o RSI (2005), uma vez que ocorreu apenas dois anos após a ratificação (2007) do Regulamento pelos Estados membros da OMS. Isso já parece se expressar, de início, ao compararmos os registros públicos que o Secretariado da OMS fez sobre cada Comitê, onde é possível verificar a ausência de documentos que descrevam a formação e relações prévias com a OMS no que concerne os membros do CE relativo à Pandemia de Influenza A (H1N1). Contando apenas com as publicações[4] [5] sobre a filiação dos membros desse Comitê, buscamos informações disponíveis na Internet, que puderam nos orientar sobre a nacionalidade e a formação de cada especialista, muitas delas tendo exigido pesquisa minuciosa em diversas bases em vista da exiguidade, da inconsistência ou da ausência total de dados pessoais.

Uma vez preparada a tabela sobre o primeiro Comitê de Emergência, foi possível consolidar algumas percepções sobre sua composição. No que diz respeito à formação dos especialistas, identificamos quatorze (14) médicos, cinco (5) especialistas em virologia; quatro (4) especialistas em virologia; dois (2) especialistas em doenças respiratórias; dois (2) infectologistas; e dois (2) especialistas em doenças de viagem. No tocante à origem dos especialistas, houve equilíbrio na distribuição entre países em desenvolvimento (7), e países em desenvolvimento (9), embora a distribuição regional não tenha sido balanceada da mesma forma.

Não constam das informações disponibilizadas pelo Secretariado dados sobre a atuação prévia desses especialistas junto à OMS. Do pouco publicado oficialmente, é possível identificar apenas um dos membros como Ponto Focal Nacional do RSI em seu país de origem (John S. Mackenzie, Austrália). Dos dezesseis (16) especialistas do Comitê, seis (6) declararam conflitos de interesse, cinco (5) não o fizeram, e não há informação sobre os outros cinco (5). Mais à frente, analisaremos o que poderá implicar esse conflito de interesses na tomada de

[4] OMS. https://www.who.int/groups/h1n1-ihr-emergency-committee
[5] OMS. List of Members of, and Advisor to, the International Health Regulations (2005) Emergency Committee concerning Influenza Pandemic (H1N1) 2009
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-h1n1-orginal-list.pdf?sfvrsn=7e49f574_2

decisão da DG-OMS, sabida e amplamente criticada por indício de envolvimento de interesses corporativos dos laboratórios farmacêuticos.

1.2.2. CE Poliomielite

Com relação ao Comitê de Emergência relativo à Disseminação do Vírus da Poliomielite, o Secretariado parece ter acatado as críticas sobre a transparência com relação aos especialistas indicados para o grupo. Embora não seja possível afirmar que as informações disponibilizadas na página eletrônica da OMS tenham sido fornecidas à época da convocação do CE, em termos gerais, foi-nos possível verificar grande parte dos dados que buscamos coletar. Sobre a formação dos especialistas, identificamos dezenove (19) médicos, oito (8) especialistas em virologia, seis (6) especialistas em epidemiologia e dois (2) especialistas em infectologia. Como no caso da H1N1, o Secretariado não disponibilizou informações completas sobre a formação dos especialistas, o que necessitou de intensa busca em diversos sites da internet, com verificação cruzada entre as fontes. No tocante à origem dos membros do CE, doze (12) provêm de países em desenvolvimento, enquanto treze (13) são nacionais de países desenvolvidos.

Cabe apontar que, por tratar-se de uma ESPII em vigor desde 2014, houve mudanças na composição dos especialistas, que, neste grupo, se distinguem em membros, assessores, ex-membros e ex-assessores nos documentos disponibilizado pela OMS[6] [7].

Diferentemente da CE relativo à H1N1, o Secretariado forneceu informações sobre a participação prévia dos especialistas em diversas iniciativas da OMS, com algumas exceções que não puderam ser esclarecidas. De todos os 25 membros do grupo, dezesseis (16) já tinham envolvimento com a OMS e apenas quatro (4) não tinha qualquer referência. Entre os especialistas, somente um (1) teria sido Ponto Focal Nacional do RSI, o que ocorreu antes de sua participação no CE, e quatro (4) alegaram algum conflito de interesse, todos relacionado à participação do especialista em comissões regionais para a erradicação da poliomielite.

---

[6] OMS. Comitê de Emergência sobre Poliomielite. https://www.who.int/groups/poliovirus-ihr-emergency-committee

[7] OMS. Biographies of the members of, and advisers to, the IHR Emergency Committee concerning ongoing events and context involving transmission and international spread of poliovirus. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-polio.pdf?sfvrsn=b174ea_2

1.2.3. CE Ebola na África Ocidental

À semelhança do CE descrito acima, a composição do Comitê de Emergência relativo ao Surto do EBV na África Ocidental foi detalhadamente divulgada pelo Secretariado da OMS[8] [9], embora ainda tenha sido necessário realizar buscas em outras fontes. Quanto à formação dos membros e assessores, foram identificados dezesseis (16) médicos, três (3) especialistas em saúde de viajantes, cinco (5) especialistas em virologia, seis (6) especialistas em epidemiologia, sete (7) especialistas em infectologia, um (1) antropólogo, um (1) especialista em psicologia, um (1) especialista em bioética e um (1) especialista em segurança de embarcações. No tocante à origem dos especialistas, nove (9) eram provenientes de países em desenvolvimento, prioritariamente de países do continente africano, enquanto outros trezes (13) tinham nacionalidades em países desenvolvidos.

Exceto por dois (2) especialistas, todos os membros deste Comitê já haviam tido algum envolvimento prévio com a OMS, e nenhum dos especialistas era Ponto Focal Nacional do RSI à época da composição do CE. Diferentemente dos dois Comitês descritos acima, não houve registro pelo Secretariado da OMS de conflitos de interesses neste Comitê.

1.2.4. CE MERS-CoV

A composição do Comitê de Emergência relativo à Síndrome Respiratória do Oriente Médio causada pelo Coronavírus (MERS-CoV) também foi disponibilizada pelo Secretariado da OMS de forma detalhada[10] [11], ainda que algumas imprecisões precisassem ser corrigidas por meio de buscas em outras fontes. Sobre a formação dos especialistas, foi possível identificar vinte e um (21) médicos, dois (2) médicos veterinários, cinco (5) especialistas em infectologia, quatro (4) especialistas em virologia, um (1) especialista em psicologia, um (1) especialista em comunicação de risco e um (1) especialista em doenças de viajantes.

---

[8] OMS. Comitê de Emergência relativo ao Ebola Vírus na África Ocidental (2014-2015). https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-west-africa-(2014-2015)-ihr-emergency-committee

[9] OMS. Biographies of the members of, and advisers to, the IHR Emergency Committee regarding the Ebola outbreak in West Africa. https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-ebola-west-africa.pdf?sfvrsn=34bc66f4_2

[10] OMS. https://www.who.int/groups/mers-cov-ihr-emergency-committee

[11] OMS. Biographies of the members of, and advisers to, the IHR Emergency Committee concerning Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV). https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-mers.pdf?sfvrsn=1fb00938_2

Diferentemente dos CEs descritos anteriormente, quatorze (14) especialistas eram provenientes de países em desenvolvimento e os demais dez (10), originários de países desenvolvidos.

O Secretariado da OMS declarou que a grande maioria dos especialistas deste Comitê de Emergência (dezoito, 18) tinham envolvimento prévio com atividades no âmbito da OMS. Por sua vez, nenhum dos membros ocupava ou teria ocupado o posto de Ponto Focal Nacional do RSI. De todos os participantes, quatro (4) indicaram ter algum conflito de interesse que pudesse afetar sua atuação no Comitê, dentre os quais três (3) deles atestaram envolvimento com a indústria farmacêutica, incluindo em atividades relacionadas à pesquisa, ao desenvolvimento e ao registro de patentes relativos a insumos para o tratamento do MERS-CoV. A título de conhecimento, um (1) dos membros do CE, o médico saudita Ziad Memish, é reconhecido mundialmente por ser o "pai" da Medicina de Eventos de Massa e Controle de Infecções[12].

1.2.5. CE Síndrome Congênita do vírus Zika

De forma homóloga aos CEs relativos à Poliomielite, ao EBV e ao MERS-CoV, o Secretariado da OMS disponibilizou informações detalhadas sobre os especialistas que compuseram o Comitê de Emergência relativo aos Clusters de Microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com o Zika, posteriormente renomeado[13] [14]. Embora a filiação de todo o Comitê tivesse sido divulgada, faltaram informações sobre a formação de quatro (4) especialistas, e não foi possível encontrar, em nenhuma outra fonte, dados completos de três (3) desses especialistas.

Com relação à formação dos peritos, identificamos dezessete (17) médicos, um (1) médico veterinário, sete (7) especialistas em epidemiologia, dois (2) especialistas em entomologia, quatro (4) especialistas em virologia, um (1) especialista em parasitologia, um (1) especialista em modelagem matemática e um (1) especialista em bioética. No tocante à origem, a divisão foi igualitária entre os grupos de países desenvolvidos e daqueles em desenvolvimento, havendo doze (12) em cada grupo.

---

[12] Pamela Das. Ziad Memish: father of mass gatherings medicine. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140- 6736(14)60851-5/fulltext

[13] OMS. https://www.who.int/groups/zika-virus-ihr-emergency-committee

[14] OMS. Members of, and Advisers to, the International Health Regulations (2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-zika.pdf?sfvrsn=720c2e06_2

De todo o Comitê, o Secretariado da OMS informou que apenas sete (7) especialistas não teriam tido envolvimento prévio com atividades da OMS, ao passo que dois (2) deles eram Pontos Focais Nacionais do RSI à época do registro. Nenhum dos participantes deste CE indicou ter conflitos de interesses.

1.2.6. CE Febre Amarela

O Comitê de Emergência relativo à Febre Amarela se caracterizou por sua curta duração e pela diminuta quantidade de peritos reunidos nas duas únicas reuniões do grupo. Dos dez (10) especialistas, o Secretariado da OMS registrou as biografias completas de apenas três (3)[15], sendo que do chinês Dr. Jianning Zheng não foi possível encontrar nada além de sua filiação. As informações dos demais participantes foram encontradas em outras fontes e em Comitês anteriores, dado que quatro (4) dos membros e um (1) assessor haviam participado de outros CEs.

No tocante à formação, os especialistas se categorizavam em oito (8) médicos, dois (2) especialistas em virologia, quatro (4) especialistas em epidemiologia, um (1) especialista em infectologia e um (1) em comunicação de risco. Sobre a origem, seis (6) provinham de países em desenvolvimento e quatro (4) outros, de países desenvolvidos.

Do total de especialistas, apenas três (3) não teriam participado de atividades ligadas à OMS previamente e de dois (2) membros não foi possível confirmar essa informação. Apenas um (1) dos assessores era Ponto Focal Nacional do RSI à época do Comitê, e nenhum dos componentes deste CE declarou conflito de interesses.

1.2.7. CE Ebola RDC (Equateur)

O breve Comitê de Emergência relativo à Doença do EBV na República Democrática do Congo (Equateur) teve apenas uma reunião, mas seus especialistas não foram detalhadamente apresentados pelo Secretariado da OMS[16]. Para encontrar informações relevantes, foi preciso consultar outros Comitês, uma vez que diversos membros e assessores se repetiam, e realizar buscas em outras fontes.

---

[15] OMS. https://www.who.int/groups/yellow-fever-ihr-emergency-committee
[16] OMS. https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-equateur-ihr-emergency-committee

Das informações coletadas, puderam ser identificados onze (11) médicos, três (3) especialistas em epidemiologia, um (1) biólogo, um (1) antropólogo, dois (2) especialistas em comunicação, um (1) especialista em bioética, um (1) especialistas em psicologia, dois (2) especialistas em medicina de viagem e um (1) especialista em preparação para pandemias e emergências. Seis (6) componentes eram originários de países em desenvolvimento, enquanto os demais dez (10) provinham de países em desenvolvimento.

Apenas dois (2) peritos não havia tido envolvimento prévio com a OMS, sendo que nenhum deles cumpria o papel de Ponto Focal Nacional do RSI. Dois (2) membros tinham conflito de interesse, embora essa informação tenha sido coletada do CE que acompanhou o EBV em outras regiões da RDC, conforme descreveremos à frente.

1.2.8. CE Ebola RDC (Kivu e Ituri)

Diferentemente do ocorrido com o Comitê anterior, o Secretariado da OMS publicou informações detalhadas sobre a composição do Comitê de Emergência relativo à Doença do EBV na RDC (Kivu e Ituri)[17] [18]. De todos os especialistas, apenas alguns exigiram busca mais intensa em outras fontes que as biografias disponibilizadas pela OMS.

Deste Comitê, participaram doze (12) médicos, um (1) biólogo, dois (2) antropólogos, cinco (5) especialistas em epidemiologia, seis (6) especialistas em infectologia, três (3) especialistas em virologia, dois (2) especialistas em medicina de viagem, um (1) especialista em comunicação e quatro (4) especialistas em emergências sanitárias. A composição do grupo foi balanceada, contando com nove (9) peritos de países em desenvolvimento e outros dez (10) de países desenvolvidos.

Sobre a atuação na OMS, um (1) membro e três (3) assessores não teriam tido envolvimento prévio com a Organização, enquanto um (1) membro apenas era Ponto Focal Nacional do RSI. Nenhum perito declarou conflito de interesses.

[17] OMS. https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-kivu-and-ituri-ihr-emergency-committee

[18] OMS. Biographies of Members of, and Advisers to the Meeting of the International Health Regulations (IHR) Emergency Committee for Ebola Viral Disease in the Democratic Republic of the Congo. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-ebola-drc-2019-biographies.pdf?sfvrsn=b2478fcf_6

1.2.9. CE covid-19

Finalmente, sobre o Comitê de Emergência relativo ao surto do novo coronavírus 2019-nCoV, renomeado para incorporar a pandemia da doença do coronavírus, pode-se afirmar que este é o mais amplo e diverso CE que a OMS reuniu desde a aprovação do RSI em 2005. À época de elaboração deste trabalho, o Secretariado havia publicado informações detalhadas sobre a composição do grupo[19] [20]. Foi preciso apenas algumas buscas externas para encerrar por completo as biografias.

Quanto à formação dos peritos, havia vinte e nove (29) médicos, três (3) médicos veterinários, seis (6) especialistas em infectologia, dez (10) especialistas em epidemiologia, dois (2) especialistas em biossegurança, cinco (5) especialistas em virologia, um (1) especialista em modelagem matemática, um (1) especialista em segurança da aviação, um (1) especialista em comunicação, um (1) especialista em engenharia marítima; um (1) especialista em emergências sanitárias e quatro (4) especialistas em medicina de viagem. Quatorze (14) especialistas eram nacionais de países em desenvolvimento e vinte (20), de países desenvolvidos.

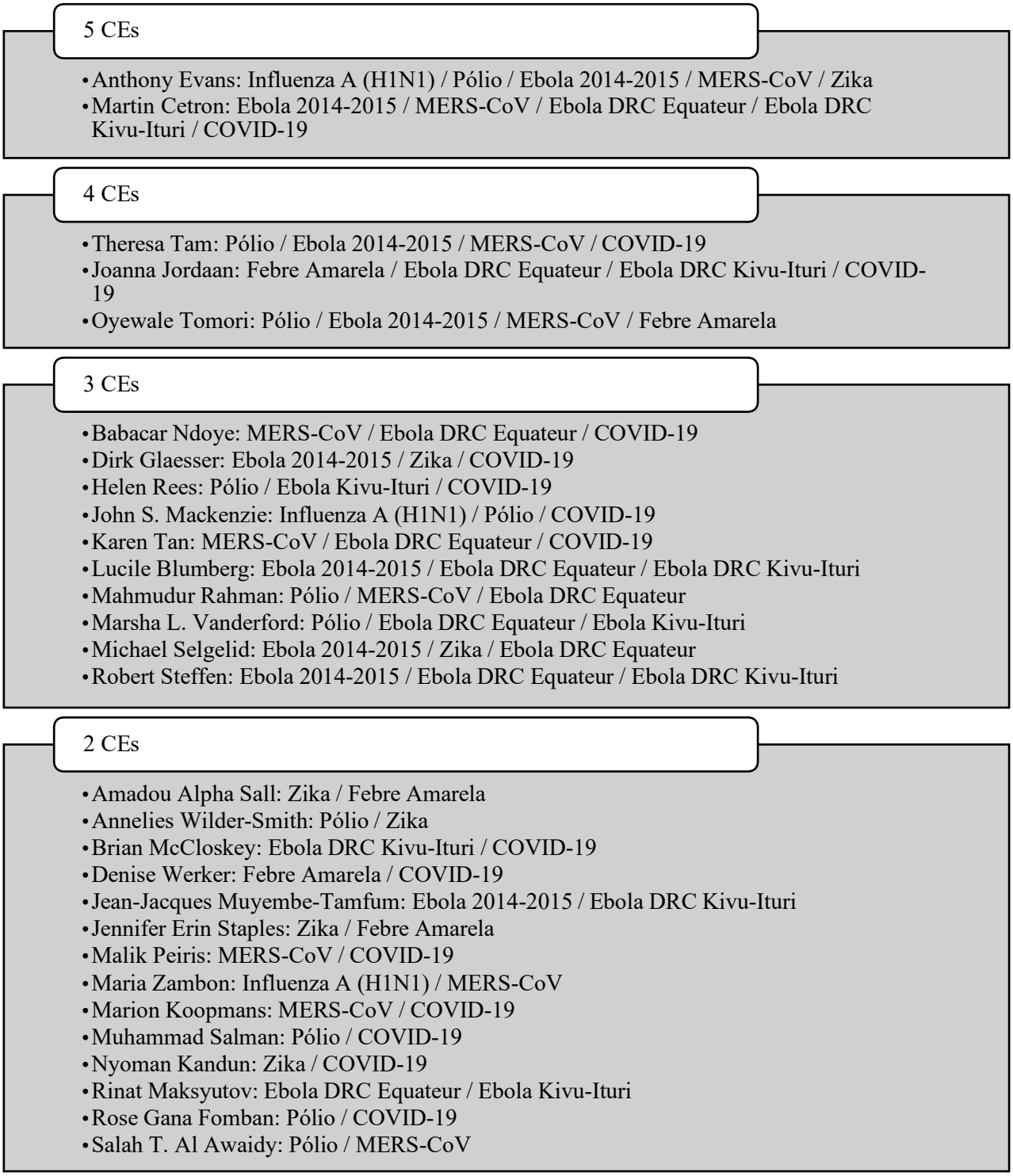
Apenas quatro (4) dos peritos não teriam tido envolvimento anterior com a OMS e não foi possível determinar o status do médico epidemiologista chinês Wannian Liang. Quatro (4) especialistas eram Pontos Focais Nacionais do RSI e nenhum dos peritos indicou conflito de interesses.

1.3. Recorrência da participação de peritos nos CEs

Na composição dos CEs, percebemos vinte e nove (29) recorrências no tocante à participação de alguns peritos ao longo dos anos. Conforme consta da lista abaixo, em ordem alfabética, há especialistas que participaram ou participam de pelo menos dois (2) Comitês, e casos há em que o perito está registrado em até cinco (5) CEs, conforme a Figura 1.

[19] OMS. https://www.who.int/groups/covid-19-ihr-emergency-committee
[20] OMS. Biographies - IHR Emergency Committee for COVID-19. https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ec-covid-19-biographies-combined-updated-october-2020bee6d4bde4b04b36a5f125a6e0970ef1.pdf?sfvrsn=7f569f7a_2

Figura 1 – Participação de peritos em mais de um CE



1.4. Conflitos de interesse

Sobre a questão do conflito de interesses, a grande maioria dos peritos declarou não possuir conflitos de interesses. A ausência de declaração é especialmente surpreendente quando esses mesmos peritos chefiam departamentos relacionados ao tema do Comitê de Emergência ao qual estão atrelados. Para compreender o que se entende por conflito de interesse, buscamos o entendimento que a OMS preconiza para as relações com os peritos que desejem se engajar em atividades promovidas pela Organização. De acordo com o disposto na seção de Ética do sítio eletrônico da OMS, no qual se afirma que "(...) não é suficiente que para a equipe sentir que está agindo corretamente: é preciso que a equipe seja vista não apenas agindo de forma correta como também demonstrando bom julgamento e preservando os princípios éticos da OMS (...)". Assim, a Organização compreende que um conflito de interesse pode surgir quando um interesse secundário interfira com o interesse primário da OMS e de sua equipe, e que o escopo do conflito de interesses vai além dos interesses financeiros.

Dado que, a cada ano, cientistas e outros especialistas contribuem na solução de problemas de saúde global participando de comitês de peritos, grupos consultivos, conferências, estudos e grupos científicos, a OMS busca que as contribuições desses indivíduos sejam ostensivamente objetivas e independentes. Para tanto, a Organização requer que todos os peritos disponibilizem informações sobre quaisquer circunstâncias que possam dar origem a conflitos de interesse.

O documento "Diretrizes para a Declaração de Interesses (Peritos da OMS)" , que se serve a apoiar os peritos na publicização de eventuais implicações de seus trabalhos com sua participação em grupos especializados da OMS e tem por base o documento "Regras para os Painéis e Comitês Assessores de Especialistas da OMS" (aprovado em 1950), instrui que todos os peritos internacionais servindo à Organização deverão disponibilizar todas as circunstâncias que poderiam dar origem a um potencial conflito de interesses como resultado de sua associação a um comitê especializado, de modo a preservar a integridade dos serviços prestados pela OMS como uma organização internacional.

No parágrafo 3 dessas Diretrizes, o termo "conflito de interesses" significa"(...) qualquer interesse declarado por um especialista que poderia afetar ou ser percebido razoavelmente como [passível de] (1) afetar a objetividade e a independência de um perito em fornecer orientações à OMS, e/ou (2) criar uma vantagem competitiva desleal para o especialista ou pessoas ou instituições com as quais o perito tenha interesses financeiros ou comerciais (...)" (p. 1).

Nas mesmas Diretrizes, a OMS estabeleceu uma tipologia de interesses, começando por interesses diretos (parágrafo 6), entendidos como interesses financeiros relacionados aos estipêndios percebidos pelo perito ou outro suporte financeiro que esteja relacionado com a reunião ou atividade da OMS ou que poderia ser afetado por esses encontros. Esse conflito poderia envolver ganhos financeiros pessoais, interesses comerciais, investimentos, apoio financeiros para pesquisa (proveniente do setor privado e direcionado diretamente para o especialista ou para a sua universidade ou instituição de pesquisa) e interesses de propriedade intelectual. Nesses casos, o conflito poderia surgir do acesso a informação privilegiada, que daria ao perito vantagem competitiva comercial.

O segundo tipo de interesse seria aquele criado pelo interesse de terceiros (parágrafo 7), que poderiam estar influenciando de forma indevida. Aqui até mesmo a influência de familiares deverá ser considerada, sobretudo daqueles imediatos, como filho ou cônjuge. Também se compreende como interesses indiretos aqueles que poderiam beneficiar ou afetar adversamente outras partes com as quais os peritos mantenham interesses comuns substantivos, tais como parentes diretos, empregadores, colegas profissionais próximos, unidade administrativa ou departamento.

Numa terceira categoria, a OMS considera que os especialistas ou qualquer outro indivíduo que forneça orientações técnicas ou normativas pode ter algum grau de enviesamento intelectual (*intelectual bias*) com relação a um tópico específico. Esse enviesamento é compreendido pela Organização como opiniões ou perspectivas de que o perito disponha que possam afetar a imparcialidade de suas atividades, que poderiam orientar suas decisões aos interesses da organização que o perito represente ou em que trabalhe.

A última tipologia utilizada pela OMS pode ser problemática em termos de transparência das atividades dos Comitês de Emergência. Para evitar possíveis conflitos de interesses, a OMS possui uma cláusula de confidencialidade sobre as informações disponibilizadas pelos peritos ou deliberadas por eles no contexto das reuniões de grupos consultivos da Organização. Essas informações são não apenas confidenciais como também de propriedade da OMS ou de terceiras partes que trabalhem com ela.

De acordo com as Diretrizes (p. 6), todas as informações disponibilizadas pelos peritos (em formulário próprio) são analisadas numa revisão inicial pelo coordenador ou diretor da unidade técnica ou do programa responsável pela reunião ou atividade em que o especialista esteja envolvido, para determinar se um interesse foi declarado e, em caso positivo, se esse interesse é insignificante ou se é potencialmente significativo. Um interesse é considerado

insignificante ou mínimo se é entendido como improvável de afetar ou passível de afetar razoavelmente o julgamento do perito. Esses interesses tenderão a não estar relacionados ou somente tangencialmente relacionados ao assunto da atividade ou do trabalho e seu resultado; nominal em quantidade ou inconsequente em importância; e expirado ou improvável de afetar o comportamento atual.

As diretrizes também apresentam uma lista não exaustiva de interesses relevantes que poderiam ser considerados, que incluir: a natureza e o valor do interesses (tal como uma patente) cujo valor exceda os U$ 5,000; questões acadêmicas/intelectuais versus financeiras; número de interesses declarados no formulário; natureza pessoal versus não pessoal (departamento ou instituição) do interesse declarado; a posição ou o papel do perito no departamento ou instituições; relação do instituição do perito com a OMS; a relevância e especificidade do interesse declarado em vista do assunto da reunião ou trabalho a ser realizado; a temporalidade do interesse (corrente ou dentro de um período de 4 anos da reunião); se o interesse se relacionado a um membro de família imediato; se o interesse poderia ser atribuído a um enviesamento profissional refletido repetidamente como parte do testemunho do perito em um procedimento regulatório ou judicial; ou se a participação do especialista em uma reunião ou trabalho oferece benefícios financeiros ou pecuniários diretos ou o habilite a ter acesso à informação proprietária de um concorrente ou potencial concorrente.

Se um conflito de interesse declarado é potencialmente significativo, a OMS pode tomar três medidas (ou uma combinação delas): tornar a participação condicionada, disponibilizando o interesses do perito no início da reunião para todos os participantes e no relatório de trabalho do grupo; fazer exclusão parcial do perito, limitando seu envolvimento a apenas parte dos trabalhos ou proibindo o perito de participar da tomada de decisão, o que deverá ser realizado pela publicação dos interesses para todos os participantes e no relatório de trabalho; e excluí-lo totalmente, quando a natureza do conflito seja muito significativa vis-à-vis o objetivo geral ou quando a participação limitada não seja possível.

Além dessas cautelas, as Diretrizes orientam o Secretariado da OMS a considerar medidas gerais (p. 11) na seleção dos peritos, que tenham por base a busca de indivíduos que não possuam conflitos de interesses ou que possam criar controvérsias públicas relativas a eles que levem a danos à reputação da Organização. Nenhum perito poderá fazer parte da equipe da OMS.

Para os propósitos deste trabalho, consideramos também o estabelecido pelo Marco-Quadro sobre o Engajamento de Atores Não-Estatais[21], aprovado pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2016, que especifica que estabelece que um conflito de interesses surge de circunstâncias nas quais há potencial para segundos interesses (um interesse velado no resultado da atividade da OMS em uma dada área) relacionados a influências indevidas, ou onde possa ser percebida potencialmente como influência indevida, tanto no que diz respeito à independência ou à objetividade do julgamento profissional ou de ações relacionados ao interesse primário (a atividade da OMS). A existência de conflito de interesses não pressuporia que uma ação imprópria já tenha ocorrido, mas sim o risco de que tal ação imprópria ocorra.

A OMS pressupõe que todas instituições possuem múltiplos interesses, o que significa que o engajamento com atores não-estatais está sempre confrontado com uma combinação de interesses conflitantes e convergentes. Define-se, portanto, um conflito de interesses institucional uma situação em que o interesse primário da OMS, tal como refletido em sua Constituição, pode ser influenciado de forma imprópria pelo conflito de interesse de um ator não-estatal de modo que afete, ou possa ser razoavelmente percebido com capacidade de influenciar, a independência e a objetividade da atividade da OMS. As situações mais passíveis de conflitos de interesse seriam situações econômicas, comerciais ou financeira que vão de encontro com as políticas de saúde pública da OMS, o mandato e seus interesses, em particular a independência e a imparcialidade de estabelecer políticas, normas e padrões.

Apresentados os resultados da sistematização dos dados relativos à composição dos CEs, passamos a seguir à sistematização das declarações dos Comitês de Emergência.

2. As declarações dos CEs

Como já foi mencionado, no fluxo temporal de cada CE, foi possível identificar elementos que justificariam a declaração de uma ESPII e, nos casos em que não foi declarada emergência, outros indicativos de que o evento não atendia aos critérios para se recomendar uma ESPII à DG-OMS. Será apresentada a seguir a análise das declarações de cada comitê.

[21] OMS. Framework of engagement with non-State actors. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r10-en.pdf

2.1. Pandemia de H1N1

A primeira reunião do CE relativo ao surto de gripe A H1N1 se dá num momento em que se registram casos de infecção pelo vírus no México e nos Estados Unidos, este um dos países centrais. Pelo teor da primeira declaração, as diversas lacunas no conhecimento sobre as características clínicas, a epidemiologia e a virologia dos casos da gripe teriam justificado a recomendação de se declarar a ESPII, decisão acatada pela DG[22]. Naquele momento, o Comitê considerou ser necessário intensificar a vigilância de surtos incomuns de surtos de doenças similares à gripe e de pneumonia severa, e adotar medidas de mitigação (que excluíam, naquele momento, medidas não farmacológicas), bem como evitar o bloqueio do tráfego internacional e fomentar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos.

Com o avanço das infecções para outros países centrais, como o Canadá, nas reuniões seguintes, o Comitê mostrou-se preocupado com a disseminação internacional do vírus, dadas as evidências de transmissão humano-a-humano e a habilidade de o vírus causar surtos em nível comunitário[23], o que justificaria ampliar o escopo da doença para uma pandemia[24] [25]. Embora as evidências de disseminação internacional tenham se verificado nas três reuniões, as declarações públicas não fizeram referência direta à manutenção da ESPII nem ao seu encerramento. Outro traço em comum entre as três reuniões diz respeito à conclusão de que não seria mais possível conter o vírus e que, a partir de então, medidas de mitigação deveriam ser adotadas em todo mundo. Além disso, reforçou-se a recomendação de que o tráfego internacional de pessoas e mercadorias não deveria ser restringido. A produção de vacinas para a gripe A (H1N1) se tornou prioridade para a OMS.

Nesse período, é possível identificar a recorrência do termo “severidade” para explicar o aumento do nível de alerta e a manutenção do status de pandemia para atestar a situação de dispersão global da doença.

---

[22] OMS. First Meeting of the IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/25-04-2009-first-meeting-of-the-ihr-emergency-committee

[23] OMS. Second Meeting of the IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/27-04-2009-second-meeting-of-the-ihr-emergency-committee

[24] OMS. Third Meeting of the IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/05-06-2009-third-meeting-of-the-ihr-emergency-committee

[25] OMS. DG Statement following the meeting of the Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/11-06-2009-dg-statement-following-the-meeting-of-the-emergency-committee

Nas reuniões seguintes[26] [27] [28], os peritos avaliaram que a pandemia já estaria em declínio, mas que novas atividades de transmissão em nível comunitário ainda ocorriam no continente africano. Somado a isso, a proximidade do inverno no Hemisfério Sul poderia indicar que ainda não seria alterado o grau de pandemia como forma de manutenção do nível de alerta.

Quando apenas o Caribe, o Sudeste Asiático e alguns países do continente africano registravam alguma evidência de ressurgimento de casos depois de intensa atividade do vírus em 2009[29], o Comitê considerou surgir tendência de arrefecimento da pandemia, o que se revelou na transição dos níveis de transmissão para padrões sazonais em todo o mundo e na ausência de surtos fora de época, com baixas taxas de transmissão. Essa tendência levou o CE a recomendar que a situação não mais constituía um evento que exigisse ações emergenciais em escala internacional e, portanto, não constituía mais uma ESPII. A DG-OMS acatou as recomendações do CE e declarou a ESPII encerrada em agosto de 2010[30].

2.2. Poliomielite

O mais duradouro Comitê de Emergência é aquele relativo à Disseminação do Vírus da Poliomielite, cuja primeira reunião se deu em abril de 2014 e, até a conclusão deste trabalho, não havia sido encerrado, tendo realizado até então seu último encontro em agosto de 2021. O Comitê foi instalado depois de se constatar a endemia e a importação do poliovírus no Afeganistão, na Guiné Equatorial, na Etiópia, em Israel, na Nigéria, no Paquistão, na Somália e na República Árabe da Síria. Naquele momento, importava para a comunidade internacional a disseminação do poliovírus selvagem. O receio de uma disseminação internacional descontrolada justificava a necessidade de uma resposta internacional coordenada, como meio

[26] OMS. Director-General Statement following the fifth meeting of the Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/24-09-2009-director-general-statement-following-the-fifth-meeting-of-the-emergency-committee
[27] OMS. Director-General Statement following the sixth meeting of the Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/26-11-2009-director-general-statement-following-the-sixth-meeting-of-the-emergency-committee
[28] OMS. Director-General Statement following the seventh meeting of the Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/24-02-2010-director-general-statement-following-the-seventh-meeting-of-the-emergency-committee
[29] OMS. Director-General Statement following the eighth meeting of the Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/03-06-2010-director-general-statement-following-the-eighth-meeting-of-the-emergency-committee
[30] OMS. Director-General Statement following the ninth meeting of the Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/10-08-2010-director-general-statement-following-the-ninth-meeting-of-the-emergency-committee

de não prejudicar os esforços de erradicação global da poliomielite, o que fundamentou a declaração da ESPII[31].

Causava preocupação o fato de que havia um grande número considerável de países livres da pólio, mas suscetíveis e conflitos, nos quais as rotinas de imunização estavam severamente comprometidas, o que elevava o risco de reinfecção. Os países onde os surtos foram identificados possuíam registro de atividades recorrentes de exportação de infecções, tanto na Ásia Central (de países com pouca capacidade de vigilância e envolvidos em conflitos) como na África Central (aonde o vírus teria chegado por viajantes estrangeiros). Nessas circunstâncias, era preciso reforçar a vacinação e o controle de viajantes.

A situação crítica desses países e a possibilidade de maior dispersão internacional da doença levam o Comitê de Emergência a recomendar a adoção de diversas medidas temporárias voltadas ao reforço da vigilância e da vacinação dentro dos países e em suas fronteiras.

Nas reuniões que se seguiram, o CE avaliou estar em curso uma estação de alta transmissão da pólio, com disseminação internacional do vírus selvagem pela Ásia Central e com a emergência do poliovírus na África Central e nas Américas, incluindo o Brasil (um caso em São Paulo, Brasil). Para o Comitê, a adoção das recomendações temporárias continuava incompleta, e a disseminação internacional representava ainda um grande risco aos esforços de erradicação em andamento, o que exigia o reforço para operacionalizar procedimentos de emergência nacionais, assim como para melhorar a cobertura vacinal de viajantes internacionais e assegurar estratégias de erradicação em todas as áreas afetadas e de alto risco[32]. Ao longo de um ano e de cinco (5) reuniões do Comitê de Emergência, a questão de maior preocupação dizia respeito à porosidade da fronteira entre o Paquistão e o Afeganistão, onde a exportação de casos era registrada com frequência numa região particularmente afetada por conflitos armados,

[31] OMS. WHO statement on the meeting of the International Health Regulations Committee concerning the international spread of wild poliovirus. https://www.who.int/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus

[32] OMS. WHO statement on the second meeting of the International Health Regulations Committee concerning the international spread of wild poliovirus. https://www.who.int/news/item/03-08-2014-who-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus

semelhante ao que ocorria no Oriente Médio e na África Central[33] [34]. Em meados de 2015, apesar de algum progresso ter sido alcançado na adoção de medidas de controle, o Comitê ainda apontava a persistência do risco de disseminação internacional da doença[35]. O Paquistão e o Afeganistão passaram a ser monitorados como um bloco único, no qual ações coordenadas entre os dois países melhorariam a qualidade da vacinação transfronteiriça e a vigilância dos casos de poliovírus selvagem[36]. Em todas as reuniões desse período, o CE recomendou explicitamente a manutenção da ESPII, o que foi prontamente acatado pela DG-OMS.

Afora a circulação de variantes selvagens do poliovírus, em novembro de 2015, outro fato relacionado à poliomielite tornou-se central nas discussões do CE: a circulação de poliovírus decorrentes de vacinas (cVDPV), cujo aumento de infecções havia sido registrado em três regiões da OMS, todas relacionados a falhas nos programas de imunização. O Comitê reiterou sua preocupação com as populações vulneráveis, particularmente em zonas de conflitos, sujeitas à insegurança e a baixas coberturas vacinais decorrentes de programas de vacinação fragilizados[37]. Pela primeira vez, o CE destacou a preocupação com populações migrantes. Nas reuniões que se seguiram, a preocupação dos peritos se concentrou no avanço de casos de cVDPV, que estariam alcançando cada vez mais regiões da OMS e revelavam lacunas nos programas rotineiros de vacinação. O CE constatou haver resistência à vacinação em algumas regiões, enquanto, em outras, o problema era a escassez de doses de vacinas[38]. Na 9ª reunião do Comitê, somou-se às preocupações anteriores a identificação de vírus nos sistemas de esgoto e de coleta de água em alguns países, o que sugeriria a necessidade de reforço

[33] OMS. WHO statement on the third meeting of the International Health Regulations Committee concerning the international spread of wild poliovirus. https://www.who.int/news/item/14-11-2014-who-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

[34] OMS. Statement on the 4th IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. https://www.who.int/news/item/27-02-2015-statement-on-the-4th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

[35] OMS. Statement on the 5th IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. https://www.who.int/news/item/05-05-2015-statement-on-the-5th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

[36] OMS. Statement on the 6th IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. https://www.who.int/news/item/17-08-2015-statement-on-the-6th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

[37] OMS. Statement on the seventh IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. https://www.who.int/news/item/26-11-2015-statement-on-the-seventh-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

[38] OMS. Statement on the 8th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/01-03-2016-statement-on-the-8th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

nos sistemas de vigilância ambiental[39]. Em todas as reuniões, os peritos recomendaram objetivamente que a ESPII fosse mantida, o que foi acatado pela DG-OMS.

A 10ª reunião do grupo trouxe à tona a evidência de circulação de poliovírus selvagens e de derivados de vacinas (cVDPV) na Nigéria, sem que houvesse a devida notificação, revelando grandes lacunas na vigilância. A ocorrência do vírus no país era preocupante em função da extensa fronteira com o Camarões e a adjacência com o Chade, que margeia também o Chade e o Níger, o que, para os peritos, representava altíssimo risco de disseminação internacional entre os quatro países[40]. A circulação do poliovírus selvagem entre o Paquistão e o Afeganistão seguia em declínio, apesar dos conflitos nesse último, mas ainda indicava a dificuldade em se estancar a disseminação internacional entre os dois países, sobretudo nas zonas de conflitos e entre populações migrantes[41].

A partir do início de 2017, apesar dos progressos alcançados em escala global na contenção do número de infecções por poliovírus, o Comitê passou a registrar com maior preocupação o avanço das contaminações por cVDPV, o que poderia indicar uma tendência mundial na prevalência de casos decorrentes de vacinas em detrimento de casos por variantes selvagens[42] [43] [44]. Causava preocupação as populações em áreas remotas e inacessíveis, sobretudo ao redor do lago Chade. De acordo com os peritos, havia registros de surtos de cVDPV entre refugiados de guerras na República Democrática do Congo (RDC) e na Síria, que se deslocavam para países próximos, como a Jordânia, o Líbano e a Turquia. Novas detecções em esgotos na Somália, com evidências de replicação por mais de 3 anos sem detecção, sugeriam falhas nos sistemas de vigilância, e agravavam a situação pela exiguidade de vacinas

[39] OMS. Statement on the 9th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/20-05-2016-statement-on-the-9th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

[40] OMS. Statement on the 10th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/22-08-2016-statement-on-the-10th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

[41] OMS. Statement of the 11th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/11-11-2016-statement-of-the-11th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

[42] OMS. Twelfth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2015) regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/13-02-2017-twelfth-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2015)-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

[43] OMS. Statement of the 13th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/02-05-2017-statement-of-the-13th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

[44] OMS. Statement of the 14th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/03-08-2017-statement-of-the-14th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

e pela fragilidade dos programas nacionais de vacinação[45]. Todas essas evidências indicavam haver espécie de estagnação na erradicação da poliomielite no mundo e configuravam indícios de que o risco de disseminação internacional da doença ainda era considerável[46]. O Comitê considerou válida a renovação das recomendações temporárias e sugeriu a manutenção da ESPII, acatada pela DG-OMS.

Nas reuniões realizadas entre abril de 2017 e fevereiro de 2018, o Comitê de Emergência seguiu monitorando o registro de casos de poliovírus selvagem no bloco Paquistão-Afeganistão (onde os conflitos armados estagnavam os esforços de erradicação) e na região da Nigéria e do lago Chade, onde a insurgência do grupo armado Boko Haram levou diversos povos a se locomoverem. Também seguiam sendo monitorados os casos de infecção por cVDPV, agora em múltiplas linhagens, algumas difíceis de combater, que poderiam estar circulando há anos sem detecção[47]. Em agosto de 2018, a OMS passou a ser criticada pela longa duração da ESPII, a qual poderia enfraquecer seu impacto como ferramenta contra emergências sanitárias globais. O CE avaliou que uma remoção abrupta da ESPII poderia passar uma imagem incorreta para a comunidade internacional, sobretudo porque as recomendações temporárias estavam surtindo efeito[48]. A DG-OMS decidiu manter a ESPII.

No final do ano de 2018, a situação global da poliomielite se havia deteriorado. Além do aumento no número de casos de poliovírus registrados em todo o mundo, a vigilância ambiental passou a apontar cada vez mais lacunas no monitoramento do vírus e as infecções relacionadas ao cVDPV se disseminaram por mais outros países, o que demonstrava a fragilidade das imunizações de rotina[49]. Embora o CE tenha chegado a cogitar que a erradicação da pólio estaria muito próxima[50], dependendo somente do reforço da imunização e da vigilância das zonas de risco, a realidade se mostrou muito mais complicada em função do salto

[45] OMS. Statement of the 15th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. https://www.who.int/news/item/14-11-2017-statement-of-the-15th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus
[46] OMS. Statement on the Sixteenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. https://www.who.int/news/item/13-02-2018-statement-of-the-sixteenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus
[47] OMS. Statement on the Seventeenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. https://www.who.int/news/item/10-05-2018-statement-of-the-seventeenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus
[48] OMS. Statement on the Eighteenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. https://www.who.int/news/item/15-08-2018-statement-of-the-eighteenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus
[49] OMS. Statement on the Nineteenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. https://www.who.int/news/item/30-11-2018-statement-of-the-nineteenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus
[50] OMS. Statement on the Twentieth IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/01-03-2019-statement-of-the-twentieth-ihr-emergency-committee

significativo no número de casos de poliovírus em escala global, em 2019, pela deterioração do conflito no Afeganistação, pela exportação de casos entre países distantes (como o Irã, com cepa paquistanesa) e pela avalanche de novas variantes de cVDPV em todo o mundo, indicativo da fragilidade das estratégias de vacinação. O Comitê de Emergência sugeriu que a Assembleia Mundial da Saúde precisaria ser comunicada sobre o alto de risco de disseminação global da poliomielite e que as recomendações temporárias deveriam ser renovadas, sustentando, assim, a ESPII[51].

O agravamento de situação global de controle do poliovírus se aprofundou ao longo de 2019, quando o Comitê declarou que o aumento de casos de pólio selvagem no Paquistão e no Afeganistão poderia indicar o comprometimento da erradicação da doença na região. Aaparente complacência dos dois países, notável nas amostras por vigilância ambiental, na recusa de vacinação por parte da população e no agravamento dos conflitos no Afeganistão, e o nívelsem precedentes de infecções por cVDPV revelavam que o risco de disseminação internacionalestava tão alto como em 2014, no início da ESPII[52]. Os peritos manifestaram preocupação comos níveis sem precedentes de infecções por cVDPV em quatro regiões da OMS e com a rápidaemergência sem precedentes de diversas variantes desses vírus em diversos países. Para o Comitê, além de renovar as recomendações temporárias, era preciso reforçar a coordenação global, sobretudo no controle de fronteiras, no compartilhamento de dados, na sincronização decampanhas e na vacinação de viajantes internacionais, além de garantir o financiamento adequado dos programas de imunização e de vigilância, e das estratégias de comunicação[53].

Em março de 2020, o Comitê se reuniu pela 24ª vez para avaliar a situação global, desta vez sob o espectro da pandemia de covid-19, ela também uma ESPII. O quadro global de infecções por poliovírus selvagens havia se deteriorado, sendo o Paquistão o epicentro dos novos casos, enquanto o Afeganistão enfrentava uma escalada nos conflitos internos e aprofundavam o risco de disseminação internacional do vírus. Somada à atenção sobre o número de novos casos de cVDPV em quatro regiões da OMS, o CE se debruçou sobre o impacto da covid-19 sobre a transmissão da poliomielite e sobre o potencial da pandemia sobre

[51] OMS. Polio: Statement on the Twenty-first IHR Emergency. https://www.who.int/news/item/29-05-2019-statement-of-the-twenty-first-ihr-emergency-committee
[52] OMS. Statement on the Twenty-Second IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. https://www.who.int/news/item/03-10-2019-statement-of-the-twenty-second-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus
[53] OMS. Statement on the Twenty-Third IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. https://www.who.int/news/item/07-01-2020-statement-o-the-twenty-third-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

a disseminação internacional, com possível reversão da erradicação[54]. Os impedimentos causados pela covid-19 levantaram o alerta dos peritos quanto à postergação de campanhas de vacinação.

Para o Comitê de Emergência, a covid-19 também impactou significativamente a vigilância da poliomielite, resultando em um grau incomum de incerteza referente à verdadeira epidemiologia da doença. Os peritos consideraram, ainda, a possibilidade de combinação do sarampo entre as doenças cuja vigilância diminuiu em função da covid-19, que também poderia afetar os trabalhadores do *front*[55]. Em outubro de 2020, os casos de cVDPV já haviam superado os de poliovírus selvagens, e a transmissão transfronteiriça havia passado a ocorrer regularmente entre diversos países. O CE avaliou que a covid-19 teria impactado os programas de imunização e a vigilância de casos, deixando a transmissão sem controle em algumas regiões, que também passaram a estar descobertos de vacinas. Apesar das lacunas de vacinação,alguns produtores tiveram que reduzir a produção de doses em função da limitação dacapacidade de estoque[56]. Em todas as reuniões de 2021, os peritos declararam o aumento exponencial dos casos de cVDPV, cuja exportação dos vírus ocorria para diversos países, e osdesafios no controle de infecções em decorrência do impacto da covid-19 sobre os programas de imunização, nas estratégias de vigilância e no aumento das transmissões comunitárias de poliomielite[57] [58]. Até o encerramento deste trabalho, as recomendações temporárias do CE seguiam vigentes, assim como a ESPII[59].

2.3. Ebola na África Ocidental

O terceiro Comitê de Emergência instalado sob os auspícios do RSI (2005) foi o relativo ao surto de EBV na África Ocidental, entre 2014 e 2015. Desde a primeira reunião, os peritos foram enfáticos em considerar que esse surto constituía um evento extraordinário e um risco à

[54] OMS. Statement on the Twenty-Fourth IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/08-04-2020-statement-of-the-twenty-fourth-ihr-emergency-committee
[55] OMS. Statement on the twenty-fifth IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/08-04-2020-statement-of-the-twenty-fourth-ihr-emergency-committee
[56] OMS. Statement on the Twenty-Sixth IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/22-10-2020-statement-of-the-twenty-sixth-polio-ihr-emergency-committee
[57] OMS. Statement on the Twenty-Seventh IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/19-02-2021-statement-of-the-twenty-seventh-polio-ihr-emergency-committee
[58] OMS. Statement following the Twenty-Eighth IHR Emergency Committee for Polio. https://www.who.int/news/item/21-05-2021-statement-following-the-twenty-eighth-ihr-emergency-committee-for-polio
[59] OMS. Statement on the Twenty-Ninth IHR Emergency Committee. https://www.who.int/news/item/20-08-2021-statement-of-the-twenty-ninth-polio-ihr-emergency-committee

saúde pública de outros Estados, e que as consequências de uma maior disseminação internacional da doença seriam particularmente sérias, com padrões intensos de transmissão comunitária e entre profissionais de saúde, o que exigia uma resposta internacional coordenada. Para o CE, os países afetados (Guiné, Libéria, Serra Leoa e Nigéria) enfrentavam graves desafios à saúde pública, como sistemas de saúde fragilizados, com déficits de recursos humanos, financeiros e materiais, que comprometiam uma resposta adequada aos surtos de EBV. Ademais, faltava a esses países a experiência em lidar com tais surtos e de compreensão sobre o próprio vírus, incluindo sobre os modos de transmissibilidade. Nessa região do globo, havia também alta mobilidade de populações, incluindo viagens transfronteiriças de indivíduos contaminados, e um alto número de infecções entre profissionais de saúde, o que demonstrava práticas inadequadas de controle das doenças nas unidades de saúde.

O sentido de calamidade decorrente dos surtos de EBV levou o Comitê a recomendarem uma série de medidas para os países afetados, as quais visavam reforçar a vigilância de casos e fortalecer a capacidade de resposta a surtos; melhorar a capacidade de liderança e coordenação dos Governos nacionais; e reforçar o financiamento das iniciativas de controle. Também era preciso engajar a comunidade para que se envolvesse em todos os passos da resposta; prover todo o equipamento de proteção pessoal; oferecer atendimento de qualidade nas áreas de transmissão intensa, inclusive pela aplicação de quarentenas temporárias; oferecer segurança para os profissionais de saúde; reforçar os controles de viajantes, especialmente isolar os casos confirmados e bloquear as viagens domésticas e internacionais de profissionais de saúde. Tendo em vista o nível de preocpação do Comitê, a DG-OMS decidiu declarar a ESPII em agosto de 2014[60].

A declaração da ESPII levou à adoção de medidas extraordinárias por diversos Estados pelo mundo, que ampliavam o isolamento dos países acometidos pelos surtos e geravam consequências econômicas graves, que dificultavam ainda mais os esforços de resposta e alívio para impedir a disseminação internacional da doença. Na avaliação do CE, essas medidas não estavam sendo tomadas com base em evidências sólidas. Nos países afetados, era preciso garantir a segurança dos profissionais de saúde e o treinamento adequado para combater o Ebola. Também era necessário melhorar o engajamento das comunidades e reforçar a capacidade de preparação de todos os Estados, particularmente por meio de simulações. A

[60] OMS. Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/08-08-2014-statement-on-the-1st-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-on-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

possibilidade de dispersão internacional do Ebola ainda era avaliada como alta, e a ESPII foi mantida pela DG-OMS[61].

A exportação de casos para a Espanha e os Estados Unidos, e a elevação exponencial do número de casos e de óbitos no Guiné, na Libéria e em Serra Leoa, onde a situação era de grande preocupação, causou preocupação ao CE, que seguiu unânime em considerar que a ESPII permanecia válida em virtude do grande risco de disseminação internacional da doença, para a qual se recomendava novamente reforçar o monitoramento e o acompanhamento da saúde dos profissionais em campo. Além das recomendações temporárias anteriores, o CE emitiu duas outras: o compartilhamento de informações de vigilância com a OMS e o *screening* em todos os pontos de saída dos países afetados. Causava preocupação ao Comitê a adoção de medidas de controle na entrada de vários países, cuja efetividade ainda precisava ser avaliada, e o cancelamento de eventos de massa em função do Ebola ou o impedimento à participação nesses eventos de indivíduos originários dos países afetados. Era preciso reforçar a adequação para combater o estigma, o medo desproporcional e as reações inapropriadas associados ao Ebola. A DG-OMS acatou a recomendação de manter válida a ESPII[62].

Nas quatro reuniões seguintes, os peritos avaliaram a queda no número de casos em todos os países afetados pelo Ebola. O que preocupava ao Comitê eram as novas exportações do vírus para fora do continente africano, como a Inglaterra[63]. Nessas reuniões, o CE reforçou a perspectiva de se chegar a "zero casos de Ebola", freando a transmissão nos países afetados. Enquanto a atividades de prevenção e controle mostravam resultados positivos, passou-se a discutir a possibilidade de transmissão sexual do EBV e as medidas de saúde consideradas inapropriadas adotadas por mais de 40 países, que excediam as recomendações do Comitê de Emergência[64]. Além da persistência do vírus no sêmen, também se discutia o progresso de estudos com coortes de sobreviventes e de ensaios clínicos de vacinas e de terapias com soro de convalescentes. As estratégias de resposta ao EBV, o encerramento das cadeias de

---

[61] OMS. Statement on the 2nd meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/22-09-2014-statement-on-the-2nd-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

[62] OMS. Statement on the 3rd meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/23-10-2014-statement-on-the-3rd-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

[63] OMS. Statement on the 4th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/21-01-2015-statement-on-the-4th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

[64] OMS. Statement on the 5th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/10-04-2015-statement-on-the-5th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

transmissão, que envolvia a melhoria na gestão de alertas, o fortalecimento da capacidade regional de resposta e o apoio no engajamento de sobreviventes, eram objeto de preocupação do Comitê na sexta[65] e sétima[66] reuniões.

Pouco tempo depois, o CE voltou a se reunir quando os casos repentinamente voltaram a subir, em decorrência da reintrodução do EBV. Embora controlados, esses casos foram avaliados como eventos extraordinários pelo Comitê, que considerou ser necessária uma resposta coordenada internacional. Ainda preocupavam as medidas extras adotadas por outros países, que continuavam a impedir os esforços de recuperação. O Comitê avaliou que a fase crítica de transição entre o encerramento das cadeias originais de transmissão para a fase de gestão de novos surtos decorrentes da reintrodução de EBV por sobreviventes constituía uma ESPII e exigia a manutenção das recomendações temporárias[67]. Somente quando a percepção de que novos clusters de infecção decorrentes da reintrodução do vírus passaram a ter frequência decrescente, o CE considerou que a transmissão do EBV não mais constituía um evento extraordinário, que a o risco de disseminação internacional era baixo e que os países afetados tinham a capacidade para responder rapidamente a novas emergências do vírus.

Chama a atenção o fato de que, embora a presença do EBV fosse constatada nos ecossistemas da África Subsaariana, indicando a necessidade de reforço na vigilância, o Comitê avaliou que a situação não configurava mais uma ESPII e que as recomendações temporárias podiam ser levantadas[68]. A DG-OMS decidiu por encerrar oficialmente a Emergência em março de 2016.

2.4. Síndrome Congênita do Vírus Zika

Embora o Brasil houvesse declarado uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em novembro de 2015, em virtude dos clusters de microcefalia registrados em Estados brasileiros naquele ano, a DG-OMS decidiu instalar um Comitê de Emergência relativo ao Zika vírus (ZIKV) apenas em fevereiro de 2016, quando evidências passaram a

---

[65] OMS. Statement on the 6th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/07-07-2015-statement-on-the-6th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

[66] OMS. Statement on the 7th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/05-10-2015-statement-on-the-7th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

[67] OMS. Statement on the 8th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/18-12-2015-statement-on-the-8th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

[68] OMS. Statement on the 9th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. https://www.who.int/news/item/29-03-2016-statement-on-the-9th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

indicar a existência de associação entre os casos de microcefalia e de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) e a transmissão do ZIKV no Brasil, em El Salvador, na França e nos Estados Unidos. Já na primeira reunião do Comitê, os peritos declararam que os clusters de microcefalia e de outras desordens neurológicas registradas no Brasil, semelhantes ao cluster observado na Polinésia Francesa, em 2014, constituía uma ESPII. Para os especialistas, era preciso padronizar e ampliar a vigilância para a microcefalia e para SGB, sobretudo nas áreas de conhecida transmissão do ZIKV e em áreas em risco dessa transmissão. Também era preciso intensificar a pesquisa sobre a etiologia de novos clusters de microcefalia e de outras desordens neurológicas, de modo a determinar se havia um link causal entre o ZIKV e/ou outros fatores e co-fatores.

O CE recomendou, entre outras, a adoção de medidas agressivas para reduzir as infecções por Zika vírus, particularmente entre gestantes e mulheres em idade reprodutiva, assim como o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos para a infecção do ZIKV, para fortalecer ações de vigilância e controle. No longo prazo, o CE recomendou fossem intensificados os esforços de pesquisa e desenvolvimento para vacinas, terapias e diagnósticos para ZIKV; que o serviços de saúde em zonas de transmissão do ZIKV estivessem preparados para o aumento potencial nas síndromes neurológicas e nas malformações; que não deveria haver restrições sobre viagens ou comércio com países, áreas e/ou territórios com transmissão do ZIKV; que viajantes para áreas de transmissão do ZIKV recebessem orientação quando aos riscos potenciais e as medidas apropriadas para reduzir a possibilidade de exposição a picadas de mosquitos; e que recomendações da OMS sobre a desinfestação de aeronaves e aeroportos deveriam ser implementadas. Os peritos também recomendaram que autoridades nacionais garantissem a rápida notificação e o compartilhamento de informações de importância para a saúde pública relevantes para esta ESPII; e que dados clínicos, virológicos e epidemiológicos relacionados com a ampliação das taxas de microcefalia e/ou de SGC de transmissão do ZIKV fossem compartilhados rapidamente com a OMS para facilitar a compreensão internacional desses eventos, guiar o apoio internacional para os esforços de controle e priorizar mais pesquisa e desenvolvimento. A DG-OMS acatou as recomendações e decidiu declarar a ESPII[69].

[69] OMS. WHO Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological and neonatal malformations. https://www.who.int/news/item/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr-2005)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations

Na segunda reunião, em vista das inconsistências nos dados dos países, o CE avaliou que o evento ainda constituía uma ESPII em vista das crescentes evidências de relação e causa com o ZIKV. Era preciso dar atenção para a geração de dados adicionais sobre as sequências genéticas e os efeitos clínicos de diferentes cepas de ZIKV, além do estudo da neuropatologia da microcefalia e da condução de estudos de caso controle e coortes em localidades infectadas mais recentemente pelo vírus, e desenvolver modelos animais para estudos experimentais. Os peritos consideraram importante pesquisar a história natural do ZIKV, incluindo as taxas de infecções assintomáticas e suas implicações, sobretudo com relação à gravidez, e a persistência da excreção de vírus. Estudos retrospectivos precisavam ser feitos em zonas onde ocorreu transmissão por ZIKV, assim como estudos sobre outros fatores causais e co-fatores observados nos clusters de microcefalia e de desordens neurológicas. Para o CE, continuava prioritário reforçar a vigilância das infecções por ZIKV e do vetor, incluindo a determinação das espécies de mosquitos-vetor e sua sensibilidade a inseticidas. Aqui o Comitê faz uma recomendação para que mulheres grávidas não viajassem para zonas em que ocorriam surtos de Zika e que aquelas cujos parceiro vivam ou trabalhassem em zonas de risco se abstivessem do sexo ou adotassem práticas de sexo seguro durante a gestação. A ESPII ainda foi mantida[70]

O Comitê se reuniu numa terceira oportunidade para avaliar a adoção das recomendações anteriores e considerar os potenciais riscos da transmissão de Zika em eventos de massa incluindo os Jogos Olímpicos e Paralímpicos previstos para agosto e setembro de 2016, no Rio de Janeiro. O CE aceitou o consenso científico internacional de que o ZIKV era a causa da microcefalia e da SGB e que, consequentemente, a infecção por ZIKV e as desordens congênitas e neurológicas associadas constituíam uma ESPII. No tocante a eventos de grande massa, o Comitê considerou que a reunião substantiva de indivíduos poderia resultar na amplificação da transmissão viral e, potencialmente, contribuir para a disseminação internacional de uma doença infecciosa a depender de sua epidemiologia, dos fatores de risco presentes e das estratégias de mitigação adotadas. No contexto do Zika, entretanto, o CE concluiu que os riscos individuais nas áreas de transmissão seriam os mesmos com ou sem eventos de massa, e que esses riscos poderiam ser minimizados por boas medidas de saúde pública. Baseados nas evidências à época, os peritos concordaram que o vírus ainda poderia se

[70] OMS WHO Statement on the 2nd meeting of the IHR Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological and neonatal malformations. https://www.who.int/news/item/08-03-2016-who-statement-on-the-2nd-meeting-of-ihr-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations

disseminar internacionalmente e estabelecer novas cadeias de transmissão nas áreas em que o vetor estivesse presente.

No que diz respeito ao Jogos Olímpicos e Paralímpicos, o Comitê avaliou informações fornecidas pelo Brasil e por pesquisadores especialistas em arboviroses, assim como na disseminação internacional de doenças infecciosas, em medicina de viagem, eventos de massa e bioética. O Comitê concluiu que haveria baixo risco de ampliação da disseminação internacional do ZIKV como resultado dos jogos no Brasil uma vez que esses seriam realizados no inverno, quando a intensidade de transmissão autóctone (como dengue ou Zika) seria mínima e que o país teria intensificado medidas de controle do vetor nas áreas dos jogos e ao redor delas para diminuir o risco de transmissão. Ainda assim, o CE propôs recomendações para os Jogos com relação a eventos de massa, como intensificar a avaliação de risco das áreas do evento, compartilhar as informações sobre a vigilância do mosquito e disponibilizar repelentes de mosquitos e preservativos para atletas e visitantes; todos os viajantes deveriam garantir que estivessem totalmente informados sobre os riscos do ZIKV, medidas de proteção e sobre o que fazer caso acreditem terem se contaminado; os países deveriam adotar protocolos para viajantes que retornassem de país em que ocorra a transmissão do ZIKV. A DG-OMS manteve ativa a ESPII[71].

Na 4ª reunião do CE, os peritos avaliaram a implementação das recomendações temporárias e a situação dos Jogos Olímpicos, além da disseminação geográfica do ZIKV, sua história natural, epidemiologia, microcefalias e outras complicações neonatais associadas, a SGB e o conhecimento à época sobre a transmissão sexual do vírus. O Brasil foi congratulado pela aplicação bem-sucedida das medidas de saúde pública durante os Jogos Olímpicos, nos quais não houve registro de casos confirmados de ZIKV entre pessoas que assistiram aos Jogos presencialmente (o que corroborou a avaliação de risco referente à 3ª reunião). O Comitê considerou que, devido à expansão geográfica continuada e às lacunas consideráveis na compreensão do vírus e de suas consequências, a infecção pelo ZIKV e as desordens congênitas e outras desordens neurológicas continuavam a ser uma ESPII. Dado que o impacto do vírus se tornaria uma preocupação de longo prazo, era preciso desenvolver uma estrutura apropriada e um plano de resposta no âmbito OMS para fornecer coordenação de longo prazo e

[71] OMS. WHO Statement on the thirds meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological and neonatal malformations. https://www.who.int/news/item/14-06-2016-who-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr(2005))-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations

accountability para assegurar uma resposta efetiva. Para os peritos, era preciso, também, apoiar países com sistemas de saúde fragilizados em vista de sua alta vulnerabilidade e da baixa capacidade de enfrentamento. A DG-OMS acatou as recomendações e manteve a ESPII[72].

Finalmente, na 5ª e última reunião do grupo, o Comitê de Emergência concluiu que a ESPII havia levado o mundo a uma resposta urgente e coordenada, o que indicava que a infecção por ZIKV e suas consequências associadas representavam um problema significativo de longo prazo que precisava ser administrado pela OMS, pelos Estados partes e por outros parceiros da maneira como outras ameaças de doenças infecciosas deveriam ser tratadas. Depois de avaliar as evidências ao longo de 2016, o Comitê avaliou que o link entre a infecção por ZIKV havia sido demonstrado e que um mecanismo técnico de longo prazo era necessário para gerir a resposta. Embora considerasse que o ZIKV e suas consequências associadas permaneciam um desafio de saúde pública permanente, o CE avaliou que o evento não representava mais uma ESPII. As lacunas de conhecimento persistentes poderiam ser resolvidas com por meio de uma pesquisa sustentada, transformada em um programa de trabalho com recursos específicos, como o proposto Plano Estratégico de Resposta ao Zika da OMS. A DG acatou as recomendações dos peritos e decidiu encerrar a ESPII, incorporando as recomendações anteriores ao mecanismo de resposta de longo prazo[73].

2.5. Ebola na RDC (Kivu e Ituri)

Em outubro de 2018, a DG-OMS instituiu um novo Comitê de Emergência para avaliar os surtos de Ebola vírus (EBV) em duas províncias, Kivu e Ituri, da República Democrática do Congo (DRC). Na primeira reunião deste CE, os peritos declararam ter encontrado evidências que justificassem a elevação do evento à condição de ESPII. Para eles, a situação epidemiológica, as estratégias de resposta e as recentes adaptações incluindo as equipes de resposta rápida em nível comunitário, além do trabalho do Escritório do Vice Representante do Secretário-Geral da ONU (MONUSCO), incluindo as atividades logísticas e de segurança para apoiar a resposta, bastavam para o controle dos casos registrados na região. Embora

[72] OMS. Fourth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus. https://www.who.int/news/item/02-09-2016-fourth-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-regarding-microcephaly-other-neurological-disorders-and-zika-virus

[73] OMS. Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus. https://www.who.int/news/item/18-11-2016-fifth-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-regarding-microcephaly-other-neurological-disorders-and-zika-virus

recomendassem a notificação de nove países adjacentes à RDC sobre os possíveis riscos de disseminação da doença, os peritos concluíram que todos os todos os pilares da resposta estavam sendo atendidos, incluindo a vigilância, a aplicação de novas vacinas e terapias, o *screening* nas fronteiras e as atividades de preparação em países adjacentes. Apesar disso, o Comitê sublinhou que o evento ocorria numa zona de conflito ativa em meio a uma crise humanitária prolongada, o que complicava a busca de casos de contato e outros aspectos da resposta, e que havia desconfiança da comunidade, incluindo a situação de segurança e pessoas evitando buscar assistência (demandava maior engajamento das comunidades e de parceiros nacionais e internacionais). Também destacaram a ocorrência de novos casos sem conexão epidemiológica, que demandavam melhor mapeamento, e que a avaliação de risco no nível global era alta, assim como nos níveis nacional e regional. Havia amplos esforços de vacinação em formato de anel ao redor da região[74].

Na segunda reunião do Comitê, apesar de não recomendar a declaração de uma ESPII, os peritos se mostraram preocupados com o aumento recente da transmissão em áreas específicas e com o potencial risco de disseminação para países vizinhos. Diante dessa constatação, o CE recomendou que os esforços de detecção de casos fossem redobrados, assim como a garantia do mais alto grau de vacinação e de envolvimento das comunidades para ampliar o nível de aceitação das táticas de engajamento comunitário. Era preciso manter as recomendações de vigilância nos países adjacentes e de segurança das equipes de saúde. Os peritos concluíram não haver benefícios adicionais na declaração de uma ESPII, mas se preocupavam com os níveis de transmissão, que exigiam atenção reforçada da evolução da situação. O DG acatou as recomendações do Comitê e decidiu não declarar uma ESPII[75].

O Comitê se reuniu mais uma vez após o registro da ocorrência de um novo surto, que contrariava as tendências epidemiológicas positivas e também revelava que a extensão e/ou a reinfecção pela doença em outras áreas apresentava desafios, novamente, sobre a aceitação da comunidade e sobre a segurança. Somava-se à situação a falta de financiamento adequado e de recursos humanos para a resposta. Os peritos avaliaram que a exportação de casos para a Uganda era um indicativo do risco de disseminação para países vizinhos, embora o risco de

[74] OMS. Statement on the October 2018 meeting of the IHR Emergency Committee on the Ebola virus disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo. https://www.who.int/news/item/17-10-2018-statement-on-the-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-on-the-ebola-outbreak-in-drc

[75] OMS. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 12th April 2019. https://www.who.int/news/item/12-04-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12th-april-2019

disseminação para países de fora da região fosse considerado baixo. Apesar dessas ressalvas e de o surto ser um evento extraordinário com risco de disseminação internacional, o Comitê avaliou que o evento ainda não constituía uma ESPII e que a resposta não seria ampliada com recomendações temporárias no contexto do RSI (2005). Ainda assim, o CE recomendou que os países em risco melhorassem sua preparação para a detecção e gestão de casos exportados e que era necessário mapear o movimento de pessoas e os padrões sociológicos para prever o risco de disseminação da doença. As recomendações anteriores sobre vacinas, medicamentos e o engajamento de comunidades continuavam válidas, mas era preciso reforçar a orientação de fundos para o apoio à preparação e resposta nos países afetados. O CE também recomendou a adoção de medidas coordenadas entre a ONU e parceiros para reduzir as ameaças à segurança, mitigar os riscos à segurança e criar um ambiente positivo para operações de saúde pública. O Comitê reforçou a recomendação de não haver impedimentos a viagens e ao comércio internacionais, e a DG-OMS decidiu não declarar uma ESPII[76].

Pouco mais de um mês mais tarde, o Comitê voltou a se reunir em virtude do registro de um caso em Goma, cidade de grande porte e fronteira com Ruanda, além de portão de entrada para o interior da RDC e para o resto do mundo. Os peritos concluíram que essa situação, somada a atrasos no financiamento para a resposta ao EBV e às diversas restrições punitivas a viagens e ao comércio internacional que afetaram várias comunidades, justificaria a declaração de uma ESPII e de recomendações temporárias, o que foi acatado prontamente pela DG-OMS[77].

Nas duas reuniões que se seguiram, o número de casos na RDC permanecia alto, enquanto se reforçava a vigilância e a capacidade de respostas em países contíguos, como Tanzânia e Uganda. O nível de risco foi avaliado como baixo no nível global e alto nos planos regional e nacional, em que se observava uma transição da infecção de zonas urbanas para rurais, dificultando a detecção e a resposta em localidades remotas[78]. Apesar de algumas regiões apresentarem alguma melhora no quadro de infecções, o Comitê considerou ser preciso fortalecer os sistemas de saúde locais e manter a solidariedade internacional para a resposta.

---

[76] OMS. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. https://www.who.int/news/item/14-06-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo

[77] OMS. Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared a Public Health Emergency of International Concern. https://www.who.int/news/item/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern

[78] OMS. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 18 October 2019. https://www.who.int/news/item/18-10-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo

Ao mesmo tempo em que recomendavam a manutenção da ESPII, os peritos foram confrontados com discussões sobre a interpretação do RSI (2005) e a possibilidade de níveis intermediários de ESPIIs entre as possibilidades binárias de declaração de Emergência[79].

As duas últimas reuniões desse Comitê de Emergência se debruçaram sobre a queda significativa do número de casos e sobre o progresso significativo da contenção do EBV em circunstâncias extremamente difíceis, sobretudo naquelas em que a atuação de grupos armados e o avanço da covid-19 poderiam enfraquecer a vigilância e a investigação de alertas[80]. Quando o registro de novos casos foi encerrado, apesar da notificação de um surto na região de Ecuateur (RDC), o CE avaliou que as autoridades nacionais estavam implementando um plano de resposta nacional capaz de garantir a vigilância e as capacidades laboratoriais, além do engajamento das comunidades, a comunicação de risco e o apoio aos sobreviventes do EBV. Apesar de o nível de risco local ter sido avaliado como moderado, os peritos consideraram que o evento não representava mais uma ESPII e que as recomendações temporárias poderiam ser levantadas. Alguns desafios continuavam a preocupar, como a necessidade de recursos humanos e financeiros para manter as atividades de prevenção, preparação, resposta e controle; a situação de segurança volátil; o novo surto de EBV na província de Ecuateur; e a carga concorrente de covid-19, cólera e sarampo. A DG-OMS acatou as orientações do CE[81].

2.6. Covid-19

O CE relativo ao surto do novo coronavírus reuniu-se pela primeira vez em janeiro de 2020 para orientar a DG-OMS sobre os casos de uma síndrome respiratória aguda grave na província de Wuhan, China. Os peritos concluíram à época que a transmissão entre humanos, ainda que já em estado crítico, não constituía uma emergência, dado que as autoridades chinesas estavam adotando medidas de contenção adequadas. Pela declaração do Comitê, os peritos não chegaram a um acordo sobre a ESPII, em vista de sua natureza binária e restritiva, e decidiram

---

[79] OMS. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 12 February 2020. https://www.who.int/news/item/12-02-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12-february-2020

[80] OMS. WHO Director-General's statement on the 7th meeting of IHR Emergency Committee on Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. https://www.who.int/news/item/14-04-2020-who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo

[81] OMS. Final statement of the International Health Regulations (2005). https://www.who.int/news/item/26-06-2020-final-statement-on-the-8th-meeting-of-the-international-health-regulations

recomendar à OMS que enviasse uma missão internacional especializada à China para investigar a fonte animal do surto, a extensão da transmissão humano-humano, os esforços de *screening* para outras províncias chinesas, a ampliação da vigilância para infecções respiratórias agudas severas e para reforçar medidas de contenção e mitigação. O CE considerou que, devido à natureza binária da ESPII, deveria ser aplicado um sistema de nuanças indicativo de níveis intermediários de alerta, que refletiriam melhor a severidade do surto, seu impacto e as medidas necessárias para seu enfrentamento.

Os peritos recomendaram a adoção de medidas consideradas mais "racionais" para a contenção e mitigação do surto, como a melhoria da vigilância e da busca de casos ativos, a colaboração com a OMS e parceiros para conduzir investigações visando compreender a epidemiologia e a evolução do surto, a fonte/reservatório animal do vírus, o potencial de transmissão humano-humano, os locais de transmissão, as características clínicas associadas à infecção e o tratamento necessário para reduzir a morbidade e a mortalidade; a condução de *screening* em todos os aeroportos e portos das províncias afetadas, nacionais e/ou internacionais. Para os demais países, o CE alertou sobre a expectativa de maior exportação de casos em qualquer região e recomendou que todos os países se preparassem para a contenção, incluindo a vigilância ativa, a detecção precoce, o isolamento e a gestão de casos, o monitoramento de contatos e a prevenção da disseminação da infecção por 2019-nCoV, assim como para compartilhar os dados com a OMS[82].

No entanto, apenas poucos dias depois de considerar que o surto de SARS-CoV-2 não representava uma ESPII, o Comitê foi novamente reunido para avaliar a disseminação internacional do vírus e os registros de transmissão entre humanos fora da China, algumas sem histórico de viagem à China. Os peritos avaliaram que as autoridades chinesas haviam adotado medidas muito fortes no país e que estariam colaborando com a OMS na condução de estudos sobre a transmissibilidade e no compartilhamento de dados e material biológico. À época, o CE considerou existir amplo desconhecimento sobre o vírus e que era possível interromper sua disseminação se os países adotassem medidas para detectar o vírus precocemente, bem como para isolar e tratar casos, monitorar contatos e promover medidas de distanciamento social. Diante da situação, os peritos decidiram que o evento configurava uma ESPII e que as seguintes

[82] OMS. Statement of the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

recomendações temporárias deveriam ser adotadas. Também recomendou que a OMS continuasse a avaliar com seus parceiros as formas em que o surto poderia ser contido globalmente, e que fossem desenvolvidas medidas para assegurar o desenvolvimento e acesso a potenciais vacinas, diagnósticos, antivirais e outras terapias. Além disso, recomendou que a OMS explorasse a possibilidade de criação de níveis intermediários de alerta entre as possibilidades binárias de declarar ou não uma ESPII. Foi adicionada a recomendação de que qualquer detecção de 2019-nCoV em animais deveria ser notificada à Organização para a Saúde Animal (OIE). A DG-OMS acatou as recomendações e declarou a ESPII[83].

Na terceira reunião, o CE concluiu unanimemente que o surto ainda constituía uma ESPII e fez extensa lista de recomendações sobre os mais diversos aspectos da pandemia. Era preciso reforçar a capacidade da OMS de liderar e coordenar a resposta global à pandemia de covid-19 em colaboração com países, a ONU e outros parceiros, sobretudo com países frágeis e vulneráveis. O Comitê também recomendou a colaboração com a OIE, a FAO e os países para a identificação da fonte zoonótica do vírus e a possível rota de introdução na população humana, incluindo o papel de hospedeiros intermediários; e colaborar com organizações parceiras e países para fortalecer a cadeia de suprimento de alimentos, proteger trabalhadores do setor alimentício, gerir corretamente mercados de alimentos e mitigar quaisquer disrupções nas cadeias de suprimento de alimentos. No que diz respeito aos serviços essenciais de saúde, os peritos recomendaram o apoio a países para avaliar e gerir as consequências não intencionais de medidas de saúde pública implementadas para controlar a covid-19, incluindo a violência de gênero e a negligência com crianças; apoiar os países a monitorar sua capacidade de oferecer e fortalecer serviços de saúde essenciais ao longo de uma resposta longa ao covid-19 (incluindo a prevenção de outras doenças infecciosas; e apoiar os países que enfrentassem falta de medicamentos essenciais e outros produtos médicos.

A comunicação de risco e os serviços de vigilância seguiram como a principal prioridade para o Comitê. Era preciso reforçar o engajamento comunitário por meio da Rede de Informação da OMS para Epidemias (EPI-WIN) e continuar a comunicar mensagens claras, orientações e conselhos sobre a evolução da pandemia de covid-19 e em como reduzir a transmissão e salvar vidas. Com relação à vigilância, era necessário deixar clara a estratégia de testagem, apoiar a capacidade de testagem dos países e oferecer acesso equitativo a testes

[83] OMS. Statement of the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

diagnósticos; continuar a oferecer orientação sobre o monitoramento de tendências da doença usando os sistemas de vigilância sobre Infecções Respiratórias Agudas Severas (SARI) e sobre Doenças Semelhantes à Influenza (ILI) em antecipação à co-circulação de vírus da influenza; desenvolver indicadores qualitativos e quantitativos para que os países avaliassem e monitorassem a transmissão da covid-19 em todos os níveis da resposta em saúde pública; continuar a apoiar países e parceiros fornecendo orientações técnicas e operacionais, plataformas de treinamento e ferramentas para a ampliação da identificação de casos e da capacidade de busca de contatos, o fortalecimento da força de trabalho em saúde e o engajamento das comunidades para a busca de contatos.

Num momento em que a circulação do vírus atingia escala global, o Comitê recomendou continuar a trabalhar com os países para permitir viagens essenciais para a resposta à pandemia, a ajuda humanitária, repatriação e operações de carga; desenvolver orientações estratégicas com parceiros para o retorno gradual das operações normais de viagens de passageiros de forma coordenada que ofereça a proteção apropriada quando o distanciamento físico não for possível; atualizar recomendações sobre as medidas apropriadas de viagens analisar seus efeitos sobre a transmissão internacional da covid-19[84].

Nas duas reuniões seguintes, os peritos avaliaram que o risco global da pandemia de covid-19 permanecia muito alto, o que exigia o engajamento de todos os indivíduos, em particular os mais jovens, e das comunidades para continuarem a ter papel ativo na prevenção e no controle da transmissão do vírus[85]. O Comitê concluiu que a pandemia ainda constituía um evento extraordinário, um risco à saúde pública a outros países por meio da disseminação internacional e continuava a exigir uma resposta internacional coordenada, justificando, assim, a manutenção da ESPII. A DG-OMS acatou as recomendações do CE[86].

A 6ª reunião do Comitê foi marcada pelo registro de novas variantes do SARS-CoV-2, como a do Reino Unido, da Dinamarca (detectada em *minks*) e da África do Sul, razão pela

---

[84] OMS. Statement of the third meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19). https://www.who.int/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)

[85] OMS. Statement of the fourth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19). https://www.who.int/news/item/01-08-2020-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)

[86] OMS. Statement of the fifth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

qual a equipe da OMS compartilhou uma perspectiva global das mutações e variantes, assim como planos para desenvolver e implementar padrões de nomenclatura que não fizessem referência a localizações geográficas. Outro ponto de destaque foi a apresentação do panorama de vacinas contra a covid-19, assim como das orientações de uso prioritário de vacinas da covid-19 em contexto de suprimento limitado e as Recomendações provisórias para o uso da vacina Pfizer-BioNTech sob a listagem de uso emergencial. O Comitê reconheceu os desafios impostos pelo atraso de alguns laboratórios em submeterem todos os dados para a OMS, o que poderia impactar a capacidade da organização em atualizar a lista de uso emergencial e, assim, afetar o acesso equitativo a vacinas.

Entre as medidas consideradas prioritárias pelo CE, era necessário melhorar a capacidade global de testagem e sequenciamento genético, além de encorajar o compartilhamento rápido de sequências e meta-dados que fortaleçam o monitoramento da evolução do vírus e a compreensão global das variantes e dos efeitos sobre vacinas, terapias e na e eficácia de diagnósticos. No que tange às vacinas, era preciso acelerar a pesquisa sobre o que se desconhece sobre a eficácia da vacinação sobre a transmissão, a duração da proteção contra o tipo severo da doença e sobre as infecções assintomáticas, a duração da imunidade, a proteção no longo prazo usando diferentes intervalos de vacinação, assim como a proteção após a primeira dose e os regimes de vacinação; promover a solidariedade e o acesso equitativo a vacinas, encorajando Estados e laboratórios a doar recursos e apoio à COVAX Facility; promover a transferência de tecnologias para países de baixo e médio desenvolvimento com potencial de acelerar a produção global de vacinas; e oferecer o suporte a todos os países, sobretudo ao mais frágeis, em preparar a introdução de vacinas, pelo desenvolvimento de planos nacionais de distribuição e vacinação (visando a priorização de determinadas populações, autorização regulatória, preparação de estoques e logística, indenização e responsabilização, planejamento da força de trabalho em saúde e acesso a populações vulneráveis).

Sobre o tráfego internacional, o CE recomendou o rápido desenvolvimento e a disseminação da posição política da OMS sobre considerações legais, éticas, científicas e tecnológicas relacionadas às exigências para a prova de vacinação contra a covid-19 para viajantes internacionais e o desenvolvimento de padrões de documentação digital sobre medidas de redução dos riscos associados a viagens (que possam funcionar em diferentes plataformas). O Comitê recomendou, ainda, não introduzir exigências de prova de vacinação ou imunidade para viajantes internacionais como condição de entrada e reforçar a vigilância de variantes ou de mudanças abruptas na transmissão ou na severidade da doença. O CE concordou

unanimemente que a pandemia de covid-19 ainda constituía um evento extraordinário, um risco à saúde pública a outros Estados pela disseminação internacional e continuava a exigir uma resposta internacional coordenada, o que ainda caracterizava o evento como uma ESPII. O DG revisou as recomendações do Comitê e decidiu pela manutenção da ESPII[87].

Em abril de 2021, os peritos se reuniram num contexto preocupante de aumento continuado de casos e óbitos e da necessidade de ampliar os esforços globais de vacinação. O Comitê reconheceu que a pandemia de covid-19 ainda constituía um evento extraordinário que continuava a afetar adversamente a saúde das populações ao redor do mundo, impunha um risco de disseminação internacional e de interferência no tráfego global e exigia uma resposta internacional coordenada, portanto se caracterizando ainda como uma ESPII. O CE avaliou a equipe que participou da missão para preparar o relatório da OMS sobre as origens do SARS-CoV-2 e recomendou fossem adotadas as orientações do relatório. Foi levantada a preocupação com o acesso apropriado de todos os países a suprimentos para diagnóstico, tratamentos e vacinas para todos os países, independentemente de sua capacidade de pagamento. As iniquidades estariam retardando o retorno à vida social e econômica normal. O DG concordou com as recomendações do Comitê e decidiu manter a ESPII[88].

Na última reunião analisada por este trabalho, a pandemia continuava um desafio global com países enfrentando diferentes demandas econômicas, sociais e de saúde, e que essas diferenças estavam afetando o acesso a vacinas, terapias e diagnósticos. Países em acesso avançado a vacinas e com sistemas de saúde bem financiados sofriam pressão para a reabertura e o relaxamento das medidas de saúde pública, enquanto países com limitado acesso a vacinas estavam experimentando novas ondas de infecção, com erosão da confiança pública e crescente resistência às medidas de saúde pública, além de dificuldades econômicas e agitação social crescente. A situação estaria levando os governos a tomarem medidas divergentes sobre como tratar as questões internas, o que impedida uma abordagem harmonizada da resposta global, somada ao baixo financiamento do Plano Estratégico de Preparação e Resposta da OMS (impacto sobre o papel de liderança da OMS na resposta global à pandemia). O Comitê afirmou que a pandemia estaria longe de terminar e estaria continuando a evoluir com quatro variantes

[87] OMS. Statement of the sixth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

[88] OMS. Statement of the seventh meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

de preocupação dominando a epidemiologia global, incluindo a possibilidade da emergência e disseminação global de novas variantes, possivelmente mais perigosas.

Em vista dessa situação, o CE concluiu que a pandemia de covid-19 ainda constituía um evento extraordinário que afetava adversamente a saúde das populações ao redor do mundo e que oferecia um risco de disseminação internacional e de interferência no tráfego internacional, demandando uma resposta internacional coordenada e representando ainda uma ESPII. O DG acatou as recomendações do Comitê e decidiu manter a ESPII. As recomendações anteriores foram reiteradas e incluíram o uso de medidas de saúde pública baseadas em evidências e no monitoramento em tempo real da situação epidemiológica e das capacidades dos sistemas de saúde (sobretudo o uso de máscaras, o distanciamento social, a higiene das mãos e a melhoria da ventilação de espaços fechados); adotar uma perspectiva de gestão de riscos para eventos de massa, de acordo com as particularidades de cada evento e da situação epidemiológica do local do evento; promover a meta da OMS de que 10% de toda a população mundial esteja vacinada até setembro de 2021, além da solidariedade global para proteger populações vulneráveis contra a emergência e disseminação de novas variantes do vírus; reforçar as estratégias de comunicação de modo a diminuir a transmissão do vírus e combater a desinformação, incluindo rumores que ampliem a hesitação sobre a vacinação; encorajar os países a pesquisarem sobre os efeitos pós-infecção em pacientes que sofram dessas condições; e reconhecer todas as vacinas que tenham sido incluídas na Lista de Uso Emergencial da OMS no contexto das viagens internacionais[89].

A pesquisa também se debruçou sobre os Comitês de Emergência que não recomendaram a declaração de ESPIIs à Diretoria-Geral da OMS.

2.7. MERS-CoV

O CE relativo à Síndrome Respiratória do Oriente Médio causada pelo coronavírus (MERS-CoV) reuniu-se dez (10) vezes, entre 2013 e 2015. O Comitê foi constituído depois de casos de MERS-CoV já terem sido notificados desde 2012 em vários países do Oriente Médio e da Europa, mas os peritos avaliaram que, apesar de haver relação entre os casos registrados,

[89] OMS. Statement of the eighth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/news/item/15-07-2021-statement-on-the-eighth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

não havia transmissão sustentada nas comunidades e, portanto, não seria possível considerar o evento como uma ESPII[90].

Mesmo quando houve um agravamento no número de casos, concentrados em sua maioria na Arábia Saudita, em que a situação da MERS-CoV foi avaliada como séria e de muita preocupação, o CE considerou que não haviam sido alcançadas as condições para a declaração de uma ESPII. Para o CE, a declaração de uma ESPII seria uma ação dramática e desproporcionada, que poderia fazer mais danos do que benefícios. Decidiu-se não emitir nenhuma restrição a viagens internacionais, apenas algumas recomendações, tais como melhorar a vigilância, a capacidade laboratorial, a busca de contatos e estudos sorológicos; promover a prevenção e o controle de infeções e a administração clínica; reforçar as orientações sobre viagens e a comunicação de risco; promover a pesquisa epidemiológica, clínica e animal; e melhorar a coleta de dados e a capacidade de notificação completa e em tempo real de todos os casos prováveis e confirmados de MERS-CoV.

Nas considerações sobre a declaração de uma ESPII, o Comitê considerou a severidade da doença, a possibilidade de disseminação do vírus e se a declaração traria algum benefício. Era necessário ponderar se a ESPII seria útil, uma vez que enviaria um sinal político muito forte ao redor do mundo, o que demandaria o mais alto nível de atenção. Para os peritos, declarar uma ESPII poderia ameaçar a credibilidade da OMS, e não declarar a ESPII demonstraria um equilíbrio nas ponderações do CE. À época, havia diversas incertezas sobre o MERS-CoV, entre elas a incidência de casos leves e assintomáticos; a origem animal do vírus; a inexistência de casos relacionados a viagens na América Latina, mas o registro de vários casos na Europa (estariam escapando da detecção?); as diferentes formas de contaminação na comunidade e em ambientes hospitalares (onde medidas extraordinárias não precisavam ser tomadas); e as razões de os testes sorológicos detectarem as mesmas coisas. Apesar das incertezas em torno do vírus, a DG-OMS decidiu acatar as recomendações dos peritos e não declarar a ESPII. A declaração relativa à 2ª reunião do Comitê não foi publicada no site da OMS, junto aos demais registros do grupo[91].

Apesar de a situação continuar preocupante e de o número de casos registrados em todo o mundo ter aumentado, o Comitê de Emergência declarou nas três reuniões subsequentes que as condições para uma ESPII ainda não haviam sido alcançadas. Os peritos emitiram novas

[90] OMS. Middle East respiratory syndrome coronavírus (MERS-CoV). https://www.who.int/news/item/09-07-2013-middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)
[91] OMS. WHO Statement on the Second Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/2013/mers_cov_20130717/en/index.html

recomendações sobre fortalecer a vigilância especialmente em países onde houvesse peregrinos participando do Umrah e do Hajj (peregrinações a Meca); ampliar a comunicação de risco sobre o MERS-CoV, particularmente entre esses peregrinos; apoiar os países especialmente vulneráveis, sobretudo na África Subsaariana, tendo em consideração os desafios regionais; ampliar as capacidades de testagem e diagnósticos relevantes; continuar o trabalho investigativo sobre as origens animais do vírus; fortalecer o compartilhamento de informações em tempo real com a OMS[92]. Também se constataram evidências de que camelos constituíam uma importante fonte de exposição das comunidades, o que sugeria a necessidade de estudos investigativos, incluindo casos-controle internacionais, estudos sorológicos, ambientais e de interface animais-humanos, para melhorar a compreensão dos fatores de risco e a epidemiologia. Era preciso revisar em profundidade e fortalecer as ferramentas para a definição de casos e melhorar o controle e a prevenção de infecções[93].

Para o Comitê, mesmo com um grande aumento de casos, além da debilidade sistêmica de prevenção e controle de infecções, das lacunas de informação e da possibilidade de exportação de casos para países vulneráveis, o fato de não haver evidências de transmissão entre humanos sustentava a justificativa de não se recomendar a declaração da ESPII, o que foiacatado pela DG-OMS[94]. O CE considerou que os casos se concentravam em unidades de saúde, onde era preciso fortalecer as medidas de prevenção e controle.

Nas quatro reuniões seguintes, a situação epidemiológica continuava altamente preocupante, mas a falta de evidências de transmissão entre humanos e os esforços significativos de fortalecimento de medidas de controle e prevenção levaram o CE a considerar que as condições para a declaração de uma ESPII ainda não haviam sido alcançadas. Os peritos se preocupavam com o aumento antecipado de viagens para a Arábia Saudita, relacionadas à Umra, ao Ramadã e à Hajj e, além disso, consideraram a necessidade de melhor analisar os surtos hospitalares para melhor compreender onde as brechas de prevenção e controle de infeções estavam ocorrendo, incluindo onde pacientes ainda não tinham recebido um diagnóstico e seguiam internados frequentemente em condições de alta lotação, tais como em

[92] OMS. WHO Statement on the Third Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/25-09-2013-who-statement-on-the-third-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov
[93] OMS. WHO Statement on the Fourth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/04-12-2013-who-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov
[94] OMS. WHO Statement on the Fifth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/14-05-2014-who-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov

departamentos e clínicas de urgência. O Comitê também registrou as descobertas que apoiavam crescentemente a hipótese de camelos era uma fonte importante de exposição ao MERS-CoV na comunidade[95]. Algumas evidências apontavam para a possibilidade de as infecções por MERS-CoV serem sazonais[96], mas, apesar de todas as medidas de controle e prevenção, a transmissão em unidades de saúde ainda estava ocorrendo, com padrões de transmissão relativamente parecidos. A possibilidade de disseminação internacional permanecia preocupante, mas os peritos concluíram que o evento não representava uma ESPII[97].

Na penúltima reunião deste Comitê, os peritos discutiram um grande surto na Coreia do Sul, onde estava evidente a falta de conscientização de trabalhadores da saúde e do público em geral sobre o MERS-CoV, que se somava à falta de medidas adequadas para a prevenção e o controle de infecções em hospitais. Nessas unidades de saúde, havia contato estreito e prolongado de pacientes infectados nas salas de emergência e nos ambulatórios e o costume da permanência de muitos visitantes e familiares com pacientes infectados em quartos de hospitais, facilitando a disseminação secundária da infecção. Não foram identificadas alterações genéticas entre as amostras do vírus da República da Coreia e os vírus do Oriente Médio, e o CE considerou que a transmissão do MERS-CoV estava fortemente associada à ambientes de atendimento em saúde. Também não havia evidências de transmissão comunitária, embora o monitoramento dos padrões de transmissão ainda fosse necessário, e o CE registrou que havia muitas lacunas no conhecimento sobre a transmissão do vírus entre as pessoas, incluindo o papel potencial da contaminação ambiental e a baixa ventilação, entre outros fatores, o que tornava crítica a pesquisa continuada. O Comitê expressou preocupação de que, num mundo altamente móvel, todos os países estivessem preparados para uma possibilidade não antecipada de surtos do MERS-CoV e de outras doenças infecciosas, o que evidenciava a necessidade de colaboração entre a saúde e outros setores, como a aviação civil[98].

---

[95] OMS. WHO Statement on the Sixth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/17-06-2014-who-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov

[96] OMS. WHO Statement on the Seventh Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/01-10-2014-who-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers-cov

[97] OMS. WHO Statement on the Eighth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/05-02-2015-who-statement-on-the-eighth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers-cov

[98] OMS. WHO Statement on the ninth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/17-06-2015-who-statement-on-the-ninth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers-cov

Na última reunião, o Comitê avaliou os padrões de transmissão em diversos países e concluiu que a maioria das infecções continuava a ocorrer em ambientes hospitalares. A situação ainda foi considerada altamente preocupante devido à baixa conscientização dos perigos oferecidos pelo vírus, assim como em função do pouco engajamento de atores-chave e da implementação insuficiente de medidas de controle de infecções, especialmente em ambientes hospitalares. Os surtos estariam ocorrendo próximos ao início da Hajj, e muitos peregrinos retornariam aos seus países de origem, com sistemas de vigilância e saúde muito fracos. Faltavam informações sobre infecções em animais, o que exigia maior colaboração entre agências de saúde pública e as agências de saúde animal e de agricultura. O CE recomendou que a colaboração internacional para o desenvolvimento de vacinas e terapia para humanos e animais fosse acelerada. A DG-OMS decidiu não declarar a ESPII[99].

2.8. Febre Amarela

O segundo Comitê de Emergência que não resultou na recomendação de declaração de uma ESPII foi o relativo à febre amarela, em 2016. O CE foi convocado em função de um surto urbano da doença em Luanda, na Angola, e o risco de disseminação nacional e internacional na República Democrática do Congo (RDC), na China e no Quênia. Embora o surto tenha sido considerado um evento de saúde pública sério, o evento não constituía uma ESPII na visão dos peritos. Foram recomendadas medidas de reforço da vigilância, da comunicação de risco, da mobilização comunitária, do controle de vetores e de medidas de gestão de casos. Também era preciso garantir a vacinação de todos os viajantes e trabalhadores migrantes entre a Angola e a RDC, e a intensificação da vigilância e das atividades de preparação, incluindo a vacinação de viajantes e a comunicação de risco[100]. Quando os casos pareceram ter sido controlados e o estoque global de vacinas garantido, o Comitê avaliou que era preciso apenas manter a ação nacional continuada, sobretudo durante a estação chuvosa, quando era necessário reforçar o controle do vetor. Antes de concluir o trabalho, o CE reforçou as recomendações anteriores e sugeriu mais estudos sobre o fracionamento da vacina[101].

---

[99] OMS. WHO Statement on the tenth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. https://www.who.int/news/item/03-09-2015-who-statement-on-the-tenth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers

[100] OMS. Meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) concerning yellow fever. https://www.who.int/news/item/19-05-2016-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-concerning-yellow-fever

[101] OMS. Second meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) concerning yellow fever. https://www.who.int/news/item/31-08-2016-second-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-concerning-yellow-fever

2.9. Ebola na RDC (Ecuateur)

O último Comitê de Emergência analisado neste trabalho se reuniu para avaliar a ocorrência de um pequeno surto de Ebola vírus (EBV) em uma zona considerada remota da RDC (Ecuateur). O Comitê considerou o fato de o vírus ter chegado a uma zona urbana e de que houve diversos surtos áreas remotas e de difícil acesso. O risco de disseminação internacional parecia particularmente alto em vista da proximidade da cidade de Mbandaka com o rio Congo (tráfego regional significativo em fronteiras porosas) e devido aos desafios logísticos consideráveis relacionados à fraca infraestrutura e à localização remota da maior parte dos casos reportados, com impactos na vigilância, na detecção de casos e no acesso a vacinas e terapias. Apesar disso, o CE considerou que a resposta do Governo da RDC, da OMS e dos parceiros tinha sido rápida e abrangente e que as intervenções colocaram o surto sob controle. O uso de uma vacina experimental também era motivo de otimismo. O CE recomendou que a RDC, a OMS e parceiros se mantivessem engajados numa resposta vigorosa; que a comunidade científica compartilhasse dados críticos e internacionais; que não houvesse impedimentos ao comércio e a viagens internacionais; que a segurança dos profissionais de saúde fosse garantida; que o monitoramento nas saídas de portos e aeroportos era necessária; e que houvesse comunicação de risco robusta, com engajamento das comunidades. O CE recomendou que o evento não constituía uma ESPII, e a OMS reforçou não ser necessário aplicar restrições a viagens e ao comércio[102]

3. As ESPIIs sob a ótica dos estudos de risco e de sua percepção social

A descrição dos Comitês de Emergência e do teor das declarações dos peritos ao final das reuniões dos CEs sugerem a possibilidade de que a decisão de classificar um evento de saúde pública como uma ESPII pode estar imiscuído de interesses que fogem à uma leitura superficial dessas decisões.

Dentre os principais parâmetros considerados pelos peritos para a decisão sobre a declaração de ESPII, destaca-se a possibilidade de disseminação internacional da doença ou do evento de saúde pública objeto do Comitê. No entanto, em todos os CEs, não bastava apenas a iminência da disseminação, mas, ainda mais importante, a possibilidade de que o evento se

[102] OMS. Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee regarding the Ebola outbreak in 2018. https://www.who.int/news/item/18-05-2018-statement-on-the-1st-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-2018

disseminasse para os países centrais, como os EUA ou a Europa, ou já estivesse circulando em um desses países. É importante recordar que um dos propósitos do RSI (2005) é a contenção do evento de saúde pública em sua origem. O que se depreende das declarações dos CEs vai um passo além da mera contenção na origem, mas, sim, a contenção nos países em desenvolvimento onde o evento pareceu ter origem.

Para que a contenção desses eventos tivesse efeito, os Comitês recomendaram recorrentemente o aumento dos níveis de alerta e o reforço da vigilância de casos. A essas medidas se somaram o *screening* em portos de entrada e saída de viajantes (como na emergência do poliovírus), quando não o impedimento da circulação de indivíduos ou, pelo menos, de profissionais da saúde que tivesse tido contato com doentes ou com os agentes causadores dessas enfermidades (como no caso do Ebola na África Ocidental). Ainda que se observasse algum declínio no nível de circulação dos patógenos, a proximidade das infecções com os países centrais (como na emergência do H1N1) ainda levantava algum grau de preocupação dos peritos que os impedia de recomendar o encerramento da Emergência.

Nesse mesmo sentido, o potencial para a disseminação internacional dos eventos observados também se constituiu um elemento importante para a declaração da ESPII ou para a manutenção daquelas já declaradas. No caso da poliomielite, essas duas condições ficam evidenciadas desde a constituição do Comitê de Emergência, uma vez que a debilidade dos sistemas de saúde de diversos países e a porosidade das fronteiras de outros, como o Paquistão e o Afeganistão, configuravam a combinação ideal para que o vírus não se limitasse a essas regiões. Neste caso em particular, fica evidenciado diversas vezes que a circulação de migrantes e refugiados entre esses países e os países da Europa, por regiões em que a capacidade de vigilância da doença não era tão forte quanto o necessário, reforça a ameaça que a dispersão do vírus poderia representar. A ESPII se mantém ainda hoje em função dessas potências, ampliada ainda mais em virtude da concomitante pandemia de covid-19 e das dificuldades que dela decorrem, como a falta de acesso a vacinas, os impactos sobre os programas de vacinação e a ampliação dos conflitos no bloco Afeganistão-Paquistão.

De modo semelhante, o surto de Zika vírus e de malformações neurológicas congênitas e microcefalias no Brasil e na região das Américas representava um risco não apenas para os Estados Unidos, diretamente afetado pela epidemia nos estados mais ao sul do país, como a Flórida. Era preocupante que, em 2016, seriam realizados os Jogos Olímpicos e Paralímpicos do Rio de Janeiro, cidade situada em um país convulsionado politicamente (em vista do *impeachment* da Presidente Dilma Rousseff), para onde se destinaria um grande número de

visitantes de diversas partes do mundo. A possibilidade de uma disseminação do vírus por populações europeias era considerável. Para que os Jogos transcorressem sem grandes sustos, foram necessárias as garantias do Comitê de Emergência de que o país estava apto a receber esses visitantes em função da baixa circulação do *Aedes aegypti* no período do inverno, quando as Olimpíadas se realizariam. Não por acaso, terminadas as atividades do evento, o CE declarou que as condições para a ESPII haviam sido encerradas.

Os surtos de Ebola sejam, talvez, os que mais demonstrem a força do potencial de disseminação internacional de doenças como o elemento-chave para a declaração de uma ESPII. Dada a gravidade e a taxa de mortalidade da doença, parece natural que a reação das autoridades sanitárias de todo o mundo seja elevada, sobretudo em se considerando que as ocorrências de infecções se situam, normalmente, em países de menor desenvolvimento e onde os sistemas de saúde não possuem as condições para uma resposta adequada. Soma-se a isso que esses mesmos países se encontram envolvidos em conflitos armados, limitando, assim, a capacidade de vigilância e de controle pelos Governos e o acesso de profissionais de saúde às populações afetadas. Outra questão relevante é a intensa mobilidade populacional nessas regiões, particularmente entre as fronteiras, essa também bastante porosas.

Embora as técnicas de controle de casos tenham sido aperfeiçoadas ao longo dos anos, são poucas as vacinas eficazes contra o avanço da doença. Depreende-se dessas particularidades que a capacidade de controle se torne difusa, o que amplia a possibilidade de que um evento dessa magnitude se dissemine pelo mundo, alcançando os países centrais. Isso pode explicar o porquê de o Comitê ter hesitado em recomendar a declaração da ESPII. Na emergência de Ebola na África Ocidental, o registro de casos nos EUA, na Espanha e no Reino Unido indicavam que a vigilância das infecções estava aquém do necessário e que um nível de alerta elevado era necessário para que medidas adequadas de controle fossem adotadas, sobretudo porque as cadeiras de transmissão pareciam estar sendo mantidas. De forma similar, a chegada dos casos em Goma, durante a emergência do Ebola na República Democrática do Congo, significava que a circulação da doença numa cidade de grande porte, situada na fronteira com outros países e ponto de partida para o mundo a partir de voos internacionais, representava uma grande ameaça para outros países de fora da região. Era preciso conter o avanço do evento ali.

De forma semelhante, a hesitação do Comitê de Emergência convocado pela circulação do SARS-CoV-2 se deveu em grande parte pela percepção de que o evento estaria contido na China, que havia adotado medidas drásticas contra o avanço da infecção. Apenas quando o vírus chegou a países europeus e demonstrava potência suficiente para circular em todo o

mundo, o CE decidiu ser a hora de declarar a ESPII e galvanizar a atenção internacional em torno do problema.

Contrariamente, no entanto, a percepção de que o evento tenha se retraído e deixado de circular de forma preocupante nos países centrais parece ser o mote para que os Comitês considerem que a ESPII não é mais necessária. No caso da gripe A (H1N1), o fato de que o evento não afetava mais os países centrais, apesar de continuar circulando de forma intensa em países do Sul Global, não impediu que o CE considerasse que o surto não representava mais um evento extraordinário nem uma emergência. Na África Central, apesar dos diversos clusters de casos de Ebola ativos no Guiné, o Comitê de Emergência avaliou que o evento não representava mais uma ESPII. No caso do Zika, o evento foi rebaixado a uma enfermidade sazonal e endêmica, que seguia afetando diversos países, mas não representava uma emergência depois das Olimpíadas. Na RDC, muito embora o risco nacional e regional tivesse sido considerado moderado, em virtude da ampla movimentação populacional em áreas densamente povoadas, das práticas inadequadas de controle de infecções e do contexto de insegurança na região, o evento não representava mais risco à comunidade internacional que merecesse uma ESPII.

Essa prática parece sugerir uma explicação para a ausência de declarações de ESPIIs para o MERS-CoV, a febre amarela e o Ebola pelos Comitês constituídos para avaliar os respectivos surtos. No caso do MERS-CoV, a ausência de cadeias de transmissão sustentada entre humanos e o registro de que as infecções se limitavam aos ambientes hospitalares pareciam conferir o grau de segurança para que os peritos não recomendassem a declaração de uma ESPII. A manutenção do Comitê por 10 reuniões se deu por força do registro de casos em países europeus, cujos contágios haviam ocorrido em países do Oriente Médio e dentro de unidades de saúde. Como não se reportaram contaminações entre humanos decorrentes do contato com indivíduos contaminados fora dos ambientes hospitalares, as infecções em outros países não foram entendidas como sinais de disseminação internacional da doença.

Ainda que o MERS-CoV circulasse em países com intensa circulação de pessoas de outros países, como é o caso da Arábia Saudita, que recebe peregrinos de todo o mundo, o Comitê de Emergência não considerou haver risco iminente de disseminação internacional da doença (embora mantivesse o alerta no contexto nacional). Os surtos na Coreia do Sul e na China foram avaliados como resultado do desconhecimento sobre as dinâmicas da doença e de como administrar os contágios, o que era visto com preocupação, mas não ao ponto de levar à declaração de uma ESPII.

Com relação à febre amarela, o CE parece ter sido constituído apenas por força de o surto ter sido identificado numa cidade de grandes proporções como Luanda, na Angola, com amplas conexões pelo continente africano. Ainda que outros casos tenham sido localizados na RDC, no Quênia e na China, a transmissão da doença não constituiu um caso de disseminação internacional. O surto de Ebola em Mbandaka, da mesma maneira, foi suficiente apenas para a convocação do CE, mas, como não representou possiblidade concreta de disseminação internacional, se manteve apenas como objeto de preocupação.

Pelo exposto acima, fica evidente que a possibilidade de o evento extrapolar as fronteiras dos países de origem constitui o fator principal para que os CEs decidam recomendar à Diretoria-Geral da OMS a declaração de ESPIIs. No entanto, não fica claro pelas declarações desses comitês que características do surto alteram a percepção dos especialistas sobre a potencialidade do evento em questão. Para além dos critérios mais objetivos, tais como se configurarem como eventos extraordinários, que tenham potencial de disseminação internacional e exijam uma resposta internacional coordenada, haveria outros elementos poderiam que expliquem o porquê de determinados surtos de doenças tomarem a dimensão de uma emergência de saúde pública de importância internacional pelos peritos dos Comitês de Emergência convocados sob os auspícios do RSI (2005)?

Para tentar responder a essa inquietação, consideramos que as decisões tomadas pelos peritos se situam, sobretudo, sobre o controle dos riscos inerentes aos eventos objeto de sua deliberação. Há uma vasta literatura sobre a construção de riscos e sua percepção pela sociedade que nos parece apropriada para buscar compreender o fenômeno das ESPIIs e os processos decisórios inerentes aos respectivos Comitês de Emergência.

Recorremos, primeiramente, à concepção de sociedade (industrial) de risco de Ulrick Beck[103], que irrompe do interior da modernidade e que mantém estreita relação com a modernização, não aquela das tradições, mas de suas premissas e seus princípios funcionais sócio-industriais.

Sua definição questiona a concepção de completude da modernidade e de fim da história social, pela qual as inquietações da sociedade moderna estariam apaziguadas. Diferentemente da modernização do século XIX, as atividades humanas adotadas desde o advento da modernidade geraram ameaças à vida do planeta como um todo, com efeitos sobre os quais não

[103] Beck U. Nascimento, Sebastião (trad). Sociedade de risco rumo a uma outra modernidade. 2. ed.. São Paulo, Ed. 34, 2011. 383 p.

temos instrumentos de previsão ou controle. Assim, a sociedade de risco passa a encarar, no seu âmago, as contradições da modernidade e os conflitos oriundos dos riscos científico-tecnologicamente por ela produzidos.

Na sociedade de risco, a modernidade é "reflexiva", no sentido em que necessita lidar com os ditos "efeitos colaterais latentes" de sua própria criação. É a própria sociedade quem gera e distribui os riscos ao incorporar conhecimentos e tecnologias ao seu dia a dia, que desencadeiam forças destrutivas sobre as quais não possui controle. Como agravante, diferentemente do estágio anterior da modernidade, os riscos contemporâneos escapam à percepção objetiva e têm alcance global, em termos espaciais e de sujeitos afetados.

De modo similar, Anthony Giddens[104] considera que, numa sociedade considerada catastrófica, pode-se contemplar a emergência de um potencial político voltado à prevenção e à gestão dos riscos, que implica numa reorganização do poder e das responsabilidades. Na sociedade de risco, haveria uma ruptura com as tradições, visto que a vida dos indivíduos passa a excluir a ideia de destino e a incorporar a concepção de escolhas e toda a sorte de implicações. Na transição entre o risco externo e o que Giddens chama de "risco manufaturado", as relações entre risco, responsabilidade e decisões necessita ser repensada, uma vez que a capacidade de se imputar ou assumir responsabilidades torna-se menos clara.

O desafio mais complexo está relacionado ao fato de que as consequências do desenvolvimento científico e tecnológico são difusas, tanto em relação aos que geram as inovações quanto àqueles que a difundem e consomem. Numa sociedade preocupada eminentemente com o futuro, em que os "ainda-não" evento são objeto de embate, a lacuna entre ricos (capazes de "comprar" segurança e liberdade) e pobres (tidos como passivos ou incapazes de conceber as implicações deletérias do uso de tecnologias) se equaliza, já que os efeitos sobre o ambiente são difusos e, no que diz respeito à origem dos riscos, possuem um efeito dito "bumerangue".

Os riscos assumem, assim, um caráter transnacional, apesar do esforço de transferência das indústrias de risco para países de menor desenvolvimento. É da pressão originada pela globalização dos riscos civilizacionais que emergem o que Beck denomina "comunhões de ameaça", numa aparente utopia de sociedade global, mobilizadora de arranjos transnacionais que dependem de aderência política para que se institucionalizem.

[104] Giddens A. Risk and Responsibility. The Modern Law Review Limited 1999 (MLR 62:1, January).

No contexto de globalização de riscos, ameaças e incertezas, Fortes e Ribeiro[105] consideram que as implicações sobre a saúde dos indivíduos se tornam significativas, dado que novos hábitos e costumes se difundem na mesma medida em que doenças infecciosas emergentes e reemergentes, que se propagam mais facilmente pelas tecnologias que incorporamos ao nosso quotidiano. Somam-se a esses fatos as mudanças ambientais globais e o desmantelamento dos sistemas nacionais de assistência, decorrentes da difusão de políticas de austeridade promovida pelas instituições financeiras globais. Nesse sentido, é preciso ponderar entre o que se qualifica como riscos decorrentes da ação individual (como a adoção de hábitos ditos não saudáveis, como o tabagismo, dietas desbalanceadas ou a exposição a doenças sexualmente transmissíveis) e a capacidade das sociedades em evitar riscos externos, decorrentes da exposição a um ambiente contaminado ou eivado de eventos extremos, cujos efeitos sobre a saúde individual ou coletiva são de difícil mensuração. A securitização da resposta a esses riscos e ameaças passa a caracterizar a sociedade de risco.

Mas como os riscos iminentes são percebidos pelos indivíduos de uma determinada sociedade? Di Giulio et al.[106] sugerem ser importante considerar as variáveis culturais, sociais, políticas, estéticas e psicológicas que compõem a identificação do perigo e da elaboração de estratégias para seu enfrentamento. A percepção de risco dependeria, assim, não apenas dos sinais físicos perceptíveis pelo indivíduo, mas de informações subjetivas que compõem o julgamento sobre a gravidade, a probabilidade e a aceitabilidade de um determinado evento. Nessa perspectiva, a experiência da modernidade estaria íntima e intensamente conectada às ferramentas de comunicação e aos efeitos que a difusão do conhecimento e das tecnologias conferem às novas dinâmicas para a percepção da realidade. Para além do que os meios institucionalizados informam, a experiência individual e suas concepções de urgência, responsabilidade e proximidade alimentariam a percepção de risco em que ele se situa.

Complementando essa visão, Renn[107] aponta para o caráter subjetivo da construção da percepção do risco a partir de uma perspectiva psicológica, seja pela apreensão da comunicação social e pela capacidade de avaliação individual de informações como também pela mensuração dos medos e das expectativas individuais sobre consequências indesejáveis (sobretudo no que diz respeito ao potencial catastrófico de determinados eventos) ou pela construção semântica que os indivíduos fazem da realidade. Além disso, considerações de caráter social, como

[105] Fortes P A C, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. 2014.
[106] Di Giulio G M, Vasconcellos M P, Gunther W M R, Ribeiro H, Assunção J V. Percepção de risco: um campo de interesse para a interface Ambiente, Saúde e Sustentabilidade. 2015.
[107] Renn O. 2008. Risk governance: coping with uncertainty in a complex world. Earthscan, London.

relações de poder, contexto social e proximidade com a tecnologia, poderiam conferir novas dimensões à percepção de risco, pois estão carregadas de valores tradicionais e éticos que filtram a seleção e a emoção e enviesam a relação emocional do indivíduo com relação aos riscos. No ápice da subjetividade, é preciso considerar a influência da cultura sobre a percepção de significantes e significados e seus efeitos sobre a construção da racionalidade das experiências de risco.

Em última instância, a percepção de risco também sofre influência do grau de institucionalidade em que se assenta o conhecimento das ameaças. Os novos riscos gerados pelo desenvolvimento científico e tecnológico sugerem uma nova componente à percepção do risco que diz respeito à necessidade de busca de autoridades. Configura-se, portanto, uma distância entre as percepções de risco das instituições de governo, ciência e gestão de desastres, numa leitura das suscetibilidades e das vulnerabilidades inerentes à comunidade, e a confiança depositada pelos indivíduos nos saberes institucionalizados. Ocorre, também, uma aparente dissolução da sensação risco por conta da hierarquização ou da priorização dos riscos em função da relação com a terra ou o ambiente. A percepção de risco pela comunidade sofre espécie de transição à medida que as instituições implementam ações que ora diminuem a violência ora conferem maior sensação de controle de eventos extremos. No que diz respeito à subjetividade da avaliação de risco, pode-se acrescentar o distanciamento temporal ou experimental do indivíduo em relação a eventuais ameaças, que ampliam ou reduzem a percepção de risco.

Uma outra abordagem, proposta por Jerónimo[108], trata da tendência da sociedade contemporânea em elevar à condição de risco aquilo que desconhece, num processo que manifesta sua própria dificuldade em lidar com as incertezas, com sua ignorância sobre todos os eventos e indeterminações próprias da natureza. No que Jerónimo denomina de “riscofrenia”, evidencia-se uma crise dos valores inerentes à condição humana, numa cultura que não admite a ideia de aleatoriedade e contingência, uma cultura que nega a eventualidade. O conhecimento científico, nesse sentido, oferece meios de mensuração de probabilidades e do estabelecimento de riscos, sobre os quais se “comodificam” as contingências e para os quais a prudência pode ser vista do ponto de vista do seguro e da compensação. Diferentemente de Beck, Jerónimo prefere nos denominar como “sociedade da incerteza” ou da “aleatoriedade”, senão as “democracias da incerteza”, pois, apesar dos avanços científicos, o mundo ainda parece uma incógnita. Nesse ambiente de incertezas, vislumbram-se soluções tecnológicas para problemas

[108] Jerónimo, HM. 2014. Riscophrenia and "animal spirits": clarifying the notions of risk and uncertainty in environmental problems. Sci. stud. [online]. 2014.

tecnológicos, o que levaria a uma desinibição frente a eventuais ameaças ou à sua naturalização, o que sugere que outros atores, para além da comunidade científica, precisam manter o alerta, de modo que o tecnicismo em excesso não inviabilize considerações de ordem ética e política.

No que Kasperson et al.[109] denominam de amplificação da percepção social do risco, determinados assuntos ganhariam visibilidade não quando as evidências científicas se avolumam, mas quando as percepções de risco e vulnerabilidade reverberam no tecido social e são retroalimentas por esse próprio tecido. A atuação de atores de diferentes esferas da arena política incide na amplificação ou na desvalorização dos riscos, combinada com a valoração que a própria mídia confere a determinados eventos passíveis de ganhos em termos de adesão ao veiculado. Entre esses atores capazes de amplificar a percepção social de um determinado risco, encontram-se as instituições de governo, a ciência ou *stakeholders* com capacidade para dosar o nível de percepção de riscos, a depender da legitimidade que se associa a essa figura pelos indivíduos.

Ao aplicarmos essas considerações para o âmbito da saúde global, consideramos que o processo de adensamento de um risco ou de ameaças sanitárias parece percorrer as mesmas vias. Do ponto de vista epidemiológico, a preocupação sobre a circulação de determinadas enfermidades, que avança rápida e geograficamente pelos meios tecnológicos correntes, como aviões ou estilos de vida, tende a ser amplificada apenas quando os riscos a elas associados encontram eco na comunidade científica e escalam a agenda das instituições de governo e de outros atores globais, sob a influência da mídia e da exploração do caráter teratológico que caracteriza uma ou outra enfermidade. Mesmo que a origem e os meios de contágio estejam associados às condições de vida dos indivíduos, capitalizam-se não as soluções estruturais que evitariam sua propagação, mas as soluções tecnológicas profiláticas, como medicamentos, vacinas e kits diagnósticos, atendendo aos anseios imediatos de uma sociedade incapaz de lidar com as suas incertezas e com os processos naturais sobre os quais não tem controle. A declaração de uma ESPII serve a esse propósito também, uma vez que as forças mobilizadas pela emergência operam com vistas à contenção dos surtos aos locais de onde parecem se originar. A ação dos atores envolvidos na ESPII funciona para evitar que os riscos percebidos se disseminem por outros países, sem tratarem das condicionantes sociais, econômicas e ambientais que tornam essas regiões propícias ao aparecimento dessas enfermidades.

[109] Kasperson R E, Renn O, Slovic P, Brown H S, Emel J, Goble R, Kasperson J X, Ratick S. (1988), The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework.

Conclusões

O presente texto buscou apresentar os primeiros resultados da sistematização de dados obtidos em documentos públicos, porém ainda pouco conhecidos e estudados, sobre as emergências declaradas e não declaradas pela OMS.

No que diz respeito à composição dos Comitês, concluiu-se que a OMS trabalha com peritos de diversos campos do conhecimento, privilegiando, em se tratando de surtos de agentes infecciosos, aqueles que estejam associados à epidemiologia, à virologia e à infectologia. No entanto, em todos os Comitês analisados, também participaram peritos de áreas transversais do conhecimento, como o turismo, a saúde de viajantes, a antropologia e a comunicação de risco. Constatou-se, ainda, a presença recorrente de quase três dezenas de peritos, em sua maioria associados a grandes centros de investigação epidemiológica, como o CDC/EUA, ou a organizações relacionadas ao trânsito internacional de passageiros, como a IATA, ou à comunicação de risco. Esta recorrência poderia ser indicativa da incidência de interesses de países centrais sobre o processo decisório da OMS.

No que se refere às declarações públicas dos CEs, em meio à profusão de detalhes sobre a especificidade da epidemiologia ou das características de cada surto, foi possível identificar a percepção do risco de disseminação internacional dos patógenos como a característica mais relevante para a declaração da ESPII. Porém, entre as informações disponibilizadas pela OMS não foi possível identificar a característica do surto que foi decisiva para indicar que a percepção do risco se ampliava de maneira a levar à caracterização do evento como uma ESPII. Assim, não é possível verificar se os peritos dispõem de informações fornecidas pelos Estados afetados pelos surtos que servem como baliza para a capacidade de preparação e resposta, ou se o fator determinante está na percepção dos Estados centrais sobre os riscos de disseminação internacional desses eventos.

Apesar dessas limitações, a literatura de risco nos sugere que a decisão de se declarar uma ESPII se fundamenta na construção social que o evento receber no seio dos Estados e da comunidade internacional, ampara na leitura da comunidade científica e na reverberação desse evento na agenda de governos e organizações internacionais como a OMS. A atuação dos peritos parece, portanto, ser a de criadores de significado para o evento em questão, permitindo à OMS que coordene a ação dos *stakeholders* no enfrentamento da crise.

Esperamos que os dados coletados e sistematizados sejam úteis para novas pesquisas sobre o tema.

ARTIGO 3*

Viegas, Leandro Luiz, Ventura, Deisy de Freitas Lima and Ventura, Miriam. 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 [online]. 2022, v. 38, n. 1, e00168121. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-331X00168121>. Epub 07 Jan 2022. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-331X00168121.

***Publicado em português e inglês, em livre acesso nas plataformas Scielo, PubMed e outras.**

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ENSAIO
ESSAY

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

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

La propuesta de convención internacional sobre la respuesta a las pandemias: en defensa de un tratado de derechos humanos para el campo de la salud global

Leandro Luiz Viegas [1]
Deisy de Freitas Lima Ventura [2]
Miriam Ventura [3]

doi: 10.1590/0102-311X00168121

Resumo

Em novembro de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início à negociação de uma convenção, acordo ou outro instrumento internacional sobre a resposta às pandemias. Neste ensaio, defendemos e justificamos a tese de que o novo pacto deve ser um tratado de direitos humanos, como condição indispensável para a prevenção de novas pandemias e eficiência da resposta global quando elas ocorrem. Após o breve resgate da origem das negociações, apresentamos os principais conteúdos normativos que correspondem a um enfoque de direitos humanos: a instituição da regra de indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social; e a regulamentação do acesso a tecnologias farmacêuticas. A seguir, em seção dedicada ao tema da efetividade do futuro tratado, classificamos as propostas existentes em ajustes tecnocráticos, como alterações no procedimento de declaração de emergências; mecanismos de transparência e controle, a exemplo da adoção de um mecanismo de Revisão Periódica Universal (RPU), similar ao do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, para monitorar obrigações dos Estados relacionadas à saúde; poderes coercitivos que seriam outorgados à OMS ou outra agência, tais como inspeções nos territórios nacionais realizadas por cientistas independentes; e mecanismos de coordenação política, como a criação de um Conselho Global de Ameaças à Saúde. Concluímos que há risco de adoção de um sistema mais eficiente de vigilância para alertar o mundo desenvolvido so- bre ameaças oriundas de países em desenvolvimento, em lugar de um tratado capaz de contribuir para evitar que populações mais vulneráveis continuem sendo devastadas por pandemias cada vez mais frequentes.

Pandemias; Organização Mundial da Saúde; Direitos Humanos; Saúde Global; Direito Internacional

Correspondência
L. L. Viegas
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.
llviegas@usp.br

[1] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
[2] Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
[3] Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original sejacorretamente citado.

Introdução

No presente ensaio, defendemos a tese de que o novo tratado internacional sobre as pandemias, que se encontra atualmente em negociação no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), somente será capaz de evitar novas catástrofes sanitárias caso leve em conta um enfoque de direitos humanos das emergências internacionais. O objetivo do texto é mobilizar a comunidade acadêmica brasileira, especialmente dos campos da saúde coletiva, dos direitos humanos, do direito e das relações internacionais, para que acompanhe o debate sobre o novo tratado de forma crítica e construtiva. Embora o Brasil tenha renunciado ao seu protagonismo de outrora no campo da saúde global, sendo hoje identificado como um adversário da agenda internacional de direitos humanos [1], acreditamos que centros de pesquisa, instituições e entidades sociais podem contribuir com este debate, inclusive subsidiando a ação das redes de ativismo do Sul Global voltadas ao campo da saúde.

Considerando as deficiências patentes da resposta internacional à pandemia e o papel desempenhado pelo Direito nas respostas nacionais, a importância de um novo tratado não deve ser subestimada. A vertiginosa produção legislativa referente à COVID-19 vem servindo tanto para disciplinar situações até então não reguladas, como para estabelecer exceções à ordem jurídica vigente em razão da pandemia. Apontada como possível pretexto para derivas autoritárias em países governados por líderes populistas [2], a crise sanitária também é percebida como um risco de erosão de democracias consolidadas, que podem caminhar em direção a estados de exceção caso medidas restritivas de direitos supostamente temporárias tornem-se permanentes [3,4]. Na maior parte dos países, as jurisdições são constantemente mobilizadas para avaliar se tais medidas são devidamente justificadas, eficientes e proporcionais em relação ao dever de proteger a saúde pública. Mas em Estados em situação de catástrofe sanitária, o Poder Judiciário vem sendo palco de uma disputa entre atores que buscam garantir a implementação de medidas básicas de contenção da propagação do vírus e os que buscam coibi-las [5,6].

Diante da grande heterogeneidade dos planos nacionais de resposta à COVID-19, constatamos que a abundância de normas e de sentenças não é sinônimo da predominância de um enfoque de direitos humanos. Um enfoque de direitos humanos pode ser definido como aquele que reconhece a estreita relação entre saúde e direitos humanos, que as violações dos direitos humanos podem ter impactos sobre a saúde, e que as políticas públicas de saúde podem afetar de forma negativa ou positiva os direitos humanos [7]. O direito à saúde, por sua vez, foi reconhecido pelo Artigo 12 do *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais* (PIDESC) da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1966, como o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental [8].

Um enfoque de direitos humanos específico para as pandemias exige o seu reconhecimento como fenômeno social cuja prevenção requer a proteção das prerrogativas individuais que podem ser ameaçadas pelos Estados, mas igualmente uma crítica às estruturas sociais, econômicas, políticas e jurídicas que impedem as pessoas de alcançarem o direito à saúde [9]. Na prática, a diferença entre um enfoque de direitos humanos e qualquer outro enfoque de uma pandemia pode ser identificada na definição das prioridades dos planos de resposta, que devem ser estabelecidas de modo a evitar a repercussão desproporcional da doença sobre as populações mais vulneráveis. Estas prioridades compreendem uma dimensão emergencial, principalmente por meio da concepção e da implementação de metas capazes de assegurar uma repartição mais justa de recursos financeiros e humanos escassos durante a crise, criando ou incrementando políticas públicas específicas para este fim, mas igualmente uma dimensão estrutural, através de metas em médio e longo prazo relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Não se trata, portanto, apenas do imperativo de conter a propagação da doença, mas também do objetivo político de conter os danos que esta produz sobre os direitos das pessoas.

Em abril de 2020, a OMS propôs um enfoque de direitos humanos na pandemia de COVID-19 [10], que compreendia medidas específicas sobre os seguintes temas: estigma e discriminação causados pela doença, igualdade de gênero e violência contra a mulher, e proteção de populações vulneráveis; escassez de insumos e equipamentos; obrigações em matéria de assistência e cooperação internacional em relação aos países em desenvolvimento; e conformidade de medidas quarentenárias e outras medidas restritivas de direitos aos *Princípios de Siracusa* – ou seja, tais medidas devem respeitar o princípio da legalidade, buscar um objetivo legítimo, ser proporcionais e não arbitrárias ou discriminatórias [11]. Certamente, uma vasta literatura abordará em detalhes, nos próximos anos, o impacto da COVID-19

sobre esses temas em locais, regiões ou países específicos. Diante das informações de que dispomos hoje, parece consensual a constatação de que a crise sanitária evidenciou ou exacerbou as tensões presentes em cada um dos pontos desta agenda, e de que os governos e as sociedades não foram capazes de enfrentá-las de forma satisfatória.

Diante desta constatação, é natural que a efetividade das recomendações e normas internacionais na resposta à pandemia venha sendo objeto de discussão, em particular o *Regulamento Sanitário Internacional* (RSI) [12], aprovado no âmbito da OMS, em 2005, que é o instrumento jurídico vocacionado à contenção da propagação internacional das doenças. Vigente em 196 Estados desde 2007, inclusive no Brasil [13], ele está longe de ocupar a centralidade da resposta multilateral à COVID-19. O RSI prevê em detalhes as capacidades que os Estados precisam desenvolver para responder às emergências, e garante que sua implementação será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais (Art. 3.1). No entanto, embora obrigatório para os Estados, o RSI não atribui à OMS poderes para que ela possa controlar o efetivo cumprimento dessas obrigações. A irrelevância do único regime jurídico que poderia ter evitado uma catástrofe sanitária desta amplitude se explica, ao menos em parte, pela resistência dos Estados a submeter-se a um mecanismo de segurança coletiva baseado em recomendações de especialistas da OMS que supostamente comprometeriam interesses nacionais de curto prazo, o que constitui um problema clássico das relações internacionais [14] e igualmente do direito internacional.

É neste contexto que a Assembleia Mundial da Saúde (AMS), principal órgão diretivo da OMS, decidiu convocar uma reunião extraordinária para novembro de 2021, com o intuito de examinar as vantagens de elaborar uma convenção, acordo ou outro instrumento internacional da OMS sobre a preparação e resposta às pandemias, a fim de estabelecer um processo intergovernamental de redação e negociação [15].

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

O ensaio foi estruturado da seguinte forma: na primeira seção, faremos um breve resgate da origem da proposta de negociação de um novo acordo internacional; na segunda e na terceira seções, abordaremos os principais conteúdos que, em nossa opinião, devem figurar no tratado para que ele possa ser considerado um instrumento de direitos humanos, que também são essenciais para a prevenção de novas pandemias e para a eficiência da resposta global, quais sejam a instituição da regra de indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social, e o potencial avanço na regulamentação do acesso a tecnologias farmacêuticas; por fim, dedicaremos a quarta seção às principais propostas que estão voltadas à garantia da efetividade do futuro tratado, que abordaremos de forma crítica.

A origem da proposta de regulação internacional das pandemias

Segundo o Artigo 19 da Constituição da OMS [16], a AMS pode adotar convenções sobre qualquer assunto da competência da organização, por maioria de dois terços dos votos. Diferentemente dos regulamentos sanitários, uma convenção precisa ser ratificada formalmente pelos Estados, de acordo com os respectivos ritos constitucionais, para que seja considerada obrigatória. Até hoje, a única convenção aprovada no âmbito da OMS foi a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), em 2003, que é vigente em 182 Estados [17]. O Brasil foi um dos protagonistas deste processo [18]. Apesar da ampla adesão, da especificidade e da relevância de sua pauta, a CQCT enfrenta desafios para garantir a efetiva aplicação de seus dispositivos [19].

A ideia de um novo pacto internacional no campo da saúde global surge com maior força há cerca de uma década [20,21] e se afirma ao longo dos anos, com a criação de iniciativas da sociedade civil como a Aliança da Convenção-Quadro sobre Saúde Global (https://fcghalliance.org/about/about-the-fcgh-alliance/#background), sediada em Genebra, Suíça. O advento da COVID-19 fortalece este

movimento, levando os membros do G7, da OMS e do G20 a discutirem a potencial utilidade de um novo tratado [22].

Em março de 2021, a adoção de um novo tratado foi proposta pelo Diretor-Geral da OMS e pelo Presidente do Conselho Europeu, além de 25 Chefes de Estado e de Governo (entre eles alguns com atuação decisiva em matéria de saúde global, como África do Sul, Alemanha, França, Noruega e Reino Unido; da América Latina, apenas Chile e Costa Rica) [23]. Segundo os proponentes, o novo tratado não substituiria o RSI, que passaria a fazer parte de um quadro legal mais amplo. A negociação de um tratado também foi recomendada pelos órgãos mais importantes de avaliação da resposta internacional à COVID-19: o Painel Independente para Preparação e Resposta à Pandemia [24]; e o Comitê de Revisão sobre o Funcionamento do RSI durante a COVID-19, criado pela OMS, mas composto por especialistas independentes [25]. Sem fazer referência específica a um tratado, o Conselho Global de Acompanhamento da Preparação (Global Preparedness Monitoring Board), órgão independente criado em 2017 pela Secretaria Geral da ONU em resposta à crise do Ebola, propôs a organização de uma reunião de cúpula sobre a segurança da saúde global com participação das instituições financeiras internacionais para formular um quadro de preparação e resposta às emergências sanitárias, compreendendo mecanismos de financiamento, pesquisa e desenvolvimento, proteção social e responsabilização mútua, entre outros aspectos [26].

Até setembro de 2021, não havia consenso sobre qual seria o conteúdo do novo tratado, nem sobre a adequação de começar a negociá-lo quando a pandemia ainda não está sob controle em grande parte do mundo, tampouco sobre a real disposição dos Estados de assumir novos compro- missos, considerando o egoísmo que marcou as respostas nacionais à crise [27] e as condições geo- políticas adversas [28]. Quanto ao conteúdo do tratado, nenhuma proposta detalhada havia circulado publicamente até setembro de 2021. Uma lista de temas foi proposta pelo Comitê de Revisão sobre o Funcionamento do RSI durante a COVID-19 [25]. Assegurando que o RSI será mantido, o Comitê propõe três eixos temáticos para o novo tratado: prevenção e proteção, abarcando riscos zoonóticos, coordenação com tratados ambientais (por exemplo, sobre questões como a biodiversidade e o comércio de espécies com risco de extinção), além de planificação e preparação das emergências sanitárias pelos Estados; resposta às emergências, com compromissos em matéria de intercâmbio de informação entre os Estados, incremento da cooperação internacional para pesquisa e inovação, aumento e otimização de capacidades de fabricação e distribuição de insumos e tratamentos, entre outros; e, por fim, fatores benéficos (*enabling factors*), que seriam modalidades sustentáveis de financiamento para os Estados e processos de avaliação de seu desempenho por pares e por especialistas – como procedimentos de verificação e inspeção, meios de solução de controvérsias e sanções por descumprimento – e a proteção dos direitos humanos e da privacidade no contexto das tecnologias de vigilância, entre outros aspectos.

A proposta não oferece detalhamento. Além disso, sem desmerecer a sua importância, fica evidente que está distante de um enfoque de direitos humanos, já definido na Introdução. Neste sentido, consideramos que a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) ofereceu parâmetros do que seria um enfoque de direitos humanos da pandemia ao orientar os Estados-membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) por meio de três resoluções seminais. A primeira interpreta as obrigações convencionais dos Estados diante da crise sanitária, oferecendo um verdadeiro marco de referência para as respostas nacionais [29]. A segunda aborda em detalhes os direitos das pessoas com COVID-19, seus familiares e cuidadores [30], enquanto a terceira se debruça sobre o espinhoso tema do acesso às vacinas [31]. No presente ensaio, aprofundaremos apenas dois aspectos que são mencionados no direito interamericano, e nos parecem os mais importantes para que o futuro tratado sobre as pandemias possa ser considerado um tratado de direitos humanos.

É importante destacar que a influência de um tratado excede a dimensão das relações internacionais, pois o direito internacional, quando incorporado às ordens jurídicas nacionais por meio dos respectivos procedimentos constitucionais, pode ser invocado junto às instituições domésticas, inclusive a administração pública e a jurisdição. Neste sentido, os dispositivos de um tratado internacional sobre a pandemia poderão ser evocados em litígios internos como forma de reconhecer ou de reforçar as obrigações internacionais dos Estados em matéria de direitos humanos. Daí resulta que, a depender de seu enfoque e conteúdo, o novo tratado poderia, em tese, contribuir para que a intensificação da judicialização da saúde ocorrida em razão da pandemia possa ser mais benéfica aos direitos humanos.

O reconhecimento da indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social

Ao contrário do que se costuma dizer, o papel das desigualdades sociais e econômicas na propagação das doenças, e na multiplicação dos danos que elas causam, não veio à tona com a COVID-19. Este fenômeno já surgia com clareza nos estudos sobre as emergências declaradas pela OMS anteriormente: a gripe A/H1N1 (2009-2010, com origem nos Estados Unidos e no México) [32], a síndrome congênita do vírus Zika (2016, com epicentro no Brasil) [33], a propagação do poliovírus (desde 2014 e até o presente, em países em guerra declarada, como a Síria, ou com violência difusa, como a Nigéria) [34] e a doença do vírus Ebola (2014-2015, na África Ocidental, e 2019-2020, na República Democrática do Congo) [35].

No caso da COVID-19, uma consistente literatura reitera este fenômeno, demonstrando que as desigualdades não apenas comprometem a eficiência das respostas nacionais, mas também ensejam o impacto desproporcional da doença sobre os mais vulneráveis [36,37], inclusive no que se refere à mortalidade [38,39]. Destacamos que principalmente nos países em desenvolvimento, um dos maiores obstáculos à contenção da COVID-19 é a incapacidade de grandes contingentes populacionais aderirem a recomendações sanitárias elementares. As limitações de acesso a álcool em gel, saneamento básico, água potável, moradia e alimentação decentes, educação e outros determinantes sociais da saúde limitam ou inviabilizam as condições de higiene básicas para evitar o contágio.

Além disso, medidas restritivas de circulação de pessoas, principalmente o fechamento do comércio, acarretam abrupta e significativa redução de renda para milhões que integram o mercado informal de trabalho, ocasionando o aumento da insegurança alimentar e da fome [40]. Juntamente aos trabalhadores formais que não foram dispensados do trabalho presencial, trabalhadores informais são forçados a decidir entre o risco de contágio e o risco da fome, o que potencialmente acarreta, além do aumento de casos, óbitos e sequelas, um sofrimento psicológico intenso. A falsa oposição entre proteção da saúde e sobrevivência econômica igualmente constitui terreno fértil para a ascensão do populismo conservador [1], defensor da ideia de que "a economia não pode parar", e de que a doença deveria seguir seu curso natural, com a mínima regulação estatal possível, o que já foi chamado de "neoliberalismo epidemiológico" [41].

A literatura demonstra também que a eficiência das respostas dos Estados à COVID-19 foi comprometida por ações e omissões ocorridas durante as últimas décadas que reduziram a capacidade de vigilância, contenção e mitigação de epidemias pelos sistemas de saúde, por meio de decisões políticas desastrosas que acentuaram a desigualdade econômica, a precariedade laboral e o enfraquecimento dos serviços públicos, tornando grande parte da população vulnerável a enfermidades [42]. Segundo João Nunes, a pandemia de COVID-19 é produto da vulnerabilização global decorrente da expansão do neoliberalismo, sobretudo a partir da década de 1980, quando se adotam políticas de ajuste fiscal centradas na contenção das despesas públicas, que implicam na drástica redução dos orçamentos dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo [42].

Na comunidade internacional, há consenso sobre o papel determinante que a proteção social deve merecer na resposta às pandemias. Um mecanismo de coordenação criado em torno do G20 que reúne 25 agências internacionais (inclusive o Banco Mundial), denominado Social Protection Inter-Agency Cooperation Board (Conselho de Cooperação Interinstitucional de Proteção Social) [43], reconhece a necessidade de favorecer a adesão a medidas de prevenção por meio de diversas iniciativas, entre elas programas de renda emergencial e isenção de pagamento de serviços essenciais como eletricidade, gás e água [44]. Até abril de 2021, 126 Estados haviam introduzido ou adaptado medidas de proteção social em razão da COVID-19, estando mais de 500 delas ainda em vigor em maio de 2021 [45]. No entanto, elas vêm sendo largamente insuficientes e tardias em diversas regiões do mundo. Os níveis de pobreza e extrema pobreza na América Latina aumentaram vertiginosamente durante a pandemia, com a piora de índices de desigualdade, emprego e participação no mercado de trabalho, sobretudo das mulheres [46].

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

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

Desde a década de 1990, o acesso às tecnologias farmacêuticas tem sido o principal tema do ativismo de direitos humanos e da saúde global, e igualmente das agendas de governos neste campo. Seu uso racional e a sustentabilidade dos sistemas de saúde são considerados estratégias fundamentais para viabilizar uma atenção à saúde efetiva e de qualidade. As instâncias internacionais especializadas em direitos humanos reconhecem o acesso a medicamentos como componente essencial do direito à saúde, como um direito derivado do já citado Artigo 12 do PIDESC [47]. Considerando que o intenso e rápido desenvolvimento da ciência e tecnologia não tem repercutido na ampliação dos direitos humanos, busca-se compatibilizar tal dispositivo com o Art. 15.1 do mesmo Pacto, que reconhece os direitos (b) aos benefícios do progresso científico e suas aplicações e (c) os de propriedade intelectual em relação às inovações tecnológicas e científicas desenvolvidas, a fim de permitir que os Estados possam atender às necessidades de saúde da população. Todavia, nem o mercado nem os Estados e as instituições internacionais têm respondido adequadamente a tais necessidades [48]. A dinâmica empresarial na saúde e as parcerias público-privadas vêm produzindo uma escassez global de recursos de saúde [49], e mesmo insumos disponíveis tornam-se a cada dia menos acessíveis economicamente aos países e às pessoas. A distribuição desigual de benefícios e riscos das inovações é evidente, e está relacionada à globalização econômica e ao declínio do poder dos Estados frente ao setor privado.

Em novembro de 2001, no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC), por iniciativa dos países em desenvolvimento com liderança expressiva do Brasil, foi adotada a *Declaração de Doha sobre o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio* (ADPIC, em inglês TRIPS) e a Saúde Pública. Esta célebre declaração sustenta que os compromissos sobre propriedade intelectual devem ser interpretados e implementados de modo a apoiar o direito dos membros da OMC de proteger a saúde pública e, em particular, de promover o acesso aos medicamentos para todos [50]. Apesar de sua importância, a declaração encontra grandes dificuldades de implementação, e a dificuldade de acesso a medicamentos não mais se restringe a países de baixa renda nem a um escopo limitado de doenças [51].

Especificamente em relação à COVID-19, em abril de 2020, um relatório da Secretaria Geral da ONU defendeu a flexibilização da propriedade intelectual e o enfoque de tratamentos e vacinas para a COVID-19 como bens públicos mundiais [52]. Ainda no âmbito da ONU, reiteram esta posição o Alto Comissariado para os Direitos Humanos [53] e o Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais [54]. No mesmo período, a OMS criou o mecanismo *Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator* com o objetivo de produzir 2 bilhões de doses de vacinas, 245 milhões de medicamentos e 500 milhões de testes. As regras estipulam que os países de renda média, como o Brasil, devem pagar pela vacina, e que cerca de 95 países de baixa renda, desprovidos de acesso a acordos bilaterais, teriam acesso gratuito [55]. No âmbito do ACT, a OMS instituiu uma espécie de entreposto multilateral denominado Covax Facility, para ação global na centralização de financiamento, encomenda, compra e distribuição equitativa [56].

No entanto, as iniciativas da OMS não conseguiram evitar a flagrante concentração de doses nos países ricos, que possuem cerca de 15% da população mundial e 45% das doses disponíveis, o que levou seu Diretor-geral, Tedros Adhanom, a definir a atual situação mundial das vacinas contra a COVID-19 como "fracasso moral catastrófico" [57] e "*apartheid* sanitário" [58]. Países em que se realizam a pesquisa, o desenvolvimento e a manufatura de vacinas, como Estados Unidos, membros da União Europeia, China e Índia, concentram a maior parte do estoque global de insumos e restringem sua exportação, o que se soma à proteção a direitos de propriedade intelectual sobre importantes tecnologias e às disputas sobre equipamentos de proteção e *kits* diagnósticos para o coronavírus [59]. Até maio de 2021, apenas 3% das pessoas na América Latina e no Caribe haviam sido totalmente vacinadas contra a COVID-19, um "*sintoma da dependência excessiva das importações de suprimentos médicos essenciais*" [60], dado que menos de 4% dos produtos médicos em uso durante a resposta à COVID-19 vieram da região. Entre os riscos decorrentes deste fracasso, o atraso ou falta de vacinação mundial poderá implicar a ocorrência de repetidos surtos epidêmicos da COVID-19, com mutações virais que poderão escapar às vacinas, o surgimento de zonas planetárias endêmicas da doença e a ocorrência de surtos eventuais que atravessam fronteiras de países vacinados, levando o mundo a voltar sempre à estaca zero por "*não vacinar*

amplamente e transformar as vacinas em fontes de lucro, com patentes de custo elevado, pagando royalties incompatíveis com as economias nacionais de países explorados e colonizados" [56] (p. 9).

Diante dos limites desta cooperação internacional, o debate sobre a flexibilização global das patentes de produtos tornou-se um objeto incontornável para o novo tratado. Em outubro de 2020, África do Sul e Índia solicitaram à OMC permissão para que todos os países optassem por não conceder nem fazer cumprir patentes e outras propriedades intelectuais relacionadas aos medicamentos, vacinas e outras tecnologias relacionadas à COVID-19 durante a pandemia, até que todas as pessoas estejam imunizadas [61]. Em março de 2021, a iniciativa tinha o apoio de cerca de 80 países, da OMS e de organizações como Médicos Sem Fronteiras, mas era bloqueada por Estados Unidos, União Europeia e outros países desenvolvidos, sendo o Brasil o único país em desenvolvimento contrário à proposta [62]. Juntamente com Austrália, Canadá, Chile, Colômbia, Equador, Nova Zelândia, Norue- ga e Turquia, o Brasil defende uma "terceira via" que consistiria em atribuir à OMC a mediação de contatos entre desenvolvedores e fabricantes de tecnologias farmacêuticas, com vistas a: (i) assegurar a identificação e o uso de capacidade instalada para a produção desses medicamentos; (ii) facilitar a celebração de acordos de licenciamento para a transferência de tecnologia, *expertise* e *know-how*; e (iii) identificar e resolver, de forma consensual, qualquer barreira comercial à produção e à distribuição desses produtos, inclusive os relacionados à propriedade intelectual [63].

Em nosso entendimento, a fórmula proposta por África do Sul e Índia deveria figurar no novo tratado sobre as pandemias, pois, como questiona Tedros Adhanom [62], "*se uma suspensão temporária das patentes não pode ser implementada agora, durante este momento sem precedentes, quando seria o momento certo?*". Mas a flexibilização da propriedade intelectual encontra resistências dentro da OMS, apesar do discurso de seu Diretor-geral e das iniciativas já citadas. Em maio de 2021, a AMS adotou resolução que não prevê a suspensão de patentes nem a transferência de tecnologias, que poderiam reduzir os custos das vacinas e ampliar a produção global, deixando margem apenas à adoção de medidas voluntárias de transferência de tecnologias [64].

Cabe então perguntar: supondo que temas típicos de um enfoque de direitos humanos das pandemias – como a proteção social e o acesso a tecnologias farmacêuticas – sejam contemplados pelo novo tratado, podemos esperar que ele seja de fato respeitado pelos Estados? É o que procuramos responder na seção seguinte.

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

Paralelamente à negociação do novo tratado, circulam numerosas propostas de reforma da OMS, do RSI e de outros instrumentos internacionais relacionados à saúde, grande parte deles voltada a fortalecer o poder normativo da OMS na governança global da saúde. Logo, as perspectivas de implementação do novo tratado estão diretamente relacionadas à evolução desta instituição em seu conjunto, hoje em plena ebulição.

No jargão diplomático, dizer que uma organização internacional "não tem dentes" significa que ela não tem poder para impor sanções aos Estados pelo descumprimento de suas obrigações, que é justamente o caso da OMS. O RSI limita-se a estipular que os Estados Partes e o Diretor-geral enviarão relatórios à AMS (Art. 54). Para este fim, a OMS instituiu o *Relatório Anual dos Estados Partes* (SPAR), que é um instrumento de coleta de dados equivalente a uma autoavaliação, realiza- da pelos Estados desde 2010. Disponíveis em uma plataforma de acesso público (https://extranet.who.int/e-spar#capacity-score), tais dados possuem grau de confiabilidade duplamente limitado. Primeiramente, a OMS não tem meios para obrigar um Estado a participar da avaliação. Em 2019, por exemplo, 175 Estados (89%) forneceram seus dados; já em 2020, apenas 164 o fizeram (84%) [65]. Em segundo lugar, um mecanismo que depende da isenção dos Estados para avaliar suas próprias capacidades tende a oferecer uma visão edulcorada do verdadeiro estado de implementação do RSI no plano global, o que fez crescer a cobrança em favor de um instrumento externo e independente de avaliação.

Em 2014, foi lançada a *Agenda de Segurança da Saúde Global*, paralela à OMS, sob a liderança e coordenação dos Estados Unidos, que tem entre seus objetivos a promoção dos mecanismos de controle

de implementação do RSI [66]. Esta agenda, juntamente com outros parceiros, apoiou enfaticamente a OMS na implementação de avaliações independentes sobre as capacidades desenvolvidas pelos Estados, chamadas Avaliações Externas Conjuntas, que dependem do consentimento dos Estados; em 2021, mais de cem países já haviam aceito submeter-se a este tipo de avaliação [67]. O Brasil não se encontra entre eles. Até 2019, a África havia sido o continente que mais aderiu às avaliações externas, cobrindo 40 dos 47 Estados da regional africana da OMS (mais de 80%); o resultado destas avaliações permitiu concluir que nenhum Estado africano havia conseguido implementar as capacidades nacionais requeridas pelo RSI [68]. Um estudo realizado em 2018 constatou fortes indícios de correlação entre o grau de implementação das capacidades requeridas pelo RSI, os indicadores de saúde e o desempenho dos sistemas de saúde dos Estados [69].

A lentidão e as falhas na implementação das capacidades nacionais requeridas pelo RSI ficaram evidentes desde a sua primeira implementação, por ocasião da pandemia de gripe A/H1N1 (2009-2010). Desde então, diversos painéis e comissões produziram recomendações para o aperfeiçoamento da preparação global para as pandemias, tais como a necessidade de fortalecimento da OMS em aspectos como o seu financiamento, papel normativo e de coordenação, além de ajustes no RSI [70,71,72]. Há consenso sobre o fato de que a OMS não dispõe dos meios necessários para agir de forma imediata e independente, tampouco de assegurar as condições materiais para que todos os Esta- dos-membros, particularmente os menos desenvolvidos, sejam capazes de instalar as capacidades mínimas de resposta a esses eventos. A COVID-19 trouxe de volta à agenda da saúde global a velha temática da crise e reforma da OMS [73], com propostas de reforma que vão de simples alterações no procedimento de declaração de emergências, até o questionamento do papel da OMS na preparação e resposta a pandemias.

Começando pelos ajustes tecnocráticos, diversas propostas visam a modificação do mecanismo de declaração de emergências da OMS. Enquanto as versões anteriores do RSI (de 1951 e 1969, a última modificada em 1973 e 1981) pretendiam combater doenças específicas, como a varíola e a peste, a atual versão do regulamento tem como eixo um novo instituto jurídico [74]. Trata-se da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), cuja definição cobre qualquer evento extraordinário que possa constituir um risco para a saúde pública de outros Estados devido à propagação internacional de doença, e que potencialmente exige uma resposta internacional coordenada [12]. O conceito de doença, por sua vez, inclui qualquer agravo, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para seres humanos [12]. Cabe à Direção-geral da OMS, com o auxílio de um Comitê de Emergências, identificar e declarar a existência de uma ESPII. Referimos anteriormente neste artigo as emergências que já foram declaradas desde que o novo RSI entrou em vigor. A multiplicidade e complexidade de causas e características destes eventos dificultam comparações entre eles, mas é evidente que os elementos definidores de uma ESPII não são suas gravidade e letalidade efetivas, e sim seu potencial alcance internacional. Ou seja, o que importa é evitar que a ameaça saia do lugar onde deveria ficar [75]. Assim, a OMS convocou outros comitês para analisar os surtos de síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) entre 2013 e 2015, de um surto de febre amarela em 2016 e de um surto de Ebola em 2018, que concluíram que tais eventos não eram ESPIIs, apesar de sua potencial gravidade. Apontam-se frequentemente as hesitações da Direção-geral em declarar uma emergência, por receio de ser acusada de exagero, sobretudo pelos Estados nos quais as ameaças têm origem, preocupados com os efeitos econômicos e políticos de uma tal declaração [74]. Há também o temor de que a declaração tenha pouco impacto junto à comunidade internacional, e/ou que o grau de adesão dos Estados às recomendações emergenciais da OMS seja baixo [14]. Há consenso na literatura sobre a falta de transparência quanto aos critérios utilizados pela OMS ao decidir que um evento é ou não uma emergência internacional [76,77,78,79,80]. Neste sentido, foi proposta a criação de uma escala de alerta de emergências, com diferentes níveis de gravidade de ameaças, o que permitiria chamar a atenção para um evento sem necessariamente declarar uma emergência [81]. Também se propôs que as ESPIIs possam ser declaradas regionalmente, circunscritas aos países contíguos ao(s) do surgimento de uma ameaça [81]. No entanto, é preciso ressaltar que soluções tecnocráticas podem complicar ainda mais o processo e não suprirão as verdadeiras dificuldades de implementação do RSI: a limitação dos poderes da OMS, a falta de vontade política dos Estados em relação ao cumprimento das recomendações internacionais e a insuficiência de fundos para financiar a preparação e a resposta nos planos internacional e nacional [14].

No que se refere aos mecanismos de transparência e controle, o já citado Painel Independente, que analisou o desempenho dos Estados e da OMS durante a pandemia [25] ratifica a proposta de adoção de um mecanismo de Revisão Periódica Universal (RPU) similar ao do Conselho de Direitos Humanos da ONU. Esta proposta foi apresentada em 2019 por um grupo de países africanos e é explicitamente apoiada pela Direção-geral da OMS [82]. A RPU é considerada como um instrumento típico da estratégia das instituições internacionais de direitos humanos conhecida como *naming and shaming*, também chamada de "mobilização da vergonha", que resumidamente consiste em expor a conduta dos Estados à desaprovação dos seus pares e da opinião pública. Criada em 2006 como uma grande inovação institucional no campo dos direitos humanos, a RPU permite que a atuação de todos os Estados-membros da ONU seja submetida ao escrutínio de seus pares ao longo de ciclos de quatro anos e meio de avaliação, nos quais o Estado revisado é alvo de recomendações e tem a obrigação de reagir a cada uma delas, expressando seu aceite ou recusa, independentemente do seu poder, dos seus recursos e da importância de que desfruta na arena internacional [83]. Consideramos que esta proposta tem maior chance de ser aceita pelos Estados e poderia ter efeitos benéficos para a visibilidade global da agenda da saúde pública, assim como para ampliação da interface entre direitos humanos e saúde global.

Em relação aos poderes coercitivos, há propostas de que seja outorgado à OMS o poder de adotar sanções contra Estados inadimplentes [24,25], como a restrição de viagens de seus governantes e o congelamento de ativos no exterior [84]. Também foi proposta a criação de uma agência independente da OMS, encarregada de investigar os surtos de patógenos e sua origem, ou de verificar se os Estados estão cumprindo seu dever de compartilhamento de dados [84]. O novo organismo técnico supostamente não estaria sujeito às pressões que constrangem organizações intergovernamentais como a OMS. Porém, cabe ponderar os riscos de esvaziamento dos já escassos poderes da organização. Não resta dúvida sobre a necessidade de atribuir à OMS o poder de checar as notificações oficiais dos Estados-membros a respeito das potenciais ameaças e de alertar a comunidade internacional quando algum país não estiver agindo de forma responsável e transparente [24,25,85]. Uma das sugestões é de que a OMS adote um regime similar ao que existe no regime de não proliferação de armas nucleares, com a possibilidade de realização de inspeções in loco, destacando cientistas independentes para investigar a potencial existência de patógenos novos e perigosos [84].

Por fim, quanto aos mecanismos de coordenação política, um amplo leque de recomendações emana principalmente do Painel Independente [24]. Entre elas, destaca-se a criação de um Conselho Global de Ameaças à Saúde, por meio de uma resolução da Assembleia Geral da ONU. Vinculada ao G20 e composta por Chefes de Estado e Governo, com participação da sociedade civil e do setor privado, tal instância teria como missão construir um compromisso político de preparação para as pandemias que se mantivesse ativo durante uma emergência, mas também entre uma emergência e outra; assegurar a complementaridade da ação coletiva em todos os níveis do sistema internacional; monitorar os progressos realizados pelos Estados em relação aos objetivos e indicadores estabelecidos pela OMS; e responsabilizar os atores envolvidos na condução de emergências. Além disto, o Conselho orientaria a alocação de recursos da cooperação internacional, em especial de um novo mecanismo internacional de financiamento que seria criado pelo G20 e pelos Estados-membros da OMS, que mobilizaria de 5 a 10 bilhões de dólares por ano. Esta proposta reflete o entendimento de que a elevação dos temas de saúde ao nível dos Chefes de Estado e de Governo traria o protagonismo político para o campo da saúde global, hipótese que nos parece ainda distante de ser comprovada. Além disso, preocupa-nos o uso da expressão "ameaça à saúde global" como catalisador desta liderança, que poderia favorecer uma abordagem securitária das questões de saúde. Há uma tendência a apresentar os países do Sul Global como fonte de ameaças, tratando a questão do acesso aos dados nacionais e da possibilidade de inspeções nos países em desenvolvimento como forma de garantir a segurança do mundo desenvolvido [86]. Porém, confinar a resposta às emergências internacionais ao prisma da segurança condenaria a saúde global a uma sucessão infinita de períodos de "guerra" intercalados por "tréguas" focadas nos sistemas de vigilância, e não no enfrentamento das causas das epidemias, vinculadas aos determinantes sociais da saúde [75].

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

O início das negociações de um tratado internacional sobre as pandemias reflete o reconhecimento pelos Estados de algo que a comunidade científica e as organizações internacionais indicam há décadas, em vasta documentação, geralmente ignorada do grande público: não se trata de saber "se" ocorrerão novas pandemias, e sim "quando" [23]. Contudo, as negociações diplomáticas dependem da vontade política dos Estados, e não sabemos o quanto a convicção sobre a necessidade de um tratado persistirá após a vacinação em massa e o esperado controle da COVID-19 em numerosos países.

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

Reconhecendo que os direitos humanos são determinantes para o sucesso das ações de prevenção e de resposta, se eles não tiverem um lugar de destaque no tratado em apreço, e se não existirem os meios para garantir sua efetividade no contexto das pandemias, corremos o risco de estar diante de uma *fuite en avant* (na tradução literal do francês, uma "fuga para a frente" [87]), que podemos definir como uma ação mais ou menos temerária, empreendida para escapar a circunstâncias perigosas que não queremos enfrentar. Neste caso, significa lançar-se em um desafio de longo prazo para desviar o foco de questões anteriores, cuja solução poderia ser providenciada a curto e médio prazo por meio de instrumentos e consensos menos complexos, como, por exemplo, resoluções da AMS que podem ser adotadas por maioria de votos. Assim, ao não enfrentar os elementos estruturais que transformam as epidemias em catástrofes sanitárias, a OMS e o multilateralismo poderão sair ainda mais enfraquecidos deste processo, enquanto as populações vulneráveis continuarão sendo devastadas por pandemias cada vez mais frequentes.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente da concepção, elaboração e revisão da versão final do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Leandro Luiz Viegas (0000-0002-3867-9798); Deisy de Freitas Lima Ventura (0000-0001-8237-2470); Miriam Ventura (0000-0001-8520-8844).

Agradecimentos

L. L. Viegas teve apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; código de financiamento 001). D. F. L. Ventura é bolsista de Produtividade em Pesquisa (Nível 1B) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científi- co e Tecnológico (CNPq). M. Ventura teve bolsa de pós-doutorado do CNPq.

Referências

1. Ventura DF, Bueno FT. De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del "neoliberalismo epidemiológico" ante la COVID-19. Foro Internacional 2021; LXI: 427-67.
2. McKee M, Gugushvili A, Koltai J, Stuckler D. Are populist leaders creating the conditionsfor the spread of COVID-19? Comment on "A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe". Int J Health Policy Manag 2021; 10:511-5.
3. Delmas-Marty M. Le rêve de perfection transforme nos Etats de droit en Etats policiers. Le Monde 2021. 1 mar. https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/01/mireille-delmas-marty-le-reve-de-perfection-transforme-nos-etats-de-droit-en-etats-policiers_6071518_3232.html.
4. Alviar H, Azoulai L, Bismuth R, Forray V, Muir Watt H, Perelman J, et al. Ce que la COVID-19 révèle du rapport entre le monde et le droit. In: Lazar M, editor. Le monde d'aujourd'hui: les sciences sociales au temps de la Covid. Paris: Presses de Sciences Po; 2020. p. 169-89.
5. Ventura DF, Duarte FR. Atividades consideradas essenciais no Brasil durante a pande-mia, Boletim Direitos na Pandemia 2021; (10):32-44.
6. Ventura DF, Ferraz O, organizadores. Dossiê "Pandemias, Direito e Judicialização". Revista Direito e Práxis 2021; 12(3).
7. Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. Health and human rights. Health Hum Rights 1994; 1:6-23.
8. Brasil. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Diário Oficial da União 1992; 7 jul.
9. Mykhalovskiy E, Kazatchkine C, Foreman-Mackey A, McClelland A, Peck R, hastings C, et al. Human rights, public health and COVID-19 in Canada. Can J Public Health 2020; 111:975-79.
10. World Health Organization. Addressing human rights as key to the COVID-19 response. https://www.who.int/publications/i/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-COVID-19-response (acessado em 05/Jul/2021).
11. United Nations Economic and Social Council. Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights. U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985). http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusaprinciples.html (acessado em 05/Jul/2021).
12. World Health Organization. International health regulations (2005). 3rd Ed. Geneva:

World Health Organization; 2016.
13. Brasil. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União 2020; 30 jan.
14. Wenham C, Kavanagh M, Phelan A, Rushton S, Voss M, Halabi S, et al. Problems with traffic light approaches to public health emergencies of international concern. Lancet 2021; 397:1856-8.
15. World Health Organization. Special session of the World Health Assembly to consider developing a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic preparedness and response. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(16)-en.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
16. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
17. Organização Mundial da Saúde. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/tabaco/convencao-quadro/arquivos/convencao-quadro-tabaco (acessado em 05/Jul/2021).
18. World Health Organization. History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. https://www.who.int/fctc/about/history/en/ (acessado em 05/Jul/2021).
19. Borges LC, Menezes HZ, Souza IML. Dilemas na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. Cad Saúde Pública 2020; 36:e00136919.
20. Gostin LO, Friedman EA. Towards a Framework Convention on Global Health: a transformative agenda for global health justice. Yale J Health Policy Law Ethics 2013; 13:1-75.
21. Gostin LO, Friedman EA, Ooms G, Gebauer T, Gupta N, Sridhar D, et al. The joint action and learning initiative: towards a global agreement on national and global responsibilitiesfor health. PLoS Med 2011; 8:e1001031.
22. European Council. G7 leaders' statement, 19 February 2021. https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/02/19/g7-february-leaders-statement/ (acessado em 05/Jul/2021).
23. European Council. "COVID-19 shows why United action is needed for more robust international health architecture". – Op-ed article by President Charles Michel, WHO Director General Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus and more than 20 world leaders. https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/03/30/pandemic-treaty-op-ed/ (acessado em 05/Jul/2021).
24. The Independent Panel for Pandemics Preparedness & Response. COVID-19: make it the last pandemic. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
25. World Health Organization. WHO's work in health emergencies. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-en.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
26. Global Preparedness Monitoring Board. A world in disorder. https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020 (acessado em 05/Jul/2021).
27. Wanted: rules for pandemic data access that everyone can trust. Nature 2021; 594:8.
28. Moon S, Kickbusch I. A pandemic treaty for a fragmented global polity. Lancet Public Health 2021; 6:e355-6.
29. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Pandemia e direitos humanos nas Américas. Resolução 1/2020. https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
30. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Derechos humanos de las personas con COVID-19. Resolución 4/2020. https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
31. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. As vacinas contra a COVID-19 no âmbito das obrigações interamericanas de direitos humanos. Resolução 1/2021. https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-pt.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
32. Lowcock EC, Rosella LC, Foisy J, McGeer A, Crowcroft N. The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity. Am J Public Health 2012; 102:e51-8.
33. Vélez AC, Diniz SG. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. Reprod Health Matters 2016; 24: 57-61.
34. Osazuwa-Peters N. Determinants of health disparities: the perennial struggle against polio in Nigeria. Int J Prev Med 2011; 2:117-21.
35. Harman S. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. Third World Q 2016; 37:524-41.
36. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health 2020; 74:964-8.
37. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. Lancet Glob Health 2021; 9:e782-92.
38. Ribeiro KB, Ribeiro AF, Veras MASM, de Castro MJ. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. Int J Epidemiol 2021; 50:732-42.
39. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. Lancet

Glob Health 2020; 8:e1018-26.
40. United Nations. Policy brief: the impact of COVID-19 on food security and nutrition. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
41. Frey I. "Herd immunity" is epidemiological neoliberalism. https://economicsociology.org/2020/04/24/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/ (acessado em 05/Jul/2021).
42. Nunes JA. Pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. Cad Saúde Pública 2020; 36:e00063120.
43. International Labour Organization. Social Protection Inter-Agency Cooperation Board. https://www.ilo.org/newyork/at-the-un/social-protection-inter-agency-cooperation-board/lang--en/index.htm (acessado em 05/Jul/2021).
44. Social Protection Interagency Cooperation Board. A joint statement on the role of social protection in responding to the COVID-19 pandemic. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/genericdocument/wcms_740551.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
45. Rutkowski M. How social protection can help countries cope with COVID-19. World Bank Blogs 2020; 15 apr. https://blogs.worldbank.org/voices/how-social-protection-can-help-countries-cope-COVID-19.
46. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama social da América Latina 2020. Resumo executivo. https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/46784-panorama-social-america-latina-2020-resumo-executivo (acessado em 05/Jul/2021).
47. Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Sur Rev Int Direitos Human 2008; 5:100-21.
48. Biehl J. Theorizing global health. Med Anthropol Theory 2016; 3:127-42.
49. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly. Resolutions and decisions. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
50. Correa C. O Acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. Sur Rev Int Direitos Human 2005; 2:26-39.
51. Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! Cad Saúde Pública 2017; 33:e00123117.
52. United Nations. COVID-19 and human rights: we are all in this together. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
53. Human Rights Council, United Nations. Implementation and enhancement of international cooperation in the field of human rights. https://undocs.org/A/HRC/44/28 (acessado em 05/Jul/2021).
54. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations. Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights. https://undocs.org/E/C.12/2020/1 (acessado em 05/Jul/2021).
55. Dias LC. Coalizão Covax e a disputa mundial pelas vacinas contra COVID-19. Jornal da UNICAMP 2020; 28 sep. https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/artigos/luiz-carlos-dias/coalizao-covax-e-disputa-mundial-pelas-vacinas-contra-COVID-19.
56. Corrêa H, Ribeiro A. Vacinas contra a COVID-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial. Saúde Debate 2021; 45: 5-18.
57. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board (acessado em 05/Jul/2021).
58. World Health Organization. Director-General's opening remarks at Paris Peace Forum Spring Meeting – 17 May 2021. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-paris-peace-forum-spring-meeting-17-may-2021 (acessado em 05/Jul/2021).
59. The world must learn from COVID before diving into a pandemic treaty. Nature 2021; 592:165-6.
60. Diretora da OPAS pede que lacuna "gritante" no acesso a vacinas contra COVID-19 seja preenchida ampliando sua produção na América Latina e no Caribe. OPAS Notícias 2021; 19 may. https://www.paho.org/pt/noticias/19-5-2021-diretora-da-opas-pede-que-lacuna-gritante-no-acesso-vacinas-contra-COVID-19-seja.
61. Médicos Sem Fronteiras. Em movimento histórico, Índia e África do Sul propõem que não haja patentes sobre os medicamentos para COVID-19. https://www.msf.org.br/noticias/em-movimento-historico-india-e-africa-do-sul-propoem-que-nao-haja-patentes-sobre-os (acessado em 05/Jul/2021).
62. Proposta para suspender patente de vacinas trava na OMC. Deutsche Welle 2021; 12 mar. https://www.dw.com/pt-br/sem-apoio-do-brasil-proposta-para-suspender-patente-de-vacinas-trava-na-omc/a-56859401.
63. Vacinas e patentes – Nota à Imprensa Conjunta do Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/nota-a-imprensa-conjunta-do-ministerio-das-relacoes-exteriores-ministerio-da-economia-ministerio-da-saude-e-ministerio-da-ciencia-tecnologia-e-inovacoes-sobre-vacinas-e-patentes (acessado em 05/Jul/2021).

64. World Health Organization. Strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R6-en.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
65. World Health Organization. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report by the Director-General. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_17-en.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
66. Global Health Security Agenda. A partnership against global health threats. https://ghsagenda.org/ (acessado em 05/Jul/2021).
67. World Health Organization. Voluntary joint external evaluations (JEE) prompt much-needed multisectoral dialogues for health security: case study. Geneva: World Health Organization; 2021.
68. Talisuna A, Yahaya AA, Rajatonirina SC, Stephen M, Oke A, Mpairwe A, et al. Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities: current status and lessons learnt in the WHO African region. BMJ Glob Health 2019; 4:e001312.
69. Gupta V, Kraemer JD, Katz R, Jha AK, Kerry VB, Sane J, et al. Analysis of results from the Joint External Evaluation: examining its strength and assessing for trends among participating countries. J Glob Health 2018; 8:020416.
70. World Health Organization. Extended list of Ebola review. https://www.who.int/about/evaluation/extended-list-of-ebola-reviews-may2016.pdf?ua=1 (acessado em 05/Jul/2021).
71. World Health Organization. Ebola interim assessment panel. https://www.who.int/about/evaluation/Ebola-Interim-Assessment-Panel.pdf?ua=1 (acessado em 05/Jul/2021).
72. World Health Organization. Review committee on the role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola outbreak and response. https://www.who.int/about/evaluation/Review-Committee-on-the-Role-of-the-IHR-2005-in-the-Ebola-Outbreak-and-Response.pdf?ua=1 (acessado em 05/Jul/2021).
73. Ventura DF, Perez FA. Crise e reforma da organização mundial da saúde. Lua Nova 2014; (92):45-77.
74. Ventura DF. Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1). São Paulo: Outras Expressões/Dobra Editorial; 2013.
75. Ventura DFL. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. Cad Saúde Pública 2016; 32:e00033316.
76. Gostin LO, Katz R. The International Health Regulations: the governing framework for global health security. Milbank Q 2016; 94:264-313.
77. Eccleston-Turner M, Kamradt-Scott A. Transparency in IHR emergency committee decision making: the case for reform. BMJ Glob Health 2019; 4:e001618.
78. Fidler DP. To declare or not to declare: the controversy over declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo. Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy 2019; 14:287-330.
79. Mullen L, Potter C, Gostin LO, Cicero A, Nuzzo JB. An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Con-cern designations. BMJ Glob Health 2020; 5:e002502.
80. Grigorescu A. Transparency of intergovernmental organizations: the roles of member States, international bureaucracies and nongovernmental organizations. Int Stud Q 2007; 51:625-48.
81. World Health Organization. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-en.pdf (acessado em 05/Jul/2021).
82. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the World Health Assembly. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly (acessado em 05/Jul/2021).
83. Hernandez MC, Da Rosa W. A temática migratória na revisão periódica universal dos EUA: oportunidade política diante do hegemon. Lua Nova 2019; (108):65-100.
84. Gostin LO, Friedman EA, Dueck L. The world needs a post-pandemic health treaty with teeth. Foreign Policy 2021; 5 apr. https://foreignpolicy.com/2021/04/05/who-un-pandemic-treaty-health-regulations/.
85. Braswell H. Covid pandemic should serve as 'Chernobyl moment' for global health reform, international experts say. Stat News 2021; 12 may. https://www.statnews.com/2021/05/12/covid-pandemic-should-serve-as-chernobyl-moment-for-global-health-reform-international-experts-say/.
86. Fukuda-Parr S, Buss P, Yamin A. Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security. BMJ Glob Health 2021; 6:e006392.
87. Larousse. Fuite. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fuite/35506#155914 (acessado em 05/Jul/2021).

Abstract

In November 2021, the World Health Organization (WHO) launched the negotiation of a convention, agreement, or other international instrument on the response to pandemics. In this essay we defend and justify the position that this new pact should be a human rights treaty, as an indispensable condition for the prevention of new pandemics and for efficiency of the global response when they occur. After briefly reviewing the origin of the negotiations, we present the principal normative contents that reflect a human rights approach: the establishment of the rule of inseparability between quarantine and social protection measures; regulation of access to pharmaceutical technologies. Next, in a section dedicated to the future treaty's effectiveness, we classify the existing proposals as technocratic adjustments, such as alterations in the procedure for declaring emergencies; mechanisms of transparency and control such as the adoption of a mechanism of Universal Periodic Review (UPR), similar to that of the UN Human Rights Council, to monitor States' health-related obligations; coercive powers to be granted to the WHO or another agency such as inspections in national territories by independent scientists; and mechanisms of political coordination such as the creation of a Global Health Threats Council. We conclude that there is a risk of adoption of a more efficient surveillance system to alert the developed world of threats coming from developing countries rather than a treaty capable of contributing to preventing more vulnerable populations from continuing to be devastated by increasingly frequent pandemics.

Pandemics; World Health Organization; Human Rights; Global Health; International Law

Resumen

En noviembre de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició negociaciones de una convención, acuerdo u otro instrumento internacional sobre una respuesta a las pandemias. En este ensayo, defendemos y justificamos la tesis de que el nuevo pacto debe ser un tratado de derechos humanos, como condición indispensable para la prevención de nuevas pandemias y eficiencia de la respuesta global cuando se produzcan. Tras un breve recordatorio del origen de las negociaciones, presentamos los principales contenidos normativos que corresponden a un enfoque de derechos humanos: la institución de la regla de indisociabilidad entre medidas cuarentenarias y de protección social; y la regulación del acceso a tecnologías farmacéuticas. A continuación, en la sección dedicada al tema de la efectividad del futuro tratado, clasificamos las propuestas existentes en ajustes tecnocráticos, como alteraciones en el procedimiento de declaración de emergencias; mecanismos de transparencia y control, como por ejemplo la adopción de un mecanismo de Revisión Periódica Universal (RPU), similar al del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, para monitorear obligaciones de los Estados relacionados con la salud; poderes coercitivos que serían otorgados a la OMS o a otra agencia, tales como inspecciones en territorios nacionales, realizadas por científicos independientes; y mecanismos de coordinación política, como la creación de un Consejo Global de Amenazas a la Salud. Concluimos que existe riesgo de adopción de un sistema más eficiente de vigilancia para alertar al mundo desarrollado sobre amenazas oriundas de países en desarrollo, en lugar de un tratado capaz de contribuir para evitar que poblaciones más vulnerables continúen siendo devastadas por pandemias cada vez más frecuentes.

Pandemias; Organización Mundial de la Salud; Derechos Humanos; Salud Global; Derecho Internacional

Recebido em 06/Jul/2021
Versão final reapresentada em 16/Set/2021
Aprovado em 17/Set/2021

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ENSAIO
ESSAY

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

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

La propuesta de convención internacional sobre la respuesta a las pandemias: en defensa de un tratado de derechos humanos para el campo de la salud global

Leandro Luiz Viegas [1]
Deisy de Freitas Lima Ventura [2]
Miriam Ventura [3]

doi: 10.1590/0102-311X00168121

Abstract

In November 2021, the World Health Organization (WHO) launched the negotiation of a convention, agreement, or other international instrument on the response to pandemics. In this essay we defend and justify the position that this new pact should be a human rights treaty, as an indispensable con- dition for the prevention of new pandemics and for efficiency of the global response when they occur. After briefly reviewing the origin of the negotia- tions, we present the principal normative contents that reflect a human rightsapproach: the establishment of the rule of inseparability between quarantineand social protection measures; regulation of access to pharmaceutical tech-nologies. Next, in a section dedicated to the future treaty's effectiveness, we classify the existing proposals as technocratic adjustments, such as alterations in the procedure for declaring emergencies; mechanisms of transparency andcontrol such as the adoption of a mechanism of Universal Periodic Review (UPR), similar to that of the UN Human Rights Council, to monitor States' health-related obligations; coercive powers to be granted to the WHO or an-other agency such as inspections in national territories by independent sci- entists; and mechanisms of political coordination such as the creation of a Global Health Threats Council. We conclude that there is a risk of adoption of a more efficient surveillance system to alert the developed world of threats coming from developing countries rather than a treaty capable of contributing to preventing more vulnerable populations from continuing to be devastated by increasingly frequent pandemics.

Pandemics; World Health Organization; Human Rights; Global Health; International Law

Correspondence
L. L. Viegas
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.
llviegas@usp.br

[1] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
[2] Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
[3] Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

This article is published in Open Access under the Creative Commons Attribution license, which allows use, distribution, and reproduction in any medium, without restrictions, as long as the original work is correctly cited.

Introduction

This essay argues that the new international pandemic treaty, currently under negotiation at the World Health Organization (WHO), will be able to prevent new health catastrophes only if it undertakes a human rights approach to international emergencies. The goal of this text is to mobilize the Brazilian academic community, especially in the fields of collective health, human rights, law, and international relations, calling for the follow-up of the debate about the new treaty, in a critical and constructive way. Although Brazil has given up its former leading role in the field of global health, and it is being identified today as an adversary of the international human rights agenda [1], we still believe that research centers, institutions, and social entities may contribute to this debate, including the chance of giving inputs to activist networks' actions from the Global South focused on the health field.

Considering the obvious shortcomings of the international response to the pandemic and the role played by the Law in national responses, the importance of a new treaty should not be underestimated. The dizzying legislative output on COVID-19 has served both to regulate previously unregulated situations and to establish exceptions to the existing legal order due to the pandemic. The health crisis has been pointed out as a possible pretext for authoritarian drifts in countries ruled by populist leaders [2], and is also perceived as a risk of erosion of consolidated democracies, which may move towards states of exception due to the fact that supposedly temporary rights-restricting measures may become permanent [3,4]. In most countries, the courts are constantly mobilized to evaluate whether such measures are duly justified, efficient and proportionate in relation to the duty to protect public health. In States experimenting a situation of health catastrophe, the judiciary has been the stage of a dispute between actors who seek to ensure the implementation of basic measures to contain the spread of the virus and those who seek to curb those measures [5,6].

Given the large heterogeneity of national response plans to COVID-19, we find that the abundance of standards and sentences is not synonymous with the predominance of a human rights approach. A human rights approach can be defined as one that recognizes the close relationship between health and human rights, that human rights violations can impact health, and that public health policies can affect, either negatively or positively, those human rights [7]. The right to health, in turn, was recognized by Article 12 of the *United Nations International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (ICESCR) in 1966 as the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [8].

A human rights approach specific to pandemics requires recognizing those rights as a social phenomenon whose prevention requires the protection of individual prerogatives that may be threatened by States; but it equally implies a critique of the social, economic, political and legal structures that prevent people from achieving the right to health [9]. In practice, the difference between a human rights approach and any other approach to a pandemic can be identified in the prioritization of response plans, which must be set in a way to avoid disproportionate repercussions of the disease on the most vulnerable populations. These priorities include an emergency dimension, mainly through the design and implementation of goals, capable of ensuring a fairer distribution of scarce financial and human resources during the crisis, creating or increasing specific public policies for this purpose, as well as encompassing a structural dimension, through medium and long-term goals related to the social determinants of health. It is therefore, not just a matter of the imperative to contain the spread of disease, but also concerns to the political objective of containing the damage impinging people's rights.

In April 2020, the WHO proposed a human rights approach to COVID-19 [10] which included specific measures on the following topics: stigma and discrimination caused by the disease, gender equality and violence against women, and protection of vulnerable populations; shortages of supplies and equipment; and obligations regarding international assistance and cooperation with developing countries; as well as conformity of quarantine measures and other measures restricting rights within the *Siracusa Principles*. This implies that such measures must respect the principle of legality, pursue a legitimate aim, be proportionate and not arbitrary or discriminatory [11]. Certainly, a vast literature will address in the coming years in detail the impact of COVID-19 on these issues in specific places, regions, or countries. Given the information available today, it seems consensual that the health crisis has highlighted or exacerbated the tensions present in each of the items on this agenda, and that governments and societies have not been able to address them satisfactorily.

Considering this finding, it is natural that the effectiveness of international recommendations and norms in the response to the pandemic has been the subject of discussion, in particular the *International Health Regulations* (IHR) [12], approved within the WHO in 2005, which is the legal instrument aimed at curbing the international spread of disease. Although the IHR is in effect in 196 States since 2007, including Brazil [13], it is far from central to the multilateral response to COVID-19. The IHR provide in detail the capacities that States need to develop to respond to emergencies, and guarantee that their implementation will be done with full respect for dignity, human rights, and fundamental freedoms (Art. 3.1). However, though obligatory for States, the IHR do not empower the WHO to monitor effective compliance with these obligations. The irrelevance of the only legal regime that could have prevented a health catastrophe of this magnitude is explained, at least in part, by the resistance of States to submit to a collective security mechanism based on recommendations from WHO experts that would supposedly compromise short-term national interests, configuring a classic problem in international relations [14] as well as in international law.

It is in this context that the World Health Assembly (WHA), WHO's principal governing body, has decided to convene an extraordinary meeting in November 2021 to examine the benefits of drafting a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic preparedness and response aimed to establish an intergovernmental drafting and negotiation process [15].

Through documentary research and non-systematic literature review, we collected the main proposals circulating around the new treaty and classified them into four categories: technocratic adjustments, transparency and control mechanisms, coercive powers that could be granted to WHO or a new agency, and political coordination mechanisms. We defined as main proposals those that are repeated in the researched documents and articles, or those that seem innovative from the perspective of the institutional evolution of the global health field.

The essay is structured as follows: in the first section, we will briefly review the origin of the proposal to negotiate a new international agreement; in the second and third sections, we will address the main contents that, in our opinion, must appear in the treaty for it to be considered a human rights instrument. Those contents are also essential for the prevention of new pandemics and for the efficiency of the global response, namely the institution of the rule of inseparability between quarantine and social protection measures, and the potential advance in the regulation of access to pharmaceutical technologies. Finally, we will dedicate the fourth section to the main proposals aimed at ensuring the effectiveness of the future treaty, which we will address critically.

The origin of the proposed international regulation of pandemics

According to Article 19 of the WHO Constitution [16], the WHA may adopt conventions on any matter within the competence of the organization by a two-thirds majority vote. Unlike health regulations, a convention needs to be formally ratified by States according to their constitutional rites in order to be considered binding. To date, the only convention approved within the scope of the WHO is the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), in 2003, which is in force in 182 States [17]. Brazil was one of the protagonists of this process [18]. Despite the broad adherence, specificity and relevance of its agenda, the FCTC faces challenges to ensure the effective implementation of its provisions [19].

The idea of a new international covenant in global health emerged with greater force about a decade ago [20,21] and has been affirmed over the years with the creation of civil society initiatives such as the Framework Convention on Global Health Alliance (https://fcghalliance.org/about/about-the-fcgh-alliance/#background), based in Geneva, Switzerland. The advent of COVID-19 strengthens this movement, leading members of the G7, WHO, and G20 to discuss the potential usefulness of a new treaty [22].

In March 2021, the adoption of a new treaty was proposed by the WHO Director-General and the President of the European Council, as well as by 25 Heads of State and Government (among them some with decisive role in global health, such as South Africa, Germany, France, Norway and the United Kingdom; from Latin America, only Chile and Costa Rica) [23]. According to proponents, the new treaty would not replace the IHR, which would become part of a broader legal framework. Negotiating a treaty was also recommended by the most important bodies evaluating the interna-

tional response to COVID-19: the Independent Panel on Pandemic Preparedness and Response [24]; and the Review Committee on IHR Functioning during COVID-19, created by WHO, but composedof independent experts [25]. Without making specific reference to a treaty, the Global Preparedness Monitoring Board, an independent body created in 2017 by the UN Secretary-General in response to the Ebola crisis, proposed to organize a summit on global health security with participation of international financial institutions to formulate a framework for preparedness and response to health emergencies, comprising mechanisms for financing, research and development, social protection and mutual accountability, among other aspects [26].

By September 2021, there was no consensus on what the new treaty would contain, nor on the appropriateness of starting to negotiate it while the pandemic is still not under control in much of the world, nor on the real willingness of States to make new commitments, given the selfishness that has marked national responses to the crisis [27] and adverse geopolitical conditions [28]. As for the content of the treaty, no detailed proposals had circulated publicly by September 2021. A list of issues was proposed by the Review Committee on the Functioning of the IHR during the COVID-19 [25]. While ensuring that the IHR will be maintained, the Committee proposes three thematic axes for the new treaty: prevention and protection, covering zoonotic risks, coordination with environmental treaties (for example, on issues such as biodiversity and trade in endangered species), and health emergency planning and preparedness by States; response to emergencies, with commitments regarding information exchange between States, increasing international cooperation for research and innovation, increasing and optimizing manufacturing capacities and distribution of inputs and treatments, among others; and, finally, enabling factors, which would be sustainable funding modalities for States and processes for peer and expert evaluation of their performance – such as verification and inspection procedures, means of dispute settlement, and sanctions for noncompliance – and the protection of human rights and privacy in the context of surveillance technologies, among other aspects.

The proposal offers no detail. Moreover, and without detracting from its importance, it is evident that it is far from a human rights approach, as already defined in the Introduction. In this sense, we consider that the Inter-American Commission on Human Rights (IACHR) has offered parameters of what would be a human rights approach to the pandemic by guiding the member States of the Organization of American States (OAS) through three seminal resolutions. The first interprets the conventional obligations of the States in the face of the health crisis, offering a true frame of reference for national responses [29]. The second deals in detail with the rights of people with COVID-19, their family members, and caregivers [30], while the third deals with the thorny issue of access to vaccines [31]. In the present essay, we will delve into just two aspects that are mentioned in Inter-American law, and which seem to us the most important for the future treaty on pandemics, in order to be considered a human rights treaty.

It is important to emphasize that the influence of a treaty goes beyond the dimension of international relations, since international law, when incorporated into national legal orders by means of the respective constitutional procedures, can be invoked in domestic institutions processes, including public administration and jurisdiction. In this sense, the provisions of an international treaty on the pandemic could be invoked in domestic litigation as a way to recognize or reinforce States' international human rights obligations. It follows that, depending on its focus and content, the new treaty could, in theory, contribute to improve the benefits for human rights of the intensification of the judicialization of health that has occurred as a result of the pandemic.

The recognition of the inseparability between quarantine measures and social protection

Contrary to popular belief, the role of social and economic inequalities in the spread of disease, and in the multiplication of the damage they cause, did not come to the fore with COVID-19. This phenomenon already emerged clearly in studies on emergencies declared by the WHO earlier: influenza A/H1N1 (2009-2010, originating in the United States and Mexico) [32], the congenital Zika virus syndrome (2016, with epicenter in Brazil) [33], the spread of poliovirus (since 2014 and to the present, in countries at declared war, such as Syria, or with diffuse violence, such as Nigeria) [34] and the Ebola virus disease (2014-2015 in West Africa and 2019-2020 in the Democratic Republic of Congo) [35].

In the case of COVID-19, a consistent literature reiterates this phenomenon, demonstrating that inequalities not only compromise the efficiency of national responses, but also lead to a disproportionate impact of the disease on the most vulnerable [36,37], including with regard to mortality [38,39]. We emphasize that especially in developing countries, one of the greatest obstacles to curbing COVID-19 is the inability of large populations to adhere to basic sanitation recommendations. Limitations on access to alcohol gel, sanitation, safe drinking water, decent housing and food, education, and other social determinants of health limit or make basic hygiene conditions impossible to prevent contagion. Furthermore, measures that restrict the movement of people, especially the closing of commercial activities, bring about an abrupt and significant reduction in income for millions who are part of the informal labor market, causing an increase in food insecurity and hunger [40]. Along with formal workers who have not been exempted from face-to-face work, informal workers are forced to decide between the risk of contagion and the risk of starvation, which potentially entails, besides the increase in cases, deaths, and sequelae, intense psychological suffering. The false opposition between health protection and economic survival also provides fertile ground for the rise of conservative populism [1], advocate of the idea that "the economy cannot stop", and that disease should follow its natural course, with as little state regulation as possible, what has been called "epidemiological neoliberalism" [41].

The literature also shows that the efficiency of the States' responses to COVID-19 has been compromised by actions and omissions during the last decades that have reduced the health systems' capacity for surveillance, containment and mitigation of epidemics, through disastrous political decisions that have accentuated economic inequality, job insecurity and the weakening of public services, making a large part of the population vulnerable to diseases [42]. According to João Nunes, the pandemic of COVID-19 is the product of global vulnerability resulting from the expansion of neoliberalism, especially from the 1980s, when fiscal adjustment policies focused on curbing public spending were adopted, implying a drastic reduction in the budgets of public health systems worldwide [42].

In the international community, there is consensus that social protection should play a key role in the response to pandemics. A coordination mechanism created around the G20 that brings together 25 international agencies (including the World Bank), called the Social Protection Inter-Agency Cooperation Board [43], recognizes the need to encourage adherence to prevention measures through various initiatives, including emergency income programs and exemption from paying for essential services such as electricity, gas and water [44]. By April 2021, 126 States had introduced or adapted social protection measures due to COVID-19, with more than 500 of them still in effect in May 2021 [45]. However, they have been largely insufficient and delayed in many regions of the world. The levels of poverty and extreme poverty in Latin America increased dramatically during the pandemic, with worsening levels of inequality, employment, and labor market participation, especially for women [46].

For these reasons, the inseparability between the adoption of quarantine measures and social protection measures must be explicitly enshrined in international law. A treaty that does not address structural elements will condemn international cooperation to failure. It should also include the guarantee of universal and equitable access to pharmaceutical technologies, among other issues that condition the achievement of the new treaty's objectives.

Pandemic and health apartheid: an upsurge in the struggle for access to pharmaceutical technologies

Since the 1990s, access to pharmaceutical technologies has been a major theme in global health and human rights activism, and also on the agendas of governments in this field. Their rational use and the sustainability of health systems are considered fundamental strategies to enable quality and effective health care. The international bodies specialized in human rights recognize access to medicines as an essential component of the right to health, as a right derived from the aforementioned Art. 12 of the ICESCR [47]. Considering that the intense and rapid development of science and technology has not been reflected in the expansion of human rights, it seeks to make this provision compatible with Art. 15.1 of the same Covenant, which recognizes the rights (b) to the benefits of scientific progress and its applications and (c) intellectual property rights in relation to the technological and scientific innovations developed, in order to enable States to meet the health needs of the population. However, neither the market nor States and international institutions have responded adequately to these

needs [48]. The business dynamic in healthcare and public-private partnerships has produced a global shortage of healthcare resources [49], and even available inputs become less and less affordable for countries and people. The unequal distribution of benefits and risks of innovations is evident, and is related to economic globalization and the declining power of States vis-à-vis the private sector.

In November 2001, within the scope of the World Trade Organization (WTO), on the initiative of developing countries – with expressive leadership of Brazil – it was adopted the *Doha Declaration on the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS) and Public Health. This famous declaration holds that intellectual property commitments should be interpreted and implemented in a manner supportive of WTO members' right to protect public health and, in particular, to promote access to medicines for all [50]. Despite its importance, the declaration encounters great difficulties in implementation, and the difficulty of access to medicines is no longer restricted to low-income countries or to a limited scope of diseases [51].

Specifically in relation to COVID-19, in April 2020, a report by the UN Secretary General advocated easing intellectual property and focusing on treatments and vaccines for COVID-19 as global public goods [52]. Still within the UN, this position was reaffirmed by the Office of the High Commissioner for Human Rights [53] and the Committee on Economic, Social and Cultural Rights [54]. In the same period, the WHO created the *Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator* mechanism with the goal of producing 2 billion doses of vaccines, 245 million drugs, and 500 million tests. The rules stipulate that middle-income countries, such as Brazil, must pay for the vaccine, and that some 95 low-income countries, lacking access to bilateral agreements, would have free access [55]. Under the ACT, the WHO has set up a kind of multilateral clearinghouse called the Covax Facility, for global action in centralizing funding, ordering, purchasing and equitable distribution [56].

Nevertheless, WHO initiatives have not been able to avoid the flagrant concentration of doses in rich countries, which have about 15% of the world's population and 45% of available doses, leading its Director-General, Tedros Adhanom, to define the current global COVID-19 vaccine situation as a "catastrophic moral failure" [57] and "sanitary apartheid" [58]. Vaccine research, development, and manufacturing countries such as the United States, members of the European Union, China, and India concentrate most of the global supply of vaccine doses and restrict their export. This is compounded by protection of intellectual property rights over important technologies and disputes over protec- tive equipment and diagnostic kits for the coronavirus [59]. By May 2021, only 3% of people in Latin America and the Caribbean had been fully vaccinated against COVID-19, a "*symptom of over-reliance on imports of essential medical supplies*" [60], given that less than 4% of the medical supplies in use during the response to COVID-19 came from the region. Among the risks arising from this failure, the delay or lack of worldwide vaccination could imply the occurrence of repeated epidemic outbreaks of COVID-19, with viral mutations that may escape vaccines, the emergence of planetary endemic zones of the disease, and the occurrence of eventual outbreaks that cross borders of vaccinated countries, leading the world to a perpetual return to square one by "*not vaccinating widely and turning vaccines into sources of profit, with high cost patents, paying royalties incompatible with the national economies of exploited and colonized countries*" [56] (p. 9).

Against the backdrop of the limits of the international cooperation, the debate over the global flexibilization of product patents has become an unavoidable object for the new treaty. In October 2020, South Africa and India requested WTO permission for all countries to opt out of granting and enforcing patents and other intellectual property related to COVID-19 drugs, vaccines, and other technologies during the pandemic until all people are immunized [61]. In March 2021, the initiative had the support of about 80 countries, the WHO, and organizations such as Doctors Without Borders, but was blocked by the United States, the European Union, and other developed countries, with Brazil being the only developing country opposed to the proposal [62]. Together with Australia, Canada, Chile, Colombia, Ecuador, New Zealand, Norway and Turkey, Brazil advocates a "third way" which would consist in assigning to the WTO the mediation of contacts between developers and manufacturers of pharmaceutical technologies, with a view to: (i) ensuring the identification and use of installed capacity for the production of these medicines; (ii) facilitating the conclusion of licensing agreements for the transfer of technology, expertise and know-how; and (iii) identifying and resolving, on a consensual basis, any trade barriers to the production and distribution of these products, including those related to intellectual property [63].

In our view, the formula proposed by South Africa and India should be in the new pandemic treaty, because, as Tedros Adhanom inquires [62], "*If a temporary waiver to patents cannot be issued now, during these unprecedented times, when will be the right time?*". But the flexibilization of intellectual prop-erty meets resistances within the WHO, despite the speech of its Director-General and the initiatives already mentioned. In May 2021, the WHA adopted a resolution that does not provide for the suspension of patents or technology transfer, which could reduce the costs of vaccines and expand global production, leaving room only for the adoption of voluntary technology transfer measures [64].

The question then arises: assuming that typical issues of a human rights approach to pandemics, such as social protection and access to pharmaceutical technologies, are contemplated by the new treaty, can we expect that it will actually be respected by States? This is what we seek to answer in the following section.

A "WHO with teeth"? Critical analysis of transparency and control mechanisms

In parallel to the negotiation of the new treaty, numerous proposals for reform of the WHO, the IHR and other health-related international instruments are circulating, most of them aimed at strengthening the normative power of the WHO in global health governance. Therefore, the prospects for the implementation of the new treaty are directly related to the evolution of this institution as a whole, now in full boiling state.

In diplomatic jargon, to say that an international organization "is toothless" means that it has no power to impose sanctions on States for failure to fulfill their obligations, which is precisely the case with the WHO. The IHR merely stipulate that States Parties and the Director-General shall submit reports to the WHA (Art. 54). To this end, the WHO has instituted the State Party Annual Report (SPAR), which is a data collection instrument equivalent to a self-assessment, carried out by States since 2010. Available on a public access platform (https://extranet.who.int/e-spar#capacity-score), such data have a doubly limited degree of reliability. Firstly, WHO has no means of compelling a State to participate in the assessment. In 2019, for example, 175 States (89%) provided their data; in 2020, only 164 did so (84%) [65]. Secondly, a mechanism that relies on States' exemption to assess their own capacities tends to offer a watered-down view of the true state of IHR implementation at the global level, which has led to a growing call for an external and independent assessment instrument.

In 2014, the *Global Health Security Agenda* was launched, parallel to the WHO, under the leadership and coordination of the United States, which has among its objectives the promotion of IHR implementation control mechanisms [66]. This agenda, together with other partners, has strongly supported WHO in implementing independent evaluations on the capacities developed by the States, called Joint External Evaluations, which depend on the consent of the States; by 2021, more than 100 countries had already agreed to undergo this type of evaluation [67]. Brazil is not among them. By 2019, Africa had been the continent that adhered the most to external evaluations, covering 40 of the 47 States in the WHO Regional Office for Africa (over 80%); the result of these evaluations led to the conclusion that no African State had managed to implement the national capacities required by the IHR [68]. A 2018 study found strong evidence of correlation between the degree of implementation of IHR-required capabilities, health indicators, and the performance of States' health systems [69].

The slow and flawed implementation of national capacities required by the IHR has been evident since its first implementation at the time of the influenza A/H1N1 pandemic (2009-2010). Since then, several panels and committees have produced recommendations for improving global pandemic preparedness, such as the need to strengthen WHO in aspects such as its funding, normative and coordinating role, and adjustments to the IHR [70,71,72]. There is consensus on the fact that the WHO does not have the means to act immediately and independently, nor to ensure the material conditions for all member States, particularly the least developed, to be able to install the minimum capacities to respond to such events. COVID-19 brought back to the global health agenda the old topic of WHO crisis and reform [73], with proposals for reform ranging from simple changes in the procedure for declaring emergencies, to questioning the WHO's role in pandemic preparedness and response.

Starting with technocratic adjustments, several proposals aim at modifying the WHO emergency declaration mechanism. While the previous versions of the IHR (from 1951 and 1969, the last one

modified in 1973 and 1981) aimed at fighting specific diseases, such as smallpox and plague, the current version of the regulation has as its axis a new legal institute [74]. This is a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), defined as any extraordinary event that may pose a risk to the public health of other States due to the international spread of disease, potentially requiring a coordinated international response [12]. The concept of disease, in turn, includes any affliction, regardless of origin or source that represents or may represent a significant harm to humans [12]. It is the responsibility of the WHO Director-General, with the assistance of an Emergencies Committee, to identify and declare the existence of a PHEIC. We have referred earlier in this article to the emergencies that have already been declared since the new IHR came into force. The multiplicity and complexity of causes and characteristics of these events make comparisons between them difficult, but it is clear that the defining elements of a PHEIC are not its actual severity and lethality, but its potential international reach. That is, what matters is to prevent the threat from leaving the place where it should stay [75]. Thus, the WHO convened other committees to review the Middle East respiratory syndrome (MERS-CoV) outbreaks between 2013 and 2015, a yellow fever outbreak in 2016, and an Ebola outbreak in 2018, which concluded that such events were not PHEICs despite their potential severity. The hesitations of the Directorate-General in declaring an emergency are often pointed out, for fear of being accusedof exaggeration, especially by the states in which the threats are originated, who are concerned aboutthe economic and political effects of such a declaration [74]. There are also fears that the declarationwill have little impact on the international community, and/or that the degree of adherence of states to the WHO's emergency recommendations will be low [14]. There is consensus in the literature aboutthe lack of transparency regarding the criteria used by the WHO when deciding whether or not anevent is an international emergency [76,77,78,79,80]. In this regard, it was proposed to create an emergency alert scale, with different levels of threat severity, which would allow drawing attention to an event without necessarily declaring an emergency [81]. It has also been proposed that PHEICs can be declared regionally, limited to countries contiguous to the country or countries of the emergence of a threat [81]. It is worth noting, however, that technocratic solutions can further complicate the process and will not overcome the real difficulties of implementing the IHR: the limited powers of the WHO, the lack of political will of States to comply with international recommendations, and insufficient funds to finance preparedness and response at the international and national levels [14].

With regard to transparency and control mechanisms, the aforementioned Independent Panel that analyzed the performance of States and the WHO during the pandemic [25] ratified the proposal to adopt a Universal Periodic Review (UPR) mechanism similar to the one done by the UN Human Rights Council. This proposal was put forward in 2019 by a group of African countries and is explicitly supported by the WHO Director-General [82]. The UPR is considered a typical instrument of the strategy of international human rights institutions known as "naming and shaming", also called "the mobilization of shame", which in short consists of exposing the conduct of States to the disapproval of their peers and public opinion. Established in 2006 as a major institutional innovation in the field of human rights, the UPR allows the performance of all UN member States to be subject to peer review over cycles of four and a half years, in which the reviewed State is the target of recommendations and has the obligation to react to each of them, expressing its acceptance or refusal, regardless of its power, its resources and the importance it enjoys in the international arena [83]. We deem that this proposal has a greater chance of being accepted by states and could have beneficial effects for the global visibility of the public health agenda, as well as for broadening the interface between human rights and global health.

In relation to coercive powers, there are proposals to give WHO the power to adopt sanctions against defaulting States [24,25], such as restricting travel by its rulers and freezing assets abroad [84]. It was also proposed that an agency independent of WHO should be created with the duty of investigating outbreaks of pathogens and their origin, or with checking whether states are fulfilling their duty to share data [84]. The new technical body would supposedly not be subject to the pressures that constrain intergovernmental organizations such as the WHO. However, it is important to consider the risks of undermining the already limited powers of the organization. There is no doubt about the need to give the WHO the power to check official notifications from member States about potential threats and to alert the international community when a country is not acting responsibly and transparently [24,25,85]. A suggestion put forward is that the WHO should adopt a regime similar to the one

regarding the nuclear weapons non-proliferation regime, with the possibility of conducting on-site inspections, deploying independent scientists to investigate the potential existence of new and dangerous pathogens [84].

Finally, as for policy coordination mechanisms, a wide range of recommendations emanate mainly from the Independent Panel [24]. Among them is the creation of a Global Health Threats Council, through a UN General Assembly resolution. Linked to the G20 and composed of Heads of State and Government, with the participation of civil society and the private sector, this body would have the mission to build a political commitment to pandemic preparedness that remains active during an emergency, but also in between one emergency and another; to ensure the complementarity of collective action at all levels of the international system; to monitor the progress made by States in relation to the goals and indicators established by the WHO; and holding accountable the actors involved in the management of emergencies. In addition, the Council would guide the allocation of international cooperation resources, in particular a new international financing mechanism to be set up by the G20 and WHO member states, which would mobilize USD 5-10 billion per year. This proposal reflects the understanding that elevating health issues to the level of Heads of State and Government would bring political leadership to the field of global health, a hypothesis that seems to us still far from being proven. Moreover, we are concerned about the use of the expression "threat to global health" as a catalyst for this leadership, which could favor a securitarian approach to health issues. There is a tendency to present the countries of the Global South as a source of threats, addressing the issue of access to national data and the possibility of inspections in developing countries as a way to ensure the security of the developed world [86]. Therefore, confining the response to international emergencies to the prism of security would condemn global health to an endless succession of periods of "war" interspersed with "truces" focused on surveillance systems rather than on addressing the causes of epidemics, linked to the social determinants of health [75].

Final considerations: consolidation of the global health field or *fuite en avant*?

The inception of negotiations regarding an international treaty on pandemics reflects the recognition by States of something that the scientific community and international organizations have been announcing for decades, in vast documentation generally ignored by the general public: the question is not "if" new pandemics will occur, but "when" [23]. Nonetheless, diplomatic negotiations depend on the political will of the States, and it is not certain how much conviction about the need for a treaty will survive after mass vaccination and the expected control of COVID-19 in numerous countries.

The ability of WHO to fulfill its mission also depends on the political will of States. To grant the organization powers restricted to monitor compliance with national obligations relating to health surveillance and other issues of interest to wealthier countries, will mean neglecting the obligations relating to the adoption of a human rights approach, as addressed in this essay. In this way, we face the risk of having a treaty that sets up an efficient surveillance system for the benefit of rich countries (a warning capacity so that viruses and other threats do not leave the places where they are supposed to stay, especially in the developing world), instead of a treaty that actually intends to act to prevent new pandemics or reduce their negative impact on the health of populations.

Recognizing that human rights are crucial to the success of prevention and response actions, if they are not given a prominent place in the treaty under consideration, and if there are no means to ensure their effectiveness in the context of pandemics, we will therefore risk facing a *fuite en avant*. This expression, literally translated from French as "headlong rush" [87], can be defined as a roughly reckless action taken to escape unwanted dangerous circumstances. In the present case, it means plunging into a long-term challenge to divert the focus from previous issues, whose solution could be provided in the short to medium term through less complex instruments and consensus, such as, for example, WHA resolutions able to be adopted by majority vote. Thus, by not addressing the structural elements that turn epidemics into health catastrophes, the WHO and multilateralism may emerge further weakened from this process, while vulnerable populations will continue to be devastated by increasingly frequent pandemics.

Contributors

The authors equally participated in the study conception, elaboration and revision of the final version of the article.

Additional informations

ORCID: Leandro Luiz Viegas (0000-0002-3867-9798); Deisy de Freitas Lima Ventura (0000-0001-8237-2470); Miriam Ventura (0000-0001-8520-8844).

Acknowledgments

L. L. Viegas was supported by the Brazilian Graduate Studies Coordinating Board (CAPES; funding code 001). D. F. L. Ventura is a Research Productivity Fellow (Level 1B) of the Brazilian National Research Council (CNPq). M. Ventura had a postdoctoral fellowship from CNPq.

References

1. Ventura DF, Bueno FT. De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del "neoliberalismo epidemiológico" ante la COVID-19. Foro Internacional 2021; LXI: 427-67.
2. McKee M, Gugushvili A, Koltai J, Stuckler D. Are populist leaders creating the conditionsfor the spread of COVID-19? Comment on "A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe". Int J Health Policy Manag 2021; 10:511-5.
3. Delmas-Marty M. Le rêve de perfection transforme nos Etats de droit en Etats policiers. Le Monde 2021. 1 mar. https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/01/mireille-delmas-marty-le-reve-de-perfection-transforme-nos-etats-de-droit-en-etats-policiers_6071518_3232.html.
4. Alviar H, Azoulai L, Bismuth R, Forray V, Muir Watt H, Perelman J, et al. Ce que la COVID-19 révèle du rapport entre le monde et le droit. In: Lazar M, editor. Le monde d'aujourd'hui: les sciences sociales au temps de la Covid. Paris: Presses de Sciences Po; 2020. p. 169-89.
5. Ventura DF, Duarte FR. Atividades consideradas essenciais no Brasil durante a pande-mia, Boletim Direitos na Pandemia 2021; (10):32-44.
6. Ventura DF, Ferraz O, editors. Dossiê "Pandemias, Direito e Judicialização". Revista Direito e Práxis 2021; 12(3).
7. Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. Health and human rights. Health Hum Rights 1994; 1:6-23.
8. Brasil. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Diário Oficial da União 1992; 7 jul.
9. Mykhalovskiy E, Kazatchkine C, Foreman-Mackey A, McClelland A, Peck R, hastings C, et al. Human rights, public health and COVID-19 in Canada. Can J Public Health 2020; 111:975-79.
10. World Health Organization. Addressing human rights as key to the COVID-19 response. https://www.who.int/publications/i/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-COVID-19-response (accessed on 05/Jul/2021).
11. United Nations Economic and Social Council. Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights. U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985). http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusaprinciples.html (accessed on 05/Jul/2021).
12. World Health Organization. International health regulations (2005). 3rd Ed. Geneva: World Health Organization; 2016.

13. Brasil. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União 2020; 30 jan.
14. Wenham C, Kavanagh M, Phelan A, Rushton S, Voss M, Halabi S, et al. Problems with traffic light approaches to public health emergencies of international concern. Lancet 2021; 397:1856-8.
15. World Health Organization. Special session of the World Health Assembly to consider developing a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic preparedness and response. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(16)-en.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
16. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
17. Organização Mundial da Saúde. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/tabaco/convencao-quadro/arquivos/convencao-quadro-tabaco (accessed on 05/Jul/2021).
18. World Health Organization. History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. https://www.who.int/fctc/about/history/en/ (accessed on 05/Jul/2021).
19. Borges LC, Menezes HZ, Souza IML. Dilemmas in the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Cad Saúde Pública 2020; 36:e00136919.
20. Gostin LO, Friedman EA. Towards a Framework Convention on Global Health: a transformative agenda for global health justice. Yale J Health Policy Law Ethics 2013; 13:1-75.
21. Gostin LO, Friedman EA, Ooms G, Gebauer T, Gupta N, Sridhar D, et al. The joint action and learning initiative: towards a global agreement on national and global responsibilitiesfor health. PLoS Med 2011; 8:e1001031.
22. European Council. G7 leaders' statement, 19 February 2021. https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/02/19/g7-february-leaders-statement/ (accessed on 05/Jul/2021).
23. European Council. "COVID-19 shows why United action is needed for more robust international health architecture". – Op-ed article by President Charles Michel, WHO Director General Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus and more than 20 world leaders. https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/03/30/pandemic-treaty-op-ed/ (accessed on 05/Jul/2021).
24. The Independent Panel for Pandemics Preparedness & Response. COVID-19: make it the last pandemic. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
25. World Health Organization. WHO's work in health emergencies. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-en.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
26. Global Preparedness Monitoring Board. A world in disorder. https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020 (accessed on 05/Jul/2021).
27. Wanted: rules for pandemic data access that everyone can trust. Nature 2021; 594:8.
28. Moon S, Kickbusch I. A pandemic treaty for a fragmented global polity. Lancet Public Health 2021; 6:e355-6.
29. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Pandemia e direitos humanos nas Américas. Resolução 1/2020. https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
30. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Derechos humanos de las personas con COVID-19. Resolución 4/2020. https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
31. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. As vacinas contra a COVID-19 no âmbito das obrigações interamericanas de direitos humanos. Resolução 1/2021. https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-pt.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
32. Lowcock EC, Rosella LC, Foisy J, McGeer A, Crowcroft N. The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity. Am J Public Health 2012; 102:e51-8.
33. Vélez AC, Diniz SG. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. Reprod Health Matters 2016; 24:57-61.
34. Osazuwa-Peters N. Determinants of health disparities: the perennial struggle against polio in Nigeria. Int J Prev Med 2011; 2:117-21.
35. Harman S. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. Third World Q 2016; 37:524-41.
36. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health 2020; 74:964-8.
37. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. Lancet Glob Health 2021; 9:e782-92.
38. Ribeiro KB, Ribeiro AF, Veras MASM, de Castro MJ. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. Int J Epidemiol 2021; 50:732-42.
39. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. Lancet Glob Health 2020; 8:e1018-26.

40. United Nations. Policy brief: the impact of COVID-19 on food security and nutrition. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
41. Frey I. "Herd immunity" is epidemiological neoliberalism. https://economicsociology.org/2020/04/24/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/ (accessed on 05/Jul/2021).
42. Nunes JA. The COVID-19 pandemic: securitization, neoliberal crisis, and global vulnerabilization. Cad Saúde Pública 2020; 36:e00063120.
43. International Labour Organization. Social Protection Inter-Agency Cooperation Board. https://www.ilo.org/newyork/at-the-un/social-protection-inter-agency-cooperation-board/lang--en/index.htm (accessed on 05/Jul/2021).
44. Social Protection Interagency Cooperation Board. A joint statement on the role of social protection in responding to the COVID-19 pandemic. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/genericdocument/wcms_740551.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
45. Rutkowski M. How social protection can help countries cope with COVID-19. World Bank Blogs 2020; 15 apr. https://blogs.worldbank.org/voices/how-social-protection-can-help-countries-cope-COVID-19.
46. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama social da América Latina 2020. Resumo executivo. https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/46784-panorama-social-america-latina-2020-resumo-executivo (accessed on 05/Jul/2021).
47. Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Sur Rev Int Direitos Human 2008; 5:100-21.
48. Biehl J. Theorizing global health. Med Anthropol Theory 2016; 3:127-42.
49. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly. Resolutions and decisions. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
50. Correa C. O Acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. Sur Rev Int Direitos Human 2005; 2:26-39.
51. Bermudez JAZ. Access to medicines: a deadlock between health and trade! Cad Saúde Pública 2017; 33:e00123117.
52. United Nations. COVID-19 and human rights: we are all in this together. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
53. Human Rights Council, United Nations. Implementation and enhancement of international cooperation in the field of human rights. https://undocs.org/A/HRC/44/28 (accessed on 05/Jul/2021).
54. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations. Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights. https://undocs.org/E/C.12/2020/1 (accessed on 05/Jul/2021).
55. Dias LC. Coalizão Covax e a disputa mundial pelas vacinas contra COVID-19. Jornal da UNICAMP 2020; 28 sep. https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/artigos/luiz-carlos-dias/coalizao-covax-e-disputa-mundial-pelas-vacinas-contra-COVID-19.
56. Corrêa H, Ribeiro A. Vacinas contra a COVID-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial. Saúde Debate 2021; 45:5-18.
57. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board (accessed on 05/Jul/2021).
58. World Health Organization. Director-General's opening remarks at Paris Peace Forum Spring Meeting – 17 May 2021. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-paris-peace-forum-spring-meeting-17-may-2021 (accessed on 05/Jul/2021).
59. The world must learn from COVID before diving into a pandemic treaty. Nature 2021; 592:165-6.
60. Diretora da OPAS pede que lacuna "gritante" no acesso a vacinas contra COVID-19 seja preenchida ampliando sua produção na América Latina e no Caribe. OPAS Notícias 2021; 19 may. https://www.paho.org/pt/noticias/19-5-2021-diretora-da-opas-pede-que-lacuna-gritante-no-acesso-vacinas-contra-COVID-19-seja.
61. Médicos Sem Fronteiras. Em movimento histórico, Índia e África do Sul propõem que não haja patentes sobre os medicamentos para COVID-19. https://www.msf.org.br/noticias/em-movimento-historico-india-e-africa-do-sul-propoem-que-nao-haja-patentes-sobre-os (accessed on 05/Jul/2021).
62. Proposta para suspender patente de vacinas trava na OMC. Deutsche Welle 2021; 12 mar. https://www.dw.com/pt-br/sem-apoio-do-brasil-proposta-para-suspender-patente-de-vacinas-trava-na-omc/a-56859401.
63. Vacinas e patentes – Nota à Imprensa Conjunta do Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/nota-a-imprensa-conjunta-do-ministerio-das-relacoes-exteriores-ministerio-da-economia-ministerio-da-saude-e-ministerio-da-ciencia-tecnologia-e-inovacoes-sobre-vacinas-e-patentes (accessed on 05/Jul/2021).

64. World Health Organization. Strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R6-en.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
65. World Health Organization. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report by the Director-General. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_17-en.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
66. Global Health Security Agenda. A partnership against global health threats. https://ghsagenda.org/ (accessed on 05/Jul/2021).
67. World Health Organization. Voluntary joint external evaluations (JEE) prompt much-needed multisectoral dialogues for health security: case study. Geneva: World Health Organization; 2021.
68. Talisuna A, Yahaya AA, Rajatonirina SC, Stephen M, Oke A, Mpairwe A, et al. Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities: current status and lessons learnt in the WHO African region.BMJ Glob Health 2019; 4:e001312.
69. Gupta V, Kraemer JD, Katz R, Jha AK, Kerry VB, Sane J, et al. Analysis of results from the Joint External Evaluation: examining its strength and assessing for trends among participating countries. J Glob Health 2018; 8:020416.
70. World Health Organization. Extended list of Ebola review. https://www.who.int/about/evaluation/extended-list-of-ebola-reviews-may2016.pdf?ua=1 (accessed on 05/Jul/2021).
71. World Health Organization. Ebola interim assessment panel. https://www.who.int/about/evaluation/Ebola-Interim-Assessment-Panel.pdf?ua=1 (accessed on 05/Jul/2021).
72. World Health Organization. Review committee on the role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola outbreak and response. https://www.who.int/about/evaluation/Review-Committee-on-the-Role-of-the-IHR-2005-in-the-Ebola-Outbreak-and-Response.pdf?ua=1 (accessed on 05/Jul/2021).
73. Ventura DF, Perez FA. Crise e reforma da organização mundial da saúde. Lua Nova 2014; (92):45-77.
74. Ventura DF. Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1). São Paulo: Outras Expressões/Dobra Editorial; 2013.
75. Ventura DFL. From Ebola to Zika: international emergencies and the securitization of global health. Cad Saúde Pública 2016; 32:e00033316.
76. Gostin LO, Katz R. The International Health Regulations: the governing framework for global health security. Milbank Q 2016; 94:264-313.
77. Eccleston-Turner M, Kamradt-Scott A. Transparency in IHR emergency committee decision making: the case for reform. BMJ Glob Health 2019; 4:e001618.
78. Fidler DP. To declare or not to declare: the controversy over declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo. Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy 2019; 14:287-330.
79. Mullen L, Potter C, Gostin LO, Cicero A, Nuzzo JB. An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Con-cern designations. BMJ Glob Health 2020; 5:e002502.
80. Grigorescu A. Transparency of intergovernmental organizations: the roles of member States, international bureaucracies and nongovernmental organizations. Int Stud Q 2007; 51:625-48.
81. World Health Organization. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-en.pdf (accessed on 05/Jul/2021).
82. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the World Health Assembly. https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly (accessed on 05/Jul/2021).
83. Hernandez MC, Da Rosa W. A temática migratória na revisão periódica universal dos EUA: oportunidade política diante do hegemon. Lua Nova 2019; (108):65-100.
84. Gostin LO, Friedman EA, Dueck L. The world needs a post-pandemic health treaty with teeth. Foreign Policy 2021; 5 apr. https://foreignpolicy.com/2021/04/05/who-un-pandemic-treaty-health-regulations/.
85. Braswell H. Covid pandemic should serve as 'Chernobyl moment' for global health reform, international experts say. Stat News 2021; 12 may. https://www.statnews.com/2021/05/12/covid-pandemic-should-serve-as-chernobyl-moment-for-global-health-reform-international-experts-say/.
86. Fukuda-Parr S, Buss P, Yamin A. Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security. BMJ Glob Health 2021; 6:e006392.
87. Larousse. Fuite. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fuite/35506#155914 (accessed on 05/Jul/2021).

Resumo

Em novembro de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início à negociação de uma convenção, acordo ou outro instrumento internacional sobre a resposta às pandemias. Neste ensaio, defendemos e justificamos a tese de que o novo pacto deve ser um tratado de direitos humanos, como condição indispensável para a preven- ção de novas pandemias e eficiência da resposta global quando elas ocorrem. Após o breve resgate da origem das negociações, apresentamos os principais conteúdos normativos que correspondem a um enfoque de direitos humanos: a instituição da regra de indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social; e a regulamentação do acesso a tecnologias farmacêuticas. A seguir, em seção dedicada ao tema da efetividade do futuro tratado, classificamos as propostas existentes em ajustes tecnocráticos, como alterações no procedimento de declaração de emergências; mecanismos de transparência e controle, a exemplo da adoção de um mecanismo de Revisão Periódica Universal (RPU), similar ao do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, para monitorar obrigações dos Estados relacionadas à saúde; poderes coercitivos que seriam outorgados à OMS ou outra agência, tais como inspeções nos territórios nacionais realizadas por cientistas independentes; e mecanismos de coordenação política, como a criação de um Conselho Global de Ameaças à Saúde. Concluímos que há risco de adoção de um sistema mais eficiente de vigilância para alertar o mundo desenvolvido sobre ameaças oriundas de países em desenvolvimento, em lugar de um tratado capaz de contribuir para evitar que populações mais vulneráveis continuem sendo devastadas por pandemias cada vez mais frequentes.

Pandemias; Organização Mundial da Saúde; Direitos Humanos; Saúde Global; Direito Internacional

Resumen

En noviembre de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició negociaciones de una convención, acuerdo u otro instrumento internacional sobre una respuesta a las pandemias. En este ensayo, defendemos y justificamos la tesis de que el nuevo pacto debe ser un tratado de derechos humanos, como condición indispensable para la prevención de nuevas pandemias y eficiencia de la respuesta global cuando se produzcan. Tras un breve recordatorio del origen de las negociaciones, presentamos los principales contenidos normativos que corresponden a un enfoque de derechos humanos: la institución de la regla de indisociabilidad entre medidas cuarentenarias y de protección social; y la regulación del acceso a tecnologías farmacéuticas. A continuación, en la sección dedicada al tema de la efectividad del futuro tratado, clasificamos las propuestas existentes en ajustes tecnocráticos, como alteraciones en el procedimiento de declaración de emergencias; mecanismos de transparencia y control, como por ejemplo la adopción de un mecanismo de Revisión Periódica Universal (RPU), similar al del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, para monitorear obligaciones de los Estados relacionados con la salud; poderes coercitivos que serían otorgados a la OMS o a otra agencia, tales como inspecciones en territorios nacionales, realizadas por científicos independientes; y mecanismos de coordinación política, como la creación de un Consejo Global de Amenazas a la Salud. Concluimos que existe riesgo de adopción de un sistema más eficiente de vigilancia para alertar al mundo desarrollado sobre amenazas oriundas de países en desarrollo, en lugar de un tratado capaz de contribuir para evitar que poblaciones más vulnerables continúen siendo devastadas por pandemias cada vez más frecuentes.

Pandemias; Organización Mundial de la Salud; Derechos Humanos; Salud Global; Derecho Internacional

Submitted on 06/Jul/2021
Final version resubmitted on 16/Sep/2021
Approved on 17/Sep/2021

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerro esta tese no período que cerca o segundo aniversário da declaração da ESPII relacionada à covid-19, pela OMS. Poucos meses atrás, diante do avanço da vacinação no Brasil e no mundo, apesar dos grandes bolsões de pessoas não vacinadas em diversas regiões do globo, havia esperança de que o mundo estivesse saindo da etapa mais aguda da pandemia. Infelizmente, não é esse o quadro que se apresenta hoje.

Um artigo publicado na última semana de janeiro de 2022 pelo periódico *Nature* revelava que projeções matemáticas de alto nível, uma conduzida pela *Institute of Health Metrics and Evaluation*, de Seattle, nos Estados Unidos, e outra financiada pela revista The Economist, do Reino Unido, estimavam que esses números estariam subestimados e que o total de mortes por COVID-19 poderia alcançar entre 12 e 22 milhões de pessoas. Se os óbitos alcançavam cifras tão elevadas, o que se poderia dizer da escala global de contaminações, num contexto de pouquíssima testagem, pressionado pelo avanço descontrolado de variantes do vírus?

No dia 25 de novembro, o pesquisador brasileiro Túlio de Oliveira, diretor do laboratório Krisp, da Universidade KwaZulu-Natal, em Durban, África do Sul, anunciou ter identificado uma nova variante do SARS-CoV-2, classificada pela OMS como de preocupação e denominada Ômicron. Diferentemente das variantes detectadas anteriormente, a cepa apresentava aos menos 36 mutações da proteína *spike* (a parte do vírus responsável pela entrada na célula humana) e outras 10 mutações só no receptor ACE2, partícula de ajuda a criar esse ponto de entrada. A identificação ocorreu como resultado, em um curto espaço de tempo, da corrida aos hospitais e a centros de saúde na África do Sul de pacientes com sintomas de fadiga e dores de cabeça. As múltiplas mutações presentes na Ômicron suscitaram forte mobilização da comunidade científica internacional, de autoridades nacionais e de organismos internacionais. Após o anúncio da descoberta, vários casos foram identificados em diversos países do mundo, e o alto potencial de contágio da variante levou a uma onda de bloqueios de voos e viajantes originários da África do Sul e países adjacentes. A aplicação de medidas restritivas de circulação teve impacto na circulação de passageiros e mercadorias.

Paralelamente às primeiras reações à nova variante, a OMS sediou, entre a última semana de novembro de 2021 e o início da primeira semana de dezembro, uma sessão

extraordinária da Assembleia Mundial da Saúde. Este evento traz elementos importantes de atualização do terceiro artigo que integra a coletânea que discutiremos hoje.

O objetivo da Assembleia extraordinária era debater os benefícios da negociação de uma convenção, um tratado ou outro instrumento internacional voltado à preparação e à resposta a pandemias. Após as considerações apresentadas pela grande maioria das delegações governamentais e de diversas organizações internacionais presentes à reunião, aprovou-se a instalação de um órgão de negociação intergovernamental para dar início às negociações do novo pacto que só deve ser concluído em 2024. Os relatórios sobre o avanço das negociações deverão ser apresentados regularmente aos órgãos diretivos da OMS.

Em relação aos objetivos do referido artigo, como avaliar este primeiro passo de implementação do novo instrumento? Tratava-se de um compromisso lento e vago, cujo destino vai depender da vontade política dos Estados e da capacidade de mobilização de atores não-estatais. Era preciso desenvolver, ainda que brevemente, cada um destes pontos.

Em primeiro lugar, o calendário definido para a conclusão do novo pacto era incompatível com a ideia de emergência, tão presente nos discursos oficiais nacionais e internacionais. Embora a pressa nunca seja boa conselheira, depois de dois anos já não se poderia mais falar em precipitação para regular um objeto.

Ao prever que um documento intermediário seria apresentado à Assembleia Mundial da Saúde somente em maio de 2023 e uma proposta de texto a ser discutida pela mesmaAssembleia apenas em maio de 2024, a comunidade internacional sinalizava claramente que osaportes deste tratado não visavam a emergência em curso, e sim às próximas. Tratava-se de uma ocasião perdida porque novas regras seriam fundamentais no presente para o controle da covid-19 no mundo. Era o caso da urgente regulação do acesso a vacinas, eis que nosencontramos em uma situação de apartheid sanitário, como é reconhecido pela própria OMS. Por conseguinte, este calendário limitava o potencial alcance do instrumento negociado, que era jogado do presente para o futuro.

Qual seria a razão desta lentidão? Ficava evidente que os esforços de negociação durante a Assembleia extraordinária estiveram direcionados à construção do consenso sobre a necessidade de um novo instrumento, e não à definição do seu conteúdo. Dois anos de negociações permitirão que se desenrolem todas as barganhas possíveis entre Estados e no seio de cada um dos Estados. Este era um dos fatores que permitiram selar o frágil consenso anunciado em primeiro de dezembro de 2021. Ou seja, estávamos um passo atrás do que se esperava no que diz respeito ao convencimento dos Estados sobre a necessidade de mudanças. O tempo da diplomacia não coincide com o tempo da emergência. Além disto, em dois anos a

comoção causada pela experiência da covid-19 na opinião pública, principalmente dos países desenvolvidos, poderia ser minorado e seu potencial de mobilização em prol de mudanças pode ser reduzido.

Um segundo aspecto a ser analisado era o caráter vago do compromisso, que sequer definia qual seria a natureza do instrumento negociado. Embora o trabalho do órgão de negociação intergovernamental fosse se concentrar sobre um pacto no âmbito da OMS, havia quem defendesse a revisão do RSI (2005), ou uma ação que combinasse a revisão do RSI com a negociação de um novo tratado. Havia, também, propostas de negociação de uma convenção no âmbito das Nações Unidas, com um escopo de saúde global para além de apenas a preparação e resposta a pandemias, voltado àS transformações das estruturas reprodutoras de vulnerabilidades e negligências. Todos os formatos possuíam prós e contras. As limitações do RSI e do paradigma corrente de vigilância de emergências sanitárias foram expostas pela Covid-19, como a inexistência de um marco regulatório para o controle de zoonoses, a ausência de medidas que garantam o acesso a imunizantes ou a necessidade de maior financiamento da OMS. Os defensores do tratado o perceberam como um meio de lidar, por exemplo, com a questão da iniquidade na distribuição de vacinas, como no caso de aplicação de flexibilidades temporárias aos direitos de propriedade intelectual. Embora houvesse preocupações com o tempo de negociações de um tratado em comparação com uma revisão do RSI, que poderia ser mais rápida, a questão central continuava sendo tornar a arquitetura de governança mais robusta, amparada na cooperação multissetorial e com capacidades suficientes em níveis global e estatal.

Um terceiro aspecto a ser analisado dizia respeito aos atores deste processo. Começando pela participação da sociedade civil e de movimentos sociais, a decisão da Assembleia extraordinária previa a organização de audiências públicas para discussão do novo instrumento. Determinava, ainda, que fosse facilitada a participação nas negociações de representantes das organizações do sistema onusiano, mas também de observadores, de representantes de atores não-estatais em relações oficiais com a OMS, e de outros especialistas de maneira a - eu cito, abre aspas - “reconhecer a importância de uma ampla participação para chegar a um resultado positivo” – fecha aspas. Quanto aos atores não estatais, suas relações com a OMS foram definidas em um documento adotado na Assembleia Mundial da Saúde de 2016, denominado Marco de Colaboração da OMS com atores não-estatais, que prevê quatro categorias: setor privado, fundações filantrópicas, organizações não-governamentais e instituições acadêmicas.

Durante a sessão especial da Assembleia Mundial da Saúde, de acordo com a lista de delegações registradas pelo Secretariado da OMS, participaram 53 (cinquenta e três) atores não-estatais com relações oficiais com a organização, dentre os quais 2 (dois) representantes do setor privado, 4 (quatro) fundações filantrópicas, 37 (trinta e sete) organizações não-governamentais e 10 (dez) instituições acadêmicas. De acordo com as regras de procedimento estabelecidas pelo Secretariado da OMS para a condução da sessão especial, as manifestações de atores não-estatais estariam limitadas a apenas 1 (um) minuto. As intervenções por escrito de cada ator não-estatal deveriam ser entregues ao Secretariado, conforme as exigências nas relações oficiais da OMS com essas entidades. No site da OMS, não se encontram mais disponíveis as intervenções de cada ator não-estatal, o que exigiu o acesso às páginas eletrônicas de cada organização registrada na sessão especial da Assembleia. Constatou-se que, dos 53 atores não-estatais registrados, havia apenas 11 (onze) intervenções disponíveis, sendo que umas delas correspondia à posição conjunta de 7 (sete) entidades, o que representa pouco mais de 30% do total de atores não-estatais. A leitura dos documentos disponíveis permitiu identificar seis principais temas suscitados pelos atores não-estatais:

a) Demandas de um processo transparente, inclusivo e com o engajamento e a colaboração com e entre atores não-estatais, da sociedade civil e do setor privado, com garantias de salvaguardas contra possíveis conflitos de interesse (Global Health Council; IFPMA; Médicos sem Fronteiras);

b) Apoio à tomada de decisões baseada em evidências na preparação e resposta a pandemias (Cochrane Collaboration);

c) Reforço da concepção da saúde como um direito humano fundamental e de soluções para a preparação e resposta a pandemias centradas em pessoas, baseadas na equidade e nos direitos humanos, com o envolvimento de organizações humanitárias (ESMO; Global Health Council; Médicos sem Fronteiras)

d) Promoção da capacidade dos países de cumprirem as exigências do RSI, com garantia de recursos sustentáveis para a preparação a emergências, inclusive o apoio ao aumento das contribuições regulares e nas voluntárias e marcadas na OMS (Global Health Council, Path, Save the Children, Task Force for Global Health, United Nations Foundation, Women Deliver, Intra Health International);

e) Apoio ao fortalecimento do sistemas de saúde por meio da atenção universal à saúde e da força de trabalho robusta, com maiores investimentos, melhoria nas condições de trabalho e sem interrupções na oferta de serviços, sobretudo para pacientes com doenças crônicas (World Confederation for Physical Therapy, World Health Professionals Alliance, FDI

World Dental Federation, International Council of Nurses, International Society of Nephrology, International Society of Paediatric Oncology, Cochrane Collaboration, World Federation of Societies of Anaesthesiologists; International League Against Epilepsy; International Association of Hospice and Palliative Care);

f) Apoio à criação de um marco global para a cooperação na resposta a pandemias, que garanta o compartilhamento de direitos e de know-how de tecnologias financiadas pelos governos, flexibilidades obrigatórias aos diretos de propriedade intelectual, normas globais para o financiamento de P&D nos estágios preparatórios e de crise, além de obrigações concretas para transparência. Apoio à reforma do financiamento e da gestão de ensaios clínicos de modo que o público tenha informação transparente e objetiva sobre a efetividade e segurança relativas de contramedidas. Caminhos regulatórios precisam ser mais eficientes para a resposta a emergências (Knowledge International). Sobre este tema, houve a manifestação divergente de apenas um ator não-estatal (IFPMA), que considerou que as flexibilizações aos direitos de propriedade intelectual poderiam afetar negativamente a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e terapias, além de criar obstáculos ao compartilhamento de patógenos, essenciais aos esforços de P&D.

Tendo por base esse conjunto de manifestações, foi possível identificar pontos em comum na posição de Estados membros e de atores não-estatais, como a preocupação com um processo inclusivo e equilibrado, que levasse em consideração a necessidade de fortalecimento das capacidades nacionais relativas ao RSI e que fosse centrado em pessoas na garantia dos direitos humanos, de modo a promover o acesso a vacinas e terapias, particularmente para populações em situação de vulnerabilidade.

No dia 3 de dezembro de 2021, um grupo de organizações que incluía a Anistia Internacional, a Comissão Internacional de Juristas e entidades muito atuantes no Brasil, como era o caso da Artigo 19, apresentou um documento intitulado “Dez princípios de direitos humanos para o tratado sobre pandemias”, que entre outras propostas importantes no campo dos direitos humanos, que iam no sentido do que propusemos em nosso artigo, exigia a isenção dos direitos de propriedade intelectual para vacinas e tratamentos contra a covid-19. Esta deveria ser a tônica da participação dos movimentos sociais, e provavelmente será contraposta com ênfase pelo setor privado. Por tudo isto, seria muito importante estudar de forma sistemática as propostas que serão encaminhadas por cada um destes atores ao longo do processo de negociação.

O último aspecto a ser analisado, e talvez o mais importante, é o posicionamento dos Estados. A decisão da Assembleia Extraordinária determinava que em primeiro de março de

2022 seriam eleitos dois co-presidentes do órgão intergovernamental de negociação, respeitando o equilíbrio entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, e de quatro vice-presidentes, cada um de uma das seis regiões administrativas da OMS. Os métodos de trabalho deveriam respeitar os princípios de inclusão, transparência, eficiência e liderança dos Estados, e de busca do consenso. O protagonismo do Sul Global será decisivo nestas negociações. Neste ponto, a liderança brasileira fará falta, principalmente o seu recuo em relação ao protagonismo que teve no passado quando esteve à frente, junto com a Índia, da adoção da declaração de Doha de 2001.

À frente do debate sobre o novo tratado, encontravam-se grande parte dos países do bloco europeu, alguns países do continente africano, como Quênia e Ruanda, países do sul da Ásia, como a Tailândia e a Coreia do Sul, e alguns países latino-americanos, como a Costa Rica e o Chile. Os Estados Unidos se opuseram à adoção de um instrumento vinculante, que é vista com reservas também por países como o Brasil e a Índia.

Dias antes antes do encerramento da elaboração desta tese, o Diretor dos CDCs africanos, John Nkengasong, declarou à imprensa que apresentaria em breve uma proposta de tratado regional sobre as pandemias a ser negociado no âmbito da União Africana. Esta iniciativa poderia fortalecer a coordenação da posição dos países africanos na negociação do tratado multilateral.

As resistências à negociação do tratado podem também estar associadas a outros fóruns, como é o caso do grupo de trabalho da OMS sobre financiamento sustentável. Apesar das inúmeras críticas à capacidade da organização em agir de forma ágil e eficaz no enfrentamento de emergências internacionais de saúde, os Estados Unidos se opuseram à decisão de aumento das contribuições regulares e sugeriram a criação de um fundo separado e diretamente controlado pelos doadores. A proposta tinha apoio amplo de países europeus, africanos, asiáticos e latino-americanos, mas parece não convencer Brasil, Japão e a China, que se mostraram hesitantes.

Apesar de alguns desdobramentos positivos, as perspectivas quanto ao enfrentamento da pandemia causam inquietação. Mesmo com o avanço da vacinação em grande parte do mundo, as festas de final de ano e o potencial de contágio da variante Ômicron não deixavam dúvidas de que as vitórias alcançadas no combate à covid-19 poderiam ser solapadas. Isso se confirmou já no início de 2022, quando o número de casos alcançou recordes diários, muitas vezes mais altos do que o observado nas fases mais críticas da pandemia, no período anterior ao início da vacinação. O relaxamento das medidas não farmacológicas, como o uso de máscaras e o distanciamento social, somado a uma relativa sensação de normalidade decorrente

da aplicação das vacinas e à existência de imensas legiões de não vacinados em todo o mundo, permitiu a explosão de casos observada nos dias de hoje.

Sobre a resposta do Brasil à pandemia, embora não seja o objeto da tese, é importante registrar pontualmente algumas ocorrências que considero relevantes para a nossa discussão, tais como o ataque por hackers ao sistemas do Mistério da Saúde e o apagão de dados sobre contaminações, hospitalizações, óbitos e vacinações; a controvérsia gerada pela decisão do colegiado da ANVISA de aprovar a vacinação de crianças entre 5 e 11 anos de idade e o lançamento da chamada pública pelo Ministro Queiroga, alinhada à reação das redes de apoio do Governo Bolsonaro, incluindo a exploração factoide do possível associação entre a vacinação e o mal súbito de uma criança em São Paulo; e, mais recentemente, o parecer do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, que sugeria benefícios no uso da hidroxicloroquina e questionava a segurança e a efetividade de vacinas contra a covid-19, em franca oposição à postura da comissão de avaliação e incorporação tecnológica do Ministério.

Como foi discutido ao longo da tese, a emergência internacional de saúde pública relativa à covid-19, assim como as demais ESPIIs, possui não apenas caráter técnico de cunho estritamente biomédico-sanitário, mas é resultado de embates políticos nos planos nacional e internacional. No plano internacional, os países centrais seguem tendo acesso prioritário a vacinas e outras terapias e, consequentemente, limitando a disponibilidade de insumos médicos, particularmente de imunizantes, aos países onde a vacinação avança de forma nula ou lenta. Mesmo iniciativas como a COVAX não puderam ainda ter suas metas de distribuição plenamente atendidas, dado que o compromisso de doadores, sobretudo dos Estados Unidos e do bloco europeu, não está sendo cumprido como planejado.

No âmbito dos governos nacionais, como é o caso do Brasil, a pandemia seguia sendo objeto de uso político e eleitoreiro, na medida em que as decisões tomadas pelos agentes públicos pareciam visar, prioritariamente, a mobilização massiva de militantes favoráveis ao Governo. Isto ocorria em detrimento da obrigação constitucional de proteger a saúde da população, continuando ausente o enfrentamento técnico da crise, de forma planejada e voltada ao bem-estar social.

Diante disso, o quadro que se apresenta não nos sugere que a pandemia possa ser debelada no curto ou médio prazos. A permanência de regiões totalmente desatendidas por vacinas e outras terapias, somada à irresponsabilidade de governos que insistem em não adotar medidas que coíbam a transmissão do vírus, configura-se como a receita da “catástrofe moral sem precedentes”, referida diversas vezes pelo Diretor-Geral da OMS.

A perpetuação de um paradigma de governança da saúde global voltado apenas para a gestão pontual de emergências mais do que nunca evidencia os seus limites. Somente uma transformação radical dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde será capaz de eliminar as estruturas reprodutoras de vulnerabilidades e negligência que mantêm grande parte da humanidade apartada do ideal de saúde preconizado pela Constituição da OMS.

* * *

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLETAS

Adams V. What is critical global health?. MAT [Internet]. 13Sep.2016 [cited 14Oct.2021];3(2).

Alcabes, P. Dread: How fear and fantasy have fueled epidemics from the black death to avian flu. New York: Public Affairs; 2009.

Alviar H, Azoulai L, Bismuth R, Forray V, Muir Watt H, Perelman J . & Waked D. Ce que la Covid-19 révèle du rapport entre le monde et le droit. Dans : Marc Lazar éd., *Le monde d'aujourd'hui: Les sciences sociales au temps de la Covid* (pp. 169-189). Paris: Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.lazar.2020.01.0169"

Andrus, J. K., Aguilera, X., Oliva, O., & Aldighieri, S. Global health security and the International Health Regulations. BMC Public Health. 2010. 10(Suppl 1): S2.

Bacchi, C. Analysing policy: What's the problem represented to be? Frenchs Forest, NSW: Pearson Education; 2009.

Bambra C, Riordan R, Ford J, et al. The covid-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health. 2020 Nov;74(11):964-968. doi: 10.1136/jech-2020-214401. Epub 2020 Jun 13. PMID: 32535550; PMCID: PMC7298201.

Banco Mundial. Pandemic preparedness and health systems strengthening. Home page; 2015.

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

Beck U. Nascimento, Sebastião (trad). Sociedade de risco rumo a uma outra modernidade. 2. ed.. São Paulo, Ed. 34, 2011. 383 p.

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

Biehl J, Petryna A. Critical Global Health. In: Biehl J, Petryna A (ed.) When People Come First: Critical Studies in Global Health. Princeton: Princeton University Press; 2013. p.1-20.

Biehl J. Theorizing global health. Medicine Anthropology Theory, Vol 3 (2), pp. 127'142, 2016. Disponível em: https://spia.princeton.edu/system/files/research/documents/Biehl_TheorizingGlobalHealth_2016.pdf

BIRN, A-E, Nervi L. Re-construyendo uma OMS para la gente. Medicina Social, v.13, n.2, maio-agosto de 2020, p. 119-122. Available at: https://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol13/iss1/1

Bogoch II, Brady OJ, Kraemer MU, German M, Creatore MI, Kulkarni MA, et al. Anticipating the international spread of Zika virus from Brazil. Lancet: 2016. 387(10016): 335-6.

Borges LC, Menezes H Z, Souza I M. Dilemas na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 2, e00136919. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136919>. Epub 21 Fev 2020. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00136919

Brasil. "Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, no âmbito do Decreto no. 7.616 de 17 de novembro de 2011". Memorando da Secretaria de Vigilância em Saúde à Coordenação-Geral do Gabinete do Ministro. Documento requisitado via Lei de Acesso à Informação em 16 de abril de 2019.

Brasil. Decreto Nr. 10.212, de 30 de janeiro de 2020: Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm

Brasil. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016. Boletim Epidemiológico. 2017. 48(3): 1-11.

Brasil. Presidência da República. Decreto No 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm

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

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

Brown, GW, Harman, S. Risk, perception of risk and global health governance. Political Studies. 2011. Vol. 59: 773-778.

Campos et al. Revisiting Key Entry Routes of Human Epidemic Arboviruses into the Mainland Americas through Large-Scale Phylogenomics. International Journal of Genomics. October 2018. (3):1-9

Carvalho, LDP. Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2017.

Chade, J. Não existe justificativa para adiar os Jogos Olímpicos, diz OMS. Matéria de jornal. São Paulo: Estado de S. Paulo; 2018.

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

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Resolução 1/2021- As vacinas contra a Covid-19 no âmbito das obrigações interamericanas de direitos humanos (Aprovada pela CIDH em 6 de abril de 2021). Disponível em: https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-pt.pdf

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

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

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

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

Conselho Europeu. G7 Leaders’ statement, 19 February 2021. Disponível em: https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/02/19/g7-february-leaders-statement/coronavirus (MERS-CoV). https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-mers.pdf?sfvrsn=1fb009382

Correa C. O Acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos [online]. 2005, v. 2, n. 3, pp. 26-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452005000200003>. Epub 15 Set 2008. ISSN 1983-3342

Corrêa H, Ribeiro A. Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial. Saúde em Debate v. 45 (128) Jan-Mar 2021. Saúde em Debate [online]. 2021, v. 45, n. 128, pp. 5-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112800>. Epub 24 maio 2021. ISSN 2358-2898

Delmas-Marty M. Le rêve de perfection transforme nos Etats de droit en Etats policiers. Le Monde, Opinion, Tribune, 1 de março de 2021. Disponível em:

https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/01/mireille-delmas-marty-le-reve-de-perfection-transforme-nos-etats-de-droit-en-etats-policiers_6071518_3232.html

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

Dias LC. Coalizão Covax e a disputa mundial pelas vacinas contra Covid-19. Jornal da UNICAMP. Setembro de 2020. Disponível em: https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/artigos/luiz-carlos-dias/coalizao-covax-e-disputa-mundial-pelas-vacinas-contra-covid-19

Di Giulio G M, Vasconcellos M P, Gunther W M R, Ribeiro H, Assunção J V. Percepção de risco: um campo de interesse para a interface Ambiente, Saúde e Sustentabilidade. 2015. Saúde e Sociedade, 24(4), 1217-1231.

Diniz, D. Vírus Zika e as mulheres. Espaço temático: Zika e gravidez. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2016. 32(5):e00046316.

Diniz, D. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. 1a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

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

Edelman, M. Constructing the Political Spectacle. Chicago: University of Chicago Press; 1988.

Elbe, S. Risking Lives: AIDS, Security and Three Concepts of Risk. Security Dialogue. 2008. 39(2-3): 177-198.

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

Fidler, DP. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. Chinese Journal of International Law, 2005; 4(2), 325-392.

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

Fortes P A C, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. Saúde soc. [online]. 2014, vol.23, n.2 [cited 2015-02-23], pp. 366-375.

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

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

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

G1. Brasil 'tem sido transparente', diz diretora da OMS sobre dados do zika. Matéria de jornal. Brasil; 2016.

Gallego, V, et. al. The 2014 FIFA World Cup: Communicable disease risks and advice for visitors to Brazil e A review from the Latin American Society for Travel Medicine (SLAMVI). Travel Medicine and Infectious Diseases. 2014. 12: 208-218.

Gautret, P, Simon, F. Dengue, chikungunya and Zika and mass gatherings: What happened in Brazil, 2014. Editorial: Travel Medicine and Infectious Disease. 2016. 14:7-8.

Giddens A. Risk and Responsibility. The Modern Law Review Limited 1999 (MLR 62:1, January).

Global Ebola Response. New York: UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER). Home page: 2021.

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

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

Gonzalez, S. Zika y zikafobia: una página en construcción. Arch. Pediatr Urug., Montevideo, 2016. 87 (1): 53-6.

Gostin LO, Friedman EA, Dueck L. The World Needs a Post-Pandemic Health Treaty With Teeth. Artigo de opinião. Foreign Policy, 5 de abril de 2021. Disponível em: https://foreignpolicy.com/2021/04/05/who-un-pandemic-treaty-health-regulations/

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

Gostin LO, Friedman EA. Towards a Framework Convention on Global Health: a transformative agenda for global health justice. Yale J. Health Pol'y L. & Ethics (2013).

Gostin LO, Katz R. The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. Milbank Q. 2016;94(2):264-313. doi:10.1111/1468-0009.12186

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

Grigorescu A. Transparency of Intergovernmental organizations: the roles of member States, International Bureaucracies and nongovernmental organizations. International Studies Quarterly, vol. 51, no. 3, 2007, pp. 625–648. JSTOR, www.jstor.org/stable/4621731.

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

Harman S. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. 10 de março de 2016. Third World Quarterly, 37:3, 524-541, DOI: 10.1080/01436597.2015.1108827

Harman, S. Global Health Governance (1st ed.). London: Routledge; 2011.

Hernandez MC, Da Rosa W. A temática migratória na revisão periódica universal dos EUA: oportunidade política diante do hegemon. Lua Nova: Revista de Cultura e Política [online]. 2019, n. 108, pp. 65-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-065100/108>. Epub 28 Nov 2019. ISSN 1807-0175

Heymann, D et al., Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC?. The Lancet. 2016. 387 (10020): 719-721.

Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. Acesso a medicamentos como um direito humano. Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos [online]. 2008, v. 5, n. 8, pp. 100-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>. Epub 07 Jul 2010. ISSN 1983-3342

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

Jerónimo, HM. 2014. Riscophrenia and "animal spirits": clarifying the notions of risk and uncertainty in environmental problems. Sci. stud. [online]. 2014, vol.12, n.spe [cited 2015-02-13], pp. 57-74.

Kamradt-Scott, A., & Rushton, S. The revised International Health Regulations: socialization, compliance and changing norms of global health security. Global Change, Peace & Security. 2012. 24(1): 57-70.

Kasperson R E, Renn O, Slovic P, Brown H S, Emel J, Goble R, Kasperson J X, Ratick S. (1988), The Social Amplification of Risk: A Conceptual Framework. Risk Analysis, 8: 177-187.

Kraut, A. M. Silent Travelers: Germs, Genes and the 'Immigrant Menace'. New York: The Johns Hopkins University Press; 1994.

Lakoff, Andrew. “Two Regimes of Global Health.” Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development. 2010. 1(1): 59-79.

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

Lowcock EC, Rosella LC, Foisy J, et al. The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity. Am J Public Health. 2012 Aug;102(8):e51-8. doi: 10.2105/AJPH.2012.300814. Epub 2012 Jun 14. PMID: 22698024; PMCID: PMC3464856

Löwy I. Zika no Brasil: história recente de uma epidemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Temas em Saúde); 2019.

Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. Health Hum Rights. 1994 Fall;1(1):6-23. PMID: 10395709.

Margaret Chan. OMS. Zika: We must be ready for the long haul. Commentary. Media Centre; 2017.

Markel, H, Stern, AM. The Foreigness of Germs: The Persistent Association of Immigrants and Disease in American Society. The Milbank Quarterly. 2002. 80(4): 757-788.

Matta, GC, Nogueira, CdO, Nascimento, LdS.A literary history of Zika Following Brazilian state responses through documents of emergency. In: Locating Zika – Social change and governance in an age of mosquito pandemics. London: Routledge; 2019.

McInnes, C, Roemer-Mahler, A. From security to risk: reframing global health threats. International Affairs. 2017. 93(6): 1313-1337.

McInnes, C, Lee, K. Global Health and International Relations. London: Polity Press; 2012.
McKee M, Gugushvili A, Koltai J, Stuckler D. Are Populist Leaders Creating the Conditions for the Spread of covid-19?; Comment on “A Scoping Review of Populist Radical Right

Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe". International Journal of Health Policy and Management, 2021; 10(8): 511-515. doi: 10.34172/ijhpm.2020.124

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

Moon S, Kickbusch I. A pandemic treaty for a fragmented global polity. The Lancet Public Health, Volume 6, Issue 6, E355-E356. Publicado em 01 de junho de 2021. Published Online May 5, 2021 https://doi.org/10.1016/ S2468-2667(21)00103-1

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

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

Musso et al. Zika virus in French Polynesia 2013–14: anatomy of a completed outbreak. The Lancet Infectious Diseases. November 14, 2017.

Musso, D, Cao-Lormeau, VM, Gubler, DJ. Zika virus: following the path of dengue and chikungunya? The Lancet, Correspondence. July 18 2015. 386 (9990): 243-244.

Mykhalovskiy E, Kazatchkine C, Foreman-Mackey A et al. Human rights, public health and COVID-19 in Canada. Can J Public Health 111, 975–979 (2020). doi: 10.17269/s41997-020-00408-0. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32974860; PMCID: PMC7514233

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

Nações Unidas. covid-19 and Human Rights We are all in this together. Relatório do Secretário-Geral. 23 de abril de 2020. Disponível em: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf

Nature. Learn from covid before diving into a pandemic treaty. Editorial. Volume 592, 165-166. 06 de abril de 2021. Disponível em: https://www.nature.com/articles/d41586-021-00866-7

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

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

Nunes, J, Pimenta, DN. A Epidemia de Zika e os Limites da Saúde Global. Lua Nova, São Paulo. 2016. Número 98: 21-46.

Nunes, J. Critical Security Studies and Global Health. In: McInnes, C, Lee, K, Youde, J, editors. The Oxford Handbook of Global Health Politics. JOxford: Oxford University Press; 2018

Nunes, J. Neglect in Global Health. In: Parker, R, García, J, editors. Routledge Handbook on the Politics of Global Health. London: Routledge; 2018.

Nunes, J. Security, Emancipation and the Politics of Health: A New Theoretical Perspective. London: Routledge; 2013.

OCDE. DAC List of ODA Recipients for reporting 2021 June 2021. https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/DAC-List-ODA-Recipients-for-reporting-2021-flows.pdf

Oliveira JFd, Pescarini JM, Rodrigues MdS, Almeida BdA, Henriques CMP, Gouveia FC, et al. The global scientific research response to the public health emergency of Zika vírus infection. PLoS ONE, 2020. 15(3): e0229790.

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the 2nd meeting of the IHR Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological and neonatal malformations. Disponível em: https://www.who.int/news/item/08-03-2016-who-statement-on-the-2nd-meeting-of-ihr-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations

Organização Mundial da Saúde. Biographies - IHR Emergency Committee for covid-19. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ec-covid-19-biographies-combined-updated-october-2020bee6d4bde4b04b36a5f125a6e0970ef1.pdf?sfvrsn=7f569f7a2

Organização Mundial da Saúde. Biographies of Members of, and Advisers to the Meeting of the International Health Regulations (IHR) Emergency Committee for Ebola Viral Disease in the Democratic Republic of the Congo. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-ebola-drc-2019-biographies.pdf?sfvrsn=b2478fcf_6

Organização Mundial da Saúde. Biographies of the members of, and advisers to, the IHR Emergency Committee concerning ongoing events and context involving transmission and international spread of poliovirus. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-polio.pdf?sfvrsn=b174ea_2

Organização Mundial da Saúde. Biographies of the members of, and advisers to, the IHR Emergency Committee regarding the Ebola outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-ebola-west-africa.pdf?sfvrsn=34bc66f4_2

Organização Mundial da Saúde. Biographies of the members of, and advisers to, the IHR Emergency Committee concerning Middle East respiratory syndrome. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-mers.pdf?sfvrsn=1fb00938_2

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência relativo ao Ebola Vírus na África Ocidental (2014-2015). Disponível em: https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-west-africa-(2014-2015)-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência sobre Poliomielite. Disponível em: https://www.who.int/groups/poliovirus-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. DG Statement following the meeting of the Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/11-06-2009-dg-statement-following-the-meeting-of-the-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Director-General Statement following the eighth meeting of the Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/03-06-2010-director-general-statement-following-the-eighth-meeting-of-the-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Director-General Statement following the fifth meeting of the Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/24-09-2009-director-general-statement-following-the-fifth-meeting-of-the-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Director-General Statement following the ninth meeting of the Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/10-08-2010-director-general-statement-following-the-ninth-meeting-of-the-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Director-General Statement following the seventh meeting of the Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/24-02-2010-director-general-statement-following-the-seventh-meeting-of-the-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Director-General Statement following the sixth meeting of the Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/26-11-2009-director-general-statement-following-the-sixth-meeting-of-the-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared a Public Health Emergency of International Concern. Disponível em: https://www.who.int/news/item/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern

Organização Mundial da Saúde. Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/18-11-2016-fifth-meeting-of-

the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-regarding-microcephaly-other-neurological-disorders-and-zika-virus

Organização Mundial da Saúde. Final statement of the International Health Regulations (2005). Disponível em: https://www.who.int/news/item/26-06-2020-final-statement-on-the-8th-meeting-of-the-international-health-regulations

Organização Mundial da Saúde. First Meeting of the IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/25-04-2009-first-meeting-of-the-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Fourth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/02-09-2016-fourth-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-regarding-microcephaly-other-neurological-disorders-and-zika-virus

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência covid-19. Disponível em: https://www.who.int/groups/covid-19-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência Ebola RDC Equateur.Disponível em: https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-equateur-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência Ebola RDC Kivu-Ituri. Disponível em: https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-kivu-and-ituri-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência Gripe A H1N1. Disponível em: https://www.who.int/groups/h1n1-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/groups/mers-cov-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência Febre Amarela. Disponível em: https://www.who.int/groups/yellow-fever-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Comitê de Emergência Zika? Disponível em: https://www.who.int/groups/zika-virus-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. List of Members of, and Advisor to, the International Health Regulations (2005) Emergency Committee concerning Influenza Pandemic (H1N1) 2009 Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-h1n1-orginal-list.pdf?sfvrsn=7e49f574_2

Organização Mundial da Saúde. Meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) concerning yellow fever. Disponível em: https://www.who.int/news/item/19-05-2016-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-concerning-yellow-fever

Organização Mundial da Saúde. Members of, and Advisers to, the International Health Regulations (2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/ihr-committee-members-zika.pdf?sfvrsn=720c2e06_2

Organização Mundial da Saúde. Middle East respiratory syndrome coronavírus (MERS-CoV). Disponível em: https://www.who.int/news/item/09-07-2013-middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)

Organização Mundial da Saúde. Polio: Statement on the Twenty-first IHR Emergency. Disponível em: https://www.who.int/news/item/29-05-2019-statement-of-the-twenty-first-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Second meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) concerning yellow fever. Disponível em: https://www.who.int/news/item/31-08-2016-second-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2005)-concerning-yellow-fever

Organização Mundial da Saúde. Second Meeting of the IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/27-04-2009-second-meeting-of-the-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Statement following the Twenty-Eighth IHR Emergency Committee for Polio. Disponível em: https://www.who.int/news/item/21-05-2021-statement-following-the-twenty-eighth-ihr-emergency-committee-for-polio

Organização Mundial da Saúde. Statement of the 11th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/11-11-2016-statement-of-the-11th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement of the 13th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/02-05-2017-statement-of-the-13th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement of the 14th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/03-08-2017-statement-of-the-14th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement of the 15th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/14-11-2017-statement-of-the-15th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement of the eighth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (covid-19) pandemic. Disponível em: https://www.who.int/news/item/15-07-2021-statement-

on-the-eighth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

Organização Mundial da Saúde. Statement of the fifth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (covid-19) pandemic. Disponível em: https://www.who.int/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

Organização Mundial da Saúde. Statement of the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponível em: https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

Organização Mundial da Saúde. Statement of the fourth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (covid-19). Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-08-2020-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)

Organização Mundial da Saúde. Statement of the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Disponível em: https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)

Organização Mundial da Saúde. Statement of the seventh meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (covid-19) pandemic. Disponível em: https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

Organização Mundial da Saúde. Statement of the sixth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (covid-19) pandemic. Disponível em: https://www.who.int/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic

Organização Mundial da Saúde. Statement of the third meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the outbreak of coronavirus disease (covid-19). Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 10th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/22-08-2016-statement-on-the-10th-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/08-08-2014-statement-on-the-1st-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-on-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 1st meeting of the IHR Emergency Committee regarding the Ebola outbreak in 2018. Disponível em: https://www.who.int/news/item/18-05-2018-statement-on-the-1st-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-2018

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 2nd meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/22-09-2014-statement-on-the-2nd-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 3rd meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/23-10-2014-statement-on-the-3rd-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 4th IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/27-02-2015-statement-on-the-4th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 4th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/21-01-2015-statement-on-the-4th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-2014-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 5th IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/05-05-2015-statement-on-the-5th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 5th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/10-04-2015-statement-on-the-5th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 6th IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/17-08-2015-statement-on-the-6th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 6th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/07-07-2015-statement-on-the-6th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 7th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/05-10-2015-statement-on-the-7th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 8th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-03-2016-statement-on-the-8th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 8th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/18-12-2015-statement-on-the-8th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 9th IHR Emergency Committee regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/20-05-2016-statement-on-the-9th-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the 9th meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 Ebola Outbreak in West Africa. Disponível em: https://www.who.int/news/item/29-03-2016-statement-on-the-9th-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-the-ebola-outbreak-in-west-africa

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Eighteenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/15-08-2018-statement-of-the-eighteenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. News; 14 June 2019.

Organização Mundial da Saúde. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 12th April 2019. Disponível em: https://www.who.int/news/item/12-04-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12th-april-2019

Organização Mundial da Saúde. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. Disponível em: https://www.who.int/news/item/14-06-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo

Organização Mundial da Saúde. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic

Republic of the Congo on 18 October 2019. Disponível em: https://www.who.int/news/item/18-10-2019-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo

Organização Mundial da Saúde. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo on 12 February 2020. Disponível em: https://www.who.int/news/item/12-02-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-for-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-on-12-february-2020

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Nineteenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/30-11-2018-statement-of-the-nineteenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the October 2018 meeting of the IHR Emergency Committee on the Ebola virus disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo. Disponível em: https://www.who.int/news/item/17-10-2018-statement-on-the-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-on-the-ebola-outbreak-in-drc

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Seventeenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/10-05-2018-statement-of-the-seventeenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the seventh IHR Emergency Committee regarding the international spread of wild poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/26-11-2015-statement-on-the-seventh-ihr-emergency-committee-meeting-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Sixteenth IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/13-02-2018-statement-of-the-sixteenth-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Twentieth IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-03-2019-statement-of-the-twentieth-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Statement on the twenty-fifth IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/08-04-2020-statement-of-the-twenty-fourth-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Twenty-Fourth IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/08-04-2020-statement-of-the-twenty-fourth-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Twenty-Ninth IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/20-08-2021-statement-of-the-twenty-ninth-polio-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Twenty-Second IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/03-10-2019-statement-of-the-twenty-second-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Twenty-Seventh IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/19-02-2021-statement-of-the-twenty-seventh-polio-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Twenty-Sixth IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/22-10-2020-statement-of-the-twenty-sixth-polio-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Statement on the Twenty-Third IHR Emergency Committee Regarding the International Spread of Poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/07-01-2020-statement-o-the-twenty-third-ihr-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Third Meeting of the IHR Emergency Committee. Disponível em: https://www.who.int/news/item/05-06-2009-third-meeting-of-the-ihr-emergency-committee

Organização Mundial da Saúde. Twelfth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2015) regarding the international spread of poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/13-02-2017-twelfth-meeting-of-the-emergency-committee-under-the-international-health-regulations-(2015)-regarding-the-international-spread-of-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. WHO Director-General's statement on the 7th meeting of IHR Emergency Committee on Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. Disponível em: https://www.who.int/news/item/14-04-2020-who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the Eighth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/05-02-2015-who-statement-on-the-eighth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers-cov

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the Fifth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/14-05-2014-who-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed

increase in neurological and neonatal malformations. Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr-2005)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the Fourth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/04-12-2013-who-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov

Organização Mundial da Saúde. WHO statement on the meeting of the International Health Regulations Committee concerning the international spread of wild poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the ninth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/17-06-2015-who-statement-on-the-ninth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers-cov

OMS. WHO Statement on the Second Meeting of the IHR EMergency Committee concerning Organização Mundial da Saúde -CoV. Disponível em: https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/2013/mers_cov_20130717/en/index.html

Organização Mundial da Saúde. WHO statement on the second meeting of the International Health Regulations Committee concerning the international spread of wild poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/03-08-2014-who-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the Seventh Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-10-2014-who-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers-cov

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the Sixth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/17-06-2014-who-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the tenth Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/03-09-2015-who-statement-on-the-tenth-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-regarding-mers

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the Third Meeting of the IHR Emergency Committee concerning MERS-CoV. Disponível em: https://www.who.int/news/item/25-09-2013-who-statement-on-the-third-meeting-of-the-ihr-emergency-committee-concerning-mers-cov

Organização Mundial da Saúde. WHO statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR (2005)) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations; 2016.

Organização Mundial da Saúde. WHO statement on the third meeting of the International Health Regulations Committee concerning the international spread of wild poliovirus. Disponível em: https://www.who.int/news/item/14-11-2014-who-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-wild-poliovirus

Organização Mundial da Saúde. Resolução WHA69.10. Framework of engagement with non-State actors. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_r10-en.pdf

Organização Mundial da Saúde. WHO Statement on the thirds meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological and neonatal malformations. Disponível em: https://www.who.int/news/item/14-06-2016-who-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr(2005))-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations

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

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

Organização Mundial da Saúde. 69ª Assembleia Mundial da Saúde. Resolução WHA69.25. Addressing the global shortage of medicines and vaccines, and the safety and accessibility of children's medication. Maio de 2016. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf#page=27

Organização Mundial da Saúde. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Organização Mundial da Saúde. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). Partes. 21 de maio de 2003. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/tabaco/convencao-quadro/arquivos/convencao-quadro-tabaco

Organização Mundial da Saúde. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). History of the Who Framework Convention on Tobacco Control. 2009. Disponível em: https://www.who.int/fctc/about/history/en/

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

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

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

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

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

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

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

Organização Mundial da Saúde. Resolution WHA74.6: Strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access. Resolução da 74ª Assembleia Mundial da Saúde. Publicada em 31 de maio de 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R6-en.pdf

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

Organização Mundial da Saúde. Voluntary joint external evaluations (JEE) prompt much-needed multisectoral dialogues for health security: case study. Relatório. Publicado em 23 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/339812

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

Organização Mundial da Saúde. WHO's work in health emergencies. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). 05 de maio de 2021. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-en.pdf

Organização Mundial de Saúde. Addressing Human Rights as Key to the covid-19 Response. Comentário. 21 de abril de 2020. Disponível em:

https://www.who.int/publications/i/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response

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

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

Organização Internacional do Trabalho. Social Protection Interagency Cooperation Board (SPIAC-B). A Joint Statement on the Role of Social Protection in Responding to the covid-19 Pandemic. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/genericdocument/wcms_740551.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde. Epidemiological Alert: Zika virus infection. 7 maio de 2015.

Organização Pan-Americana da Saúde. Diretora da OPAS pede que lacuna “gritante” no acesso a vacinas contra covid-19 seja preenchida ampliando sua produção na América Latina e no Caribe. Maio de 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/19-5-2021-diretora-da-opas-pede-que-lacuna-gritante-no-acesso-vacinas-contra-covid-19-seja
Osazuwa-Peters N. Determinants of health disparities: the perennial struggle against polio in Nigeria. Int J Prev Med. 2011 Jul;2(3):117-21. PMID: 21811651; PMCID: PMC3143522

Pamela Das. Ziad Memish: father of mass gatherings medicine. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140- 6736(14)60851-5/fulltext Publicado Online em 12 de abril de 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/ S2214-109X(21)00081-4

Renn O. 2008. Risk governance: coping with uncertainty in a complex world. Earthscan, London

Reuters. U.S. savages WHO as it promises pandemic review, but China pledges $2 billion, 18/05/2020. Disponível em : <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who-idUSKBN22U111>. Acesso em 29/09/2021.

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

Rocha R et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to covid-19 in Brazil: a comprehensive analysis. Lancet Glob Health 2021; 9: e782–92

Rushton, S., & Williams, O. D. Frames, paradigms and power: global health policy-making under neoliberalism. Global Society. 2012. 26(2): 147-167.

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

Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. Lancet. 2007. 370(9595):1370-1379.

Shiffman, J. A social explanation for the rise and fall of global health issues. Bull World Health Organ. 2009. 87(8): 608–613.

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

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

Vélez AC, Diniz SG. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. Reprod Health Matters. 2016 Nov;24(48):57-61. doi: 10.1016/j.rhm.2016.11.008. Epub 2016 Nov 28. PMID: 28024678

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

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

Ventura DF, Ferraz O (orgs). Dossiê "Pandemias, Direito e Judicialização". Revista Direito e Práxis (Qualis A1), v. 12, n. 3, setembro de 2021. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/issue/view/2463/showToc

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

Ventura DF. Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1). São Paulo: Outras Expressões; Dobra Editorial, 2013.

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

Ventura, DF, et al. A rights-based approach to public health emergencies: The case of the 'More Rights, Less Zika' campaign in Brazil, Global Public Health. 2021. 16(10): 1576-1589.

Weir, L, Mykhalovskiy, E. Global Public Health Vigilance: Creating a World on Alert. London: Routledge; 2010.

Wenham C, Farias DB. Securitizing Zika: The case of Brazil. Security Dialogue. 2019. 50(5):398-415.

Wenham C, Kavanagh M, Phelan A, Rushton S, Voss M, Halabi S, Eccleston-Turner M, Pillinger M. Problems with traffic light approaches to public health emergencies of international concern. Lancet. 2021 May 15;397(10287):1856-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00474-8. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33857437

Wenham, C. Feminist Global Health Security. New York: Oxford University Press; 2021.

Wilson, ME, Chen, LH. Health risks among travelers to Brazil: Implications for the 2014 FIFA World Cup and 2016 Olympic Games. Editorial: Travel Medicine and Infectious Disease. 2014. 12: 205-207.

ANEXO I - ATORES NÃO-ESTATAIS COM RELAÇÕES OFICIAIS COM A OMS REGISTRADOS NA SESSÃO ESPECIAL DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

1. Alliance for Health Promotion – ONG
2. Alzheimer's Disease International – Fundação filatrópica
3. Council for International Organizations of Medical Sciences – ONG
4. European Society for Medical Oncology – ONG
5. FDI World Dental Federation – ONG
6. Global Diagnostic Imaging, Healthcare IT and Radiation Therapy Trade Association – Setor privado
7. Global Health Council – ONG
8. Handicap International Federation – ONG
9. HelpAge International - ONG
10. International Alliance of Patients' Organizations – ONG
11. International Association for Hospice and Palliative Care Inc – ONG
12. International Associations of Logopedics and Phoniatrics – Fundação filantrópica
13. International Council of Nurses – ONG
14. International Ergonomics Association – Instituição acadêmica
15. International Federation of Hospital Engineering – ONG
16. International Federation of Medical Students' Associations – Intituição acadêmica
17. International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations – Setor privado
18. International Hospital Federation – ONG
19. International League Against Epilepsy – Instituição acadêmica
20. International Pediatric Association – ONG
21. International Pharmaceutical Federation – Instituição acadêmica
22. International Pharmaceutical Students' Federation – ONG
23. International Planned Parenthood Federation – ONG
24. International Society of Nephrology – ONG
25. International Society of Paediatric Oncology – Instituição acadêmica
26. International Society of Physical and Rehabilitation Medicine – ONG
27. KNVC Tuberculosis Foundation – Fundação filatrópica
28. Knowledge International – ONG
29. Médecins Sans Frontières – ONG

30. Medicines Patent Pool Foundation – ONG
31. Medicus Mundi International – ONG
32. Multiple Sclerosis International Federation – ONG
33. Organisation pour la Prévention de la Cécité – ONG
34. Public Services International – ONG
35. Stiching Health Action International – ONG
36. The Cochrane Collaboration – Instituição acadêmica
37. Save the Children – ONG
38. The Task Force for lobal Health - ONG
39. The World Medical Association – ONG
40. Union for International Cancer Control – ONG
41. United Nations Foundation – Fundação filantrópica
42. United States Pharmacopeial Convention – Instituição acadêmica
43. Vital Strategies Inc. – Instituição acadêmica
44. WaterAid International – ONG
45. World Confederation of Physical Therapy – ONG
46. World Federation of Chiropractic – ONG
47. World Federation of Nuclear Medicine and Biology – Instituição acadêmica
48. World Federation of Public Health Associations – ONG
49. World Federation of Societies of Anaesthologists – ONG
50. World Heart Federation – ONG
51. World Obesity Federation – ONG
52. World Organization of Family Doctors – Instituição acadêmica
53. World Stroke Organization - ONG

ANEXO II – COMPOSIÇÃO DOS COMITÊS DE EMERGÊNCIA

TABELA 1 - COMITÊ DE EMERGÊNCIA RELATIVO À PANDEMIA DE GRIPE A H1N1 2009

Comitê de Emergência relativo à Pandemia de Gripe A H1N1 2009						
Fonte: https://www.who.int/groups/h1n1-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Dr. Lawson Ahadzie	Ganês	Médico	Ex-Chefe do Departamento de Vigilância do Serviço de Saúde de Gana, Ministério da Saúde (Acra, Gana)	N/D	N/D	Não
Sr. André Basse	Senegalês	Bacharel em Relações Internacionais, Mestrado em Estudos Diplomáticos, Estudos aprofundados em História e Política Internacionais	Conselheiro, Embaixada do Senegal (Paris, França)	N/D	Não	Não
Dr. Muhammad Akbar Chaudhry	Paquistanês	Médico cardiologista	Diretor e Professor de Medicina do Fatima Jinnah Medical College (Lahore, Paquistão)	N/D	Não	Não
Dr. Supamit Chunssuttiwat	Tailandês	Médico, especialista em controle de doenças	Especialista Sênior de Controle de Doenças, Departamento de Controle de Doenças do Ministério de Saúde Pública (Banguecoque, Tailândia)	N/D	Não	Não
Dra. Nancy Cox	Norte-Americana	Bacteriologista, Doutora em Virologia	Diretora da Divisão de Influenza do Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	N/D	Não	Sim
Dr. Anthony Evans	Canadense	Médico, Doutor em Segurança da Aviação	Chefe da Seção de Medicina da Aviação da Organização Internacional de Aviação Civil (Montreal, Canadá)	N/D	Não	N/D

Prof. John S. Mackenzie	Australiano	Doutor em Virologia, médico epidemiologista	Professor Emérito da Universidade de Curtin (Perth, Austrália)	N/D	Sim	Não
Prof. Arnold Monto	Norte-Americano	Médico epidemiologista	Professor do Departamento de Epidemiologia da Universidade de Michigan (Ann Arbor, EUA)	N/D	Não	Sim
Dr. Fernando Otaiza	Chileno	Médico, Mestre em Epidemiologia	Coordenador do Programa Nacional de Controle de Infecções (Santiago, Chile)	N/D	Não	N/D
Dr. Rogelio Pérez Padilla	Mexicano	Médico pneumologista, especialista em medicina do sono e em enfermidades respiratórias	Diretor-Geral do Instituto Nacional de Enfermidades Respiratórias "Ismael Cosío Villegas" (Cidade do México, México)	N/D	Não	N/D
Dr. Wing Hong Seto	Chinês	Médico infectologista e patologista	Chefe de Serviço do Departamento de Microbiologia do Hospital Queen Mary (Região Administrativa Especial de Hong Kong, China)	N/D	Não	N/D
Dr. Masato Tashiro	Japonês	Médico, especialista em patogênese molecular, infecções virais e em patogênese e interface animal-humana do vírus da influeza	Diretor do Departamento de Doenças Virais e Controle de Vacinas do Instituto de Doenças Infecciosas (Tóquio, Japão)	N/D	Não	N/D
Dr. Claude Thibeault	Canadense	Médico, especialista em medicina de emergência, mitigação de riscos e surtos de doenças contagiosas e em aviões	Consultor da Aviation Medicine and Occupational Health (Montreal, Canadá)	N/D	Não	Sim
Dr. John Wood	Inglês	Médico, Mestre em Virologia, Doutor em Virologia	Cientista Principal da Divisão de Virologia, Instituto Nacional para Padrões Biológicos e Controle (Herts, Reino Unido)	N/D	Não	Sim
Profa. Maria Zambon	Inglesa	Médica virologista, especializada em microbiologia, Doutora em Virologia	Diretora do Serviço de Referência em Microbiologia, Public Health England (Londres, Reino Unido)	N/D	Não	Sim
Assessor para o Comitê de Emergência						

Prof. Neil M. Ferguson	Inglês	Médico epidemiologista, Mestre em Física, Doutor em Física Teórica	Membro do MRC Centro para Análise e Modelagem de Surtos Epidemiológicos, Departamento de Epidemiologia de Doenças Infecciosas, Imperial College of London (Londres, Reino Unido)	N/D	Não	Sim

TABELA 2 - COMITÊ DE EMERGÊNCIA RELATIVO À DISSEMINAÇÃO DO VÍRUS DA POLIOMIELITE

Comitê de Emergência relativo à Disseminação do Vírus da Poliomielite						
Fonte: https://www.who.int/groups/poliovirus-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Profa. Helen Rees (Presidente)	Sul-Africana	Médica pesquisadora, Mestre em Ciências Sociais e Políticas	Professora (OBE) e Diretora Executivo do Wit Reproductive Health and HIV Institute, Universidade de Witwaterstrand (Joanesburgo, África do Sul)	Sim	Não	Não
Dr. Stephen L. Cochi	Norte-Americano	Médico pediatra	Membro da Academia de Pedriatria dos EUA, da Sociedade de Doenças Pediátricas Infecciosas e da Sociedade de Epidemiologia dos EUA, e Assessor Sênior do Diretor do Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, CDC)	Não	Não	Não
Dr. Salah T. Al Awaidy	Omani	Médico, Mestre em Epidemiologia	Assessor para Doenças Transmissíveis em Assuntos de Saúde, Ministério da Saúde (Mascate, Omã)	Sim	Foi	Não

Dr. Yagob Yousef Al-Mazrou	Saudito	Médico, Doutor em Medicina	Ex-Secretário-Geral do Conselho de Saúde (Riad, Arábia Saudita)	Sim	Não	Sim
Dra. Vanessa Field	Inglesa	Médica	Vice-Diretora do Centro e da Rede Nacionais de Saúde em Viagens - NaTHNac (Londres, Reino Unido)		Não	Não
Dra. Olga E. Ivanova	Russa	Médica, Doutora em Virologia	Diretora em exercício do Instituto Mikhail Petrovich Chumakov para Poliomielite e Encefalite Virais, Centro Federal Científico Chumakov para Pesquisa e Desenvolvimento de Produtos Imunológicos e Biológicos da Academia Russa de Ciências (Moscou, Rússia)	Não	Não	Não
Profa. Rose Gana Fomban Leke	Camaronesa	Médica, Mestre em Virologia, Doutora em Virologia, especialista em imunologia e parasitologia	Ex-Chefe de Imunologia e Parasitologia da Faculdade de Medicina e Ciências Bioméidcas, Universidade de Iaundé (Camarões)	Sim	Não	Sim
Prof. John S. Mackenzie	Australiano	Doutor em Virologia, médico epidemiologista	Professor Emérito, Curtin University (Perth, Austrália)	Sim	Não	Não
Prof. Mahmudur Rahman	Bengalês	Médico epidemiologista, Psicólogo, Mestre em Psicologia, Doutor em Psicologia e Psicologia Desenvolvimental Cognitiva	Diretor do Instituto de Epidemiologia do Centro Nacional de Controle Doenças e Pesquisa, Ministério da Saúde e do Bem-Estar da Família (Daca, Bangladesh)	Sim	Não	Sim
Dr. Sayed Ataullah Saeedzai	Afegão	Médico, Mestre em Epidemiologia	Diretor-Geral do Sistema de Avaliação e Informação em Saúde, Ministério da Saúde Pública (Cabul, Afeganistão)	Sim	Sim	Não
Dr. Muhammad Salman	Paquistanês	Médico infectologista e patologista	Principal Oficial Científico do Departamento de Microbiologia e Virologia, Divisão de Laboratórios de Saúde Pública, Instituto Nacional de Saúde (Islamabad, Paquistão)	Sim	Não	Não

Prof. Oyewale Tomori	Nigeriano	Médico, Doutor em Virologia	Professor de virologia da Universidade de Ibadan e membro da Academia Nigeriana de Ciências (Ibadan, Nigéria)	Sim	Não	Não
Assesor						
Dr. Mark A. Pallansch	Norte-Americano	Bioquímico, Doutor em Bioquímica, Pós-Doutorado em Virologia	Diretor da Divisão de Doenças Virais do Centro de Imunizações e Doenças Respiratórias, Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Não	Não	Não
Ex-Membros						
Dr. Assad Hafeez	Paquistanês	Médico pediatra, Mestre em Epidemiologia, Doutor em Saúde Pública	Diretor Executivo da Academia de Serviços em Saúde (Islamabad, Paquistão)	Não	Não	Não
Dr. Anton M. van Loon	Holandês	Virologia	Ex-Chefe do Departamento de Virologia, University Medical Centre Utrecht (Utrecht, Países Baixos)	---	---	Sim
Dr. Khwaja Mir Islam Saeed	Afegão	Epidemiologia e Saúde Pública	Diretor de Vigilância do Ministério de Saúde Pública (Cabul, Afeganistão)	---	---	Não
Dr. Nasir Sani-Gwarzo	Nigeriano	---	Chefe dos Serviços de Saúde Portuários, Ministério Federal da Saúde (Abuja, Nigéria)	---	---	Não
Dra. Theresa Tam	Canadense	Médica especializada em doenças infecciosas pediátricas	Chefe do Escritório de Saúde Púbica do Canadá (Ottowa, Canadá)	Sim	Não	Não
Dr. Yu Wang	Chinês	Médico, Doutor em Virologia e Imunologia	Ex-Diretor-Geral do Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças (Pequim, China)	Sim	Não	Não
Dra. Annelies Wilder-Smith	Alemã	Médica, Mestre em Saúde Internacional, Doutora em Virologia	Professora da Escola de Medicina Lee Kong Chian, da Universidade Nanyang Technological (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Não	Não	Não

Dra. Jane Zuckerman	Inglesa	Médica, especialista em saúde de viajantes	Consultora para Medicina de Viagens, da Royal Free London Travel Health & Immunization Clinic, Foundation Trust (Londres, Reino Unido)	Não	Não	Não
Ex-Assessores						
Dr. Anthony Evans	Inglês	Médico, Doutor em Segurança da Aviação	Chefe da Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Montreal, Canadá)	Sim	Não	Não
Sr. John Rainford	Canadense	Comunicação de risco em emergências	Diretor do The Warning Project (Ottowa, Canadá)	Sim	Não	Não
Dr. Peter A. Singer	Canadense	Médico, Mestre em Endocrinologia, especialista em Bioética	Chefe Executivo do Grande Challenges Canada; Diretor do Sandra Rotman Centre da University Health Network; Professor de medicina da Universidade de Toronto (Toronto, Canadá)	Sim	Não	Não
Dra. Marsha L. Vanderford	Norte-Americana	Comunicadora, Mestre em Comunicação, Doutora em Comunicação	Ex-Diretora do Departamento de Comunicações da OMS (Genebra, Suíça)	Sim	Não	Não

TABELA 3 - COMITÊ DE EMERGÊNCIA RELATIVO AO SURTO DE EBOLA VÍRUS NA ÁFRICA ORIENTAL

Comitê de Emergência relativo ao Surto do Ebola Vírus na África Oriental						
Fonte: https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-west-africa-(2014-2015)-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Dr. Sam Zaramba (Presidente)	Ugandense	Médico	Cirurgião-Consultor-Sênior e Ex-Diretor-Geral dos Serviços de Saúde, Ministério da Saúde (Campala, Uganda)	Sim	Não	N/D
Prof. Robert Steffen (Vice-Presidente)	Suíço	Médico epidemiologista, infectologista e virologista	Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doenças Infecciosas do Centro Colaborador da OMS para a Saúde de Viajantes, Universidade de Zurique (Zurique, Suíça)	Sim	Não	N/D
Prof. Oyewale Tomori (Relator)	Nigeriano	Médico, Doutor em Virologia	Professor de virologia da Universidade de Ibadan e membro da Academia Nigeriana de Ciências (Ibadan, Nigéria)	Sim	Não	N/D
Dr. Abdullah Al-Assiri	Saudito	Médico epidemiologista e infectologista	Vice-Secretário Executivo do Ministério da Saúde para a Saúde Preventiva (Riad, Arábia Saudita)	Sim	Não	N/D

Prof. Chris Baggoley	Australiano	Médico veterinário e infectologista	Oficial-Chefe Médico do Departamento de Saúde do Governo Australiano (Camberra, Austrália)	Sim	Não	N/D
Profa. Lucille Blumberg	Sul-Africana	Médica especialista em microbiologia, infectologia e medicina de viagem	Vice-Diretora do Instituto Nacional de Doenças Transmissiveis, Serviços Nacional de Laboratórios em Saúde (Joanesburgo, África do Sul)	Sim	Não	N/D
Dr. Martin Cetron	Norte-Americano	Médico especialista em saúde global, migrações, doenças infecciosas emergentes, doenças tropicais e doenças preveníveis por vacinas	Diretor da Divisão de Migração e Quarentena, Centro Nacional de Doenças Infecciosas Emergentes e Zoonóticas, Centro para Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Sim	Não	N/D
Dr. Alain Epelboin	Francês	Médico antropologista, especialista em tratamentos tradicionais e povos indígenas da África Central	Pesquisador em Antropologia Médica, Centro Nacional de Pesquisa Científica e Museu Nacional de História Natural (Paris, França)	Sim	Não	N/D
Dr. Amara Jambai	Leonês	Médico especialsita em resposta a surtos, epidemiologia e vigilância de doenças infecciosas	Vice-Chefe Médica Oficial, Ministério da Saúde e Saneamento (Freetown, Serra Leoa)	Sim	Não	N/D
Prof. James LeDuc	Norte-Americano	Zoologista, Mestre em Doenças Infecciosas e Tropicais, Doutor em Epidemiologia	Diretor do Laboratório Nacional Gavelston, Seção Médica da Universidade do Texas (Galvestin, EUA)	Sim	Não	N/D

Dr. Fernando Otaiza	Chileno	Médico, Mestre em Epidemiologia	Coordenador do Programa Nacional de Controle de Infecções, Ministério da Saúde (Santiago, Chile)	Sim	Não	
Dr. Mark Salter	Inglês	Médico, especialista em doenças infecciosas, gestão de emergências de saúde pública, virologia e microbiologia	Consultor em Saúde Global da Public Health England (Londres, Reino Unido)	Sim	Não	
Dra. Theresa Tam	Canadense	Médica especializada em doenças infecciosas pediátricas	Chefe do Escritório de Saúde Pública do Canadá (Ottowa, Canadá)	Sim	Não	
Assessores						
Prof. William Ampofo	Ganês	Médico, pesquisador de virologia	Chefe do Departamento de Virologia, Instituto Memorial Noguchi para a Pesquisa Médica, Universdade de Gana (Acra, Gana)	Sim	Não	
Coronel (aposentado) Vincent Anami	Queniano	Militar especialista em segurança, gestão de desastres e operações de manutenção da paz	Representante Continental (África) do Centro para Desastres e Assistência Médica, Serviços Uniformizados da Universidade de Saúde e Ciências e Friends International Centre (Nairóbi, Quênia)	Sim	Não	
Dr. Vincent Covello	Norte-Americano	Epidemiologista, Mestre em Sociologia e Doutor em Psicologia	Diretor do Centro para Comunicação de Risco (Nova Iorque, EUA)	Não	Não	
Dr. Anthony Evans	Inglês	Médico, Doutor em Segurança da Aviação	Chefe da Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Montreal, Canadá)	Sim	Não	

Dr. Dirk Glaesser	Alemão	Banqueiro, Doutor pela Universidade de Lüneburg (Alemanha)	Diretor de Desenvolvimento Sustentável do Turismo, Organização Mundiao do Turismo (Madri, Espanha)	Sim	Não	
Dra. Maria João Martins	Portuguesa	Médica, Mestre em Saúde Pública e especialista em saúde do viajante	Assessora do Diretor-Geral de Saúde para a Saúde Internacional, Ministério da Saúde (Lisboa, Portugal)	Sim	Não	
Prof. Jean-Jacques Muyembe-Tamfum	Congolês	Médico microbiologista, conhecido pela descoberta do Ebola, e especialista em virologia, doenças infecciosas emergentes e reemergentes e resposta a surtos	Professor do Departamento de Microbiologia da Universidade de Kinshasa e Diretor-Geral do Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica (Kinshasa, República Democrática do Congo)	Sim	Não	
Prof. Michael Selgelid	Australiano	Engenheiro biomédico, Doutor em Filosofia, especialista em ética aplicada, bioética, ética da saúde pública e ética das doenças infecciosas	Diretor do Centro de Bioética Humana, Monash University (Melbourne, Austrália)	Sim	Não	
Capitão Andrew Winbow	Inglês	Militar, Mestre em Estudos Marítimos e especialista em direito do mar, segurança de embarcações e gestão de operações	Vice-Secretário Geral/Diretor da Divisão de Segurança Marítica, Organização Marítima Internacional (Londres, Reino Unido)	Não	Não	

TABELA 4 - COMITÊ DE EMERGÊNCIA RELATIVO À SÍNDROME RESPIRATÓRIA DO ORIENTE MÉDIO CAUSADA PELO CORONAVÍRUS (MERS-COV)

Comitê de Emergência relativo à Síndrome Respiratória do Oriente Médio causada pelo Coronavírus (MERS-CoV)						
Fonte: https://www.who.int/groups/mers-cov-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Prof. Chris Baggoley (Presidente)	Australiano	Médico veterinário, Pós-Graduado em medicina de emergências	Oficial-Médico Sênior do Departamento de Saúde do Governo da Austrália, Ministério da Saúde (Camberra, Austrália)	Não	Não	
Dra. Theresa Tam (Vice-Presidente)	Canadense	Médica especializada em doenças infecciosas pediátricas	Chefe do Escritório de Saúde Pública do Canadá (Ottowa, Canadá)	Sim	Não	
Dr. Salah T. Al Awaidy (Relator)	Omani	Médico, Mestre em Epidemiologia	Assessor de Doenças Transmissíveis para Assuntos de Saúde, Ministério da Saúde (Muscat, Omã)	Sim	Não	
Prof. Tjandra Aditama	Indonésio	Médico, Especialista em Medicina Tropical e Higiene, Especialista em Controle e Epidemiologia da Tuberculose, Mestre em Gestão Hospitalar, Doutor em Doenças Pulmonares	Diretor da Escola de Pós-Graduação, YARSI University (Jacarta, Indonésia)	Sim	Não	
Dr. Abdullah Al-Assiri	Saudito	Médico, especialista em doenças infecciosas	Vice-Secretário Executivo do Ministério da Saúde para a Saúde Preventiva (Riad, Arábia Saudita)	Não	Não	
Dr. Hussain Al Rand	Árabe Emiradense	Médico, Mestre em Otorrinolaringologia	Vice-Subsecretário para Centros e Clínicas de Saúde (Abu Dhabi, Emirados Árabes Unidos)	Não	Não	

Dr. Martin Cetron	Norte-Americano	Médico especialista em saúde global, migrações, doenças infecciosas emergentes, doenças tropicais e doenças preveníveis por vacinas	Diretor da Divisão de Migrações Globais e Quarentena do Centro Nacional para Doenças Infecciosas Emergentes e Zoonóticas, Centros para Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Sim	Não	
Profa. Claudia Gonzalez	Chilena	Médica, Magistério em Saúde Pública	Psicóloga e Pesquisadora do Centro de Epidemiologia e Políticas de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Clínica Alemana da Universidad del Desarrollo, e Diretora-Sócia do Epi-Sur Consultores (Santiago do Chile, Chile)	Não	Não	
Dr. Paata Imnadze	Georgiano	Médico, Doutor (em que?)	Chefe do Comitê Científico, Centro Nacional para o Controle de Doenças e Saúde Pública (Tblisi, Geórgia)	Sim	Nao	
Dra. Fadzilah Kamaludin	Malaia	Médica, Especializada em Saúde Pública, Mestre em Medicina da Saúde Pública	Chefe do Escritório do Vice-Diretor-Geral de Saúde (Saúde Pública) e Diretora do Programa de Inteligência Epidemiológica (Programa de Formação em Epidemiologia de Campo), Ministério da Saúde (Putrajaia, Malásia)	Sim	Não	
Dr. Bjørn-Inge Larsen	Norueguês	Médico, MBA	Secretário-Geral, Ministério da Saúde e Serviços de Atenção (Oslo, Noruega)	Sim	Não	
Dr. Ziad Memish	Saudito	Médico, conhecido por ser o "pai" da Medicina de Eventos de Massa e Controle de Infecções	Consultor Sênior sobre Doenças Infecciosas e Diretor do Centro de Pesquisa Kind Saud Medical City, Ministério da Saúde (Riad, Arábia Saudita)	Sim	Não	
Prof. Babacar Ndoye	Senegalês	Médico, Especialista em Microbiologia, Especialista em Epidemiologia	Consultor-Especialista Independente sobre Prevenção e Controle de Infecções e Resistência Antimicrobiana (Dacar, Senegal)	Sim	Não	

Prof. Mahmudur Rahman	Bengalês	Médico epidemiologista, Psicólogo, Mestre em Psicologia, Doutor em Psicologia e Psicologia Desenvolvimental Cognitiva	Diretor do Instituto de Epidemiologia, Controle e Pesquisa de Doenças e Centro Nacional de Influenza, Ministério da Saúde e do Bem-Estar da Família (Daca, Bangladesh)	Sim	Não	
Profa. Maha Talaat	Egípcia	Médica, Mestre e Doutora em Saúde Pública	Diretora da Unidade de Controle de Infecções e Vice-Diretora do Centro de Prevenção de Doenças, Detecção Global de Doenças e Resposta, Unidade Nr.3 de Pesquisa Médica Naval dos Estados Unidos da Américas (Cairo, Egito)	Sim	Não	
Prof. Oyewale Tomori	Nigeriano	Médico, Doutor em Virologia	Professor de Virologia e Membro da Academia Nigeriana de Ciências (Abuja, Nigéria)	Sim	Não	
Profa. Maria Zambon	Inglesa	Médica virologista, especializada em microbiologia, Doutora em Virologia	Diretora dos Serviços de Referência em Microbiologia, Public Health England (Londres, Reino Unido)	Sim	Não	
Assessores						
Dr. Anthony Evans	Inglês	Médico, Doutor em Segurança da Aviação	Chefe da Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Montreal, Canadá)			
Dr. Bernard Faye	Francês	Médico veterinário, Especialista em criação e medicina veterinárias em países tropicais, Especialista em Ecopatologia Animal, Doutor em Medicina Veterinária, fundador da rede internacional de camelídeos	Consultor da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), do Camel Project do Centro para Projetos em Agricutura (Al-Kharj, Arábia Saudita) e Cientista Sênior do Centro Francês de Pesquisa Agrícola para o Desenvolvimento Internacional (Roma, Itália)	Sim	Não	
Prof. David Shu-Cheong Hui	Chinês	Médico, Especialista em Insuficiência Respiratória, Gestão de Infecções Respiratórias Agudas Emergentes e em Doenças Aéreas Comuns	Professor de Medicina Respiratória e Diretor do Centro Stanley Ho para Doenças Infecciosas Emergentes, the Chine University of Hong Kong (Hong Kong, China)	Sim	Não	

Profa. Marion Koopmans	Holandesa	Médica veterinária, Doutora em Medicina Veterinária, Doutora em Doenças Infecciosas e Imunologia	Chefe do Departamento de Virologia, Erasmus Medical Centre (Roterdã, Países Baixos)	Sim	Não	
Dr. Malik Peiris	Chinês	Médico, Especialista em Saúde Pública e em Virologia, com interesse em vírus emergentes e na interface animais-humanos	Diretor da Escola de Saúde Pública e Presidente em Virologia; Co-Diretor do Laboratório de Referência H5 da OMS, the University of Hong Kong (Hong Kong, China)	Sim	Não	
Sra. Karen Tan	Cingaporense	Especialista em Comunicação de Risco	Diretora Sênior da Divisão de Comunicação Pública, Ministério das Comunicações e Informação (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Sim	Não	
Dra. Maria Van Kerkhove	Norte-Americana	Médica epidemiologista, especialista em vírus zoonóticos, vírus respiratórios e vírus emergentes e reemergentes, Mestre em Epidemiologia, Doutora em Epidemiologia de Doenças Infecciosas	Chefe da Força-Tarefa em Investigação de Surtos, Centro para Saúde Global, Instituto Pasteur (Paris, França)	Sim	Não	

Tabela 5 - Comitê de Emergência relativo aos clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com Zika vírus / Comitê de Emergência relativo ao Zika vírus e ao aumento observado de desordens neurológicas e malformações neurológicas

Comitê de Emergência relativo aos clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com Zika vírus / Comitê de Emergência relativo ao Zika vírus e ao aumento observado de desordens neurológicas e malformações neurológicas						
Fonte: https://www.who.int/groups/zika-virus-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Professor David L. Heymann (Presidente)	Norte-Americano	Médico epidemiologista, especialista em medicina tropical, Doutor em Ciências	Professor de Epidemiologia de Doenças Infecciosas da London School of Hygiene and Tropical Medicina (Londres, Reino Unido)	Sim	Não	Não
Dr. Fernando Althabe	Argentino	Médico obstetra, Mestre em Epidemiologia	Diretor do Departamento de Pesquisa em Saúde Materna e Infantil, Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária (Buenos Aires, Argentina)	Sim	Não	Não
Dra. Kalpana Baruah	Indiana	Médica entomologista, Doutora pela Gauhati University, Guwahati, Assam State, Índia	Diretora Adjunta do Programa Nacional de Controle de Doenças de Transmitidas por Vetores, Ministério da Saúde e do Bem-Estar da Família (Nova Délhi, Índia)	Sim	Não	Não
Dra. Silvia Bino	Albanesa	Médica, Doutora em Medicina e especialista em doenças infecciosas, microbiologia, epidemiologia de campo e saúde pública	Professora Associada de Doenças Infecciosas; Chefe do Departamento de Controle de Doenças Infecciosas, Instituto de Saúde Pública (Tirana, Albânia)	Sim	Sim	Não

Dr. Anthony Evans	Inglês	Médico, Doutor em Segurança da Aviação	Chefe da Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Montreal, Canadá)	Sim	Não	Não
Prof. David O. Freedman	Norte-Americano	Médico fisiologista, Doutor em Medicina Interna e Doenças Infecciosas, Pós-Doutorado em doenças parasitárias	Professor de Medicina e Epidemiologia, Universidade do Alabama (Birmingham, EUA)	Sim	Não	Não
Dr. Abraham Hodgson	Ganês	Médico, especialista em Saúde Pública, Doutor (?)	Diretor da Divisão de Pesquisa e Desenvolvimento, Serviço de Saúde de Gana (Acra, Gana)	Não	Não	Não
Dr. Nyoman Kandun	Indonésio	Médico, Mestre em Saúde Pública e especialista em epidemiologia de campo	Diretor do Programa de Formação em Epidemiologia de Campo (FETP) da Indonésia, Diretoria-Geral de Controle de Doenças e Saúde Ambiental, Ministério da Saúde (Jacarta, Indonésia)	Sim	Não	Não
Dra. Ghazala Mahmud	Paquistanesa	Médica, especialista em ginecologia e obstetrícia	Chefe do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Fazia Medical College (Islamabad, Paquistão)	Sim	Não	Não
Dr. K. U. Menon	Cingapuriano	Graduado em Comunicações e Gestão de Mídias, especialista em sócio-antropologia e pós-graduado em ciência política	Consultor Sênio, Ministério das Comunicações e Informações (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Não	Não	Não
Dr. Amadou Alpha Sall	Senegalês	Virologista, Doutor em Saúde Pública	Diretor do Instituto Pasteur de Dacar e Centro Colaborador da OMS para Arboviroses e Febres Virais Hemorrágicas (Dacar, Senegal)	Sim	Não	Não

Prof. Michael Selgelid	Australiano	Engenheiro biomédico, Doutor em Filosofia, especialista em ética aplicada, bioética, ética da saúde pública e ética das doenças infecciosas	Diretor do Centro para Bioética Humana, Monash University (Melbourne, Austrália)	Sim	Não	Não
Dra. Jennifer Erin Staples	Norte-Americana	Médica epidemiologista, Doutora em Epidemiologia Médica, Microbiologia e Imunologia	Epidemiologista-médica da Seção de Doenças Arboviróticas, Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores, Centro para Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Não	Não	Não
Dr. Pedro Fernando da Costa Vasconcelos	Brasileiro	Médico, Doutor em Medicina e Saúde, especialista em Microbiologia, Medicina Tropical e Patologia, com ênfase em Virologia	Diretor do Instituto Evandro Chagas; Diretor do Laboratório Nacional de Referência em Arboviroses, Instituto Nacional para Febres Hemorrágicas Virais (Ananindeua, Brasil)	Sim	Não	Não
Assessores						
Profa. Claudia Torres Codeço	Brasileira	Bióloga, Mestre em Engenharia Biomédica, Doutorado em Biologia Quantitativa, Pós-Doutorado em Epidemiologia Téórica, especialista em Dinâmica de Populações, com ênfase em Modelagem Matemática de Dinâmica de Doenças Transmissíveis,	Chefe do Programa de Computação Científica, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ (Rio de Janeiro, Brasil)	Não	Não	Não
Dra. Férechté Encha-Razavi	Francesa	Médica pediatra e patologista, especializada em embriologia e citogênese e em mal-formações cerebrais	Professora associada, Universidade de Paris-Déscarte e Consultora-Sênior dos Centros Pluridisciplinares de Diagnóstico Pré-Natal, Hospital Necker-Enfants Malades (Paris, França)	Não	Não	Não

Dr. Dirk Glaesser	Alemão	Banqueiro, Doutor pela Universidade de Lüneburg (Alemanha)	Diretor de Desenvolvimento Sustentável do Turismo, Organização Mundial do Turismo (Madri, Espanha)	Sim	Não	Não
Prof. Duane J. Gubler	Norte-Americano	Médico, epecialista em doenças transmitidas por insetos	Professor e Diretor-Fundador do Programa "Signature"de Pesquisa em Doenças Infecciosas Emergentes, Duke-Nus Graduate Medical School (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Sim	Não	Não
Dr. Kamran Khan	Canadense	Médico-cientista, especialista em saúde pública e medicina preventiva	Professor associado da Faculdade de Medicina, Divisão de Doenças Infecciosas, Universidade de Toronto, e clínico-cientista do Hospital St. Michael (Toronto, Canadá)	Não	Não	Não
Dr. Leonard Mboera	Tanzaniano	Médico veterinário, Mestre em Entomologia Aplicada à Veterinária e Doutor em Ecologia Química de Mosquitos	Cientista-pesquisador Chefe e Diretor de Informação Tecnológica e Comunicação, Instituto Nacional para a Pesquisa Médica (Dar es Salaam, Tanzânia)	Não	Não	Não
Dr. James Meegan	Norte-Americano	Médico virologista, Doutor em Microbiologia e Virologia, especialista em doenças infecciosas, vírus transmitidos por vetores e vírus de febres hemorrágicas	Instituto Nacional de Alergias e Doenças Infecciosas, Institutos Nacionais de Saúde, Escritório de Pesquisa Global (Bethesda, EUA)	Sim	Não	Não
Dra. Maria Mercedes Muñoz Ramírez	Colombiana	Médica cirurgiã, especialista em epidemiologia, Mestre em Saúde Pública	Coordenadora do Grupo de Vigilância em Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia e Demografia, Ministério da Saúde e do Bem-Estar (Bogotá, Colômbia)	Sim	Sim	Não
Dr. Rafael Obregón	Colombiano	Educador e pedagogo, Mestre em Relações Internacionais, Comunicação e Desenvolvimento, Doutor em	Chefe da Seção de Comunicação para o Desenvolvimento, Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (Nova Iorque, EUA)	Sim	Não	Não

		Comunicação de Massa				
Dra. Annelies Wilder-Smith	Alemã	Médica, Mestre em Saúde Internacional, Doutora em Virologia	Professor da Escola Lee Kong Chian de Medicina, Nanyang Technological University (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Sim	Não	Não

Tabela 6 - Comitê de Emergência relativo à Febre Amarela

Comitê de Emergência relativo à Febre Amarela						
Fonte: https://www.who.int/groups/yellow-fever-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Prof. Oyewale Tomori	Nigeriano	Médico, Doutor em Virologia	Professor de Virologia e Membro da Academia Nigeriana de Ciências (Abuja, Nigéria)	Sim	Não	Não
Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.	Brasileiro	Médico sanitarista e epidemiologista, Especialista em Saúde Pública e Epidemiologia, Mestre em Ciências Médicas, Doutor em Saúde Coletiva	Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasília, Brasil)	Sim	Não	Não
Dra. Kalpana Baruah	indiana	Médica	Diretora-Adjunta do Programa Nacional de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, Ministério da Saúde e do Bem-Estar da Família (Nova Délhi, Índia)	---	---	Não

Dr. Amadou Alpha Sall	Senegalês	Virologista, Doutor em Saúde Pública	Diretor do Instituto Pasteur de Dacar e Centro Colaborador da OMS para Arboviroses e Febres Virais Hemorrágicas (Dacar, Senegal)	Sim	Não	Não
Dra. Jennifer Erin Staples	Norte-Americana	Médica epidemiologista, Doutora em Epidemiologia Médica, Microbiologia e Imunologia	Médica epidemiologista da Seção de Doenças Arboviróticas, Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores, Centros para Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Sim	Não	Não
Dra. Denise Werker	Canadense	Médica, Mestre em Medicina Comunitária e Epidemiologia	Professora Associada Clínica da Escola de Medicina, Universidade de Saskatchewan (Regina, Canadá)	Não	Não	Não
Dr. Jianning Zheng	Chinês	---	Diretor do Escritório do Porto de Yong, Bureau de Inspeção de Entrada-Saída e Quarentena de Ningbo (Ningbo, China)	---	---	Não
Assessores						
Dra. Joanna Jordaan	Canadense	Médica	Chefe da Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Montreal, Canadá)	Sim	Não	Não
Dr. Thomas P. Monath	Norte-Americano	Médico, Especialista em Doenças Infecciosas	Chefe Científico e Oficial-Chefe de Operações	Não	Não	Não
Dr. Mohamed Nour	Catariano	Médico epidemiologista, Especialista em Comunicação de Risco, Doutor em Medicina Comunitária	Especialista em Saúde Pública, epidemiologista em Doenças Transmissíveis e especialista em Comunicação de Risco em Emergências no Centro de Proteção à Saúde e Controle de Doenças Transmissíveis (HP & CDC), Ministério da Saúde Pública (Doha, Catar)	Sim	Sim	Não

Tabela 7 - Comitê de Emergência relativo à Doença do Ebola Vírus na República Democrática do Congo (Equateur)

Comitê de Emergência relativo à Doença do Ebola Vírus na República Democrática do Congo (Equateur)						
Fonte: https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-equateur-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Prof. Robert Steffen (Presidente)	Norte-americano	Médico epidemiologista, infectologista e virologista	Professor e Chefe do Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doenças Infecciosas, Centro Colaborador da OMS para a Saúde de Viajantes, Universidade de Zurich (Zurich, Suíça)	Sim	Não	Não
Prof. Mapatano Mala Ali	Congolês	Médico, Mestre em Saúde Pública, Doutor em Saúde Pública,	Professor do Departamento de Epidemiologia e Nutrição, Universidade de Kinshasa (Kinshasa, Universidade da República Democrática do Congo)	Sim	Não	Não
Dra. Ximena Aguilera	Chilena	Médica especialista em Saúde Pública, Mestre em Saúde Pública com residência em Saúde Internacional	Diretora do Centro de Epidemiologia e Políticas de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade do Desenvolvimento (Santiago do Chile, Chile)	Sim	Não	Não
Profa. Lucille Blumberg	Sul-Africana	Médica especialista em microbiologia, infectologia e medicina de viagem	Vice-Diretora do Instituto Nacional para Doenças Infecciosas, Serviço Nacional de Laboratório de Saúde (Joanesburgo, África do Sul)	Sim	Não	Não

Dr. Martin Cetron	Norte-americano	Médico especialista em saúde global, migrações, doenças infecciosas emergentes, doenças tropicais e doenças preveníveis por vacinas	Diretor da Divisão de Migração Global e Quarentena, Centro Nacional de Doenças Infecciosas Emergentes e Zoonóticas, Centros para Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Sim	Não	Não
Dr Arlene King	Canadense	Médica certificada em Saúde da Família, Mestre em Ciências da Saúde, especialista em saúde pública, imunização, doenças infecciosas e preparação para pandemias e emergências	Consultora em Saúde Pública e Medicina Preventiva, Professora adjunta na Escola de Saúde Pública Dalla Lana, Universidade de Toronto (Toronto, Canadá)	Não	Não	Não
Prof. Babacar Ndoye	Senegalês	Médico, Especialista em Microbiologia, Especialista em Epidemiologia	Consultor-Especialista Independente sobre Prevenção e Controle de Infecções e Resistência Antimicrobiana (Dacar, Senegal)	Sim	Não	Sim
Prof. Mahmudur Rahman	Bengalês	Médico epidemiologista, Psicólogo, Mestre em Psicologia, Doutor em Psicologia e Psicologia Desenvolvimental Cognitiva	Diretor do Instituto de Epidemiologia do Centro Nacional de Controle Doenças e Pesquisa, Ministério da Saúde e do Bem-Estar da Família (Daca, Bangladesh)	Sim	Não	Sim
Prof. Michael Selgelid	Australiano	Engenheiro biomédico, Doutor em Filosofia, especialista em ética aplicada, bioética, ética da saúde pública e ética das doenças infecciosas	Diretor do Centro de Bioética Humana, Monash University (Melbourne, Austrália)	Sim	Não	

Sra. Karen Tan	Cingaporense	Especialista em Comunicação de Risco	Diretora Sênior da Divisão de Comunicação Pública, Ministério das Comunicações e Informação (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Sim	Não	
Dra. Marsha L. Vanderford	Norte-Americana	Comunicadora, Mestre em Comunicação, Doutora em Comunicação	Ex-Diretora do Departamento de Comunicações da OMS (Genebra, Suíça)	Sim	Não	Não
Assessores						
Prof. Jon S. Abramson	Norte-Americano	Médico, especialista em doenças infecciosas, pediatria, medicina esportiva, toxicologia e endrocrinologia pediátrica	Professor do Departamento de Pediatrica, Wake Forest Baptist Health, Hospital Brenner Children's (Winston-Salem, EUA)	Sim	Não	Não
Prof. Rémy Bazenguissa-Ganga	Congolês	Sociólogo e Antropólogo, Doutor (???)	Diretor de Estudos do Instituto dos Mundos Africanos (Paris, França)	Não	Não	Não
Dra. Joanna Jordaan	Canadense	Médica, especialista em medicina de viagem	Chefe, Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Ottowa, Canadá)	Sim	Não	Não
Dr. Rinat Maksyutov	Russo	Biólogo, Mestre em Biologia, Doutor em Biologia Molecular, especializado em Virologia e Biotecnologia de Vetores	Diretor-Geral da Instituição Federal de Pesquisa Orçamentária, Centro Estatal de Pesquisa em Virologia e Biotecnologia VECTOR, Serviço Federal para a Vigilância sobre a Proteção dos Direitos do Consumidor e Bem-Estar Humano (Kolstovo, Federação Russa)	Sim	Não	Não
Dr. Alain Epelboin	Francês	Médico e Etnólogo, especializado em antropologia do corpo, da doença, das calamidades e das curas	Pesquisador em Atropologia Médica do Centro Nacional de Pesquisa Científica e Museu de História Nacional (Paris, França)	Sim	Não	Não

Tabela 8 - Comitê de Emergência relativo à Doença do Ebola Vírus na República Democrática do Congo (Kivu e Ituri)

Comitê de Emergência relativo à Doença do Ebola Vírus na República Democrática do Congo (Kivu e Ituri)						
Fonte: https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-kivu-and-ituri-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Prof. Robert Steffen (Presidente)	Norte-americano	Médico epidemiologista, infectologista e virologista	Professor e Chefe do Departamento de Epidemiologia e Prevenção de Doenças Infecciosas, Centro Colaborador da OMS para a Saúde de Viajantes, Universidade de Zurich (Zurich, Suíça)	Sim	Não	Não
Dr. Preben Aavitsland	Noruguês	Médico epidemiologista e infectologista	Consultor-Sênior e Professor no campo da prevenção de doenças infecciosas, saúde e ambiente, Instituto Noruguês de Saúde Pública (Oslo, Noruega)	Sim	Não	Não
Profa. Lucille Blumberg	Sul-Africana	Médica especialista em microbiologia, infectologia e medicina de viagem	Vice-Diretora do Instituto Nacional para Doenças Infecciosas, Serviço Nacional de Laboratório de Saúde (Joanesburgo, África do Sul)	Sim	Não	Não
Dr. Abdoulaye Bousso	Senegalês	Médico, especialista em gestão de desastres e de emergências sanitárias, cirurgia ortopédica e de traumas	Diretor do Centro de Operações de Emergências de Saúe do Senegal (Dacar, Senegal)	Sim	Não	Não

Dr. Martin Cetron	Norte-americano	Médico especialista em saúde global, migrações, doenças infecciosas emergentes, doenças tropicais e doenças preveníveis por vacinas	Diretor da Divisão de Migração Global e Quarentena, Centro Nacional de Doenças Infecciosas Emergentes e Zoonóticas, Centros para Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Sim	Não	Não
Dra. Joanna Jordaan	Canadense	Médica, especialista em medicina de viagem	Chefe, Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Ottowa, Canadá)	Sim	Não	Não
Prof. Jean-Jacques Muyembe-Tamfum	Congolês	Médico microbiologista, conhecido pela descoberta do Ebola, e especialistaem virologia, doenças infecciosas emergentes e reemergentes e resposta a surtos	Professor do Departamento de Microbiologia, Universidade de Kinshasa, e Diretor-Geral do Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica (Kinshasa, República Democrática do Congo)	Sim	Não	Não
Dr. Brian McCloskey	Inglês	Trabalha com saúde pública, segurança da saúde global, planejamento para emergência e eventos de massa, especialmente em Jogos Olímpicos	Consultor Sênior e Membro do Centro da Chatam House sobre Segurança da Saúde Global (Londres, Reino Unido)	Sim	Não	Não
Sra. Olubunmi Ojo	Nigeriana	Microbióloga, especialista em saúde pública, com capacitação em epidemiologia, vacinas, promoção da saúde e saúde preventiva	Ex-Diretora de Vigilância em Saúde, Centro Nigeriano para o Controle de Doenças (Abuja, Nigéria)	Sim	Sim	Não
Dr. Jean-Marie Okwo-Bele	Congolês	Médico, Mestre em Saúde Pública, especializado em políticas de vacinações	Consultor independente em Saúde Pública (Kinshasa, República Democrática do Congo)	Sim	Não	Não
Profa. Helen Rees	Sul-Africana	Médica pesquisadora, Mestre em Ciências Sociais e Políticas	Professora (OBE), Diretora-Executiva, Instituto Wits para a Saúde Reprodutiva e HIV, Universidade de Witwaterstrand (Joanesburgo, África do Sul)	Sim	Não	Não

Prof. Samba Sow	Malinês	Médico, Mestre em Epidemiologia	Professor de Medicina, Diretor-Geral do Centro para o desenvolvimento de vacinas do Mali, Centro Nacional de Apoio à Luta Contra a Doenças (Bamako, Mali)	Não	Não	Não
Dra. Marsha L. Vanderford	Norte-Americana	Comunicadora, Mestre em Comunicação, Doutora em Comunicação	Ex-Diretora do Departamento de Comunicações da OMS (Genebra, Suíça)	Sim	Não	Não
Assessores						
Dra. Juliet Bedford	Inglesa	Antropológa,especializada em contextos em desenvolvimento, Estados frágeis e situações humanitárias e emergenciais, Doutora em Antropologia	Diretora de Antropologia da Escola de Antropologia, Universidade de Oxford (Oxford, Reino Unido)	Sim	Não	Não
Dr. Chikwe Ihekweazu	Nigeriano	Médico epidemiologista em doenças infecciosas, Mestre em Saúde Pública, Especialista em Saúde Pública	Diretor-Geral do Centro para o Controle de Doenças da Nigéria (Abuja, Nigéria)	Sim	Não	Não
Prof. Sylvain Landry Faye	Senegalês	Sócio-Antropólogo, Mestre em Sociologia e Antropologia, Doutor em Antropologia da Saúde, Pós-Doutorado em Sociologia da Saúde e Saúde Comunitária, Pós-Doutorado em Antropologia Geral	Sócio-Antropólogo, Professor-Pesquisador do Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras e Ciências Humanas (FLSH), Universidade Cheikh Anta DIOP - UCAD (Dacar, Senegal)	Não	Não	Não
Dr. Rinat Maksyutov	Russo	Biólogo, Mestre em Biologia, Doutor em Biologia Molecular, especializado em Virologia e Biotecnologia de Vetores	Diretor-Geral da Instituição Federal de Pesquisa Orçamentária, Centro Estatal de Pesquisa em Virologia e Biotecnologia VECTOR, Serviço Federal para a Vigilância sobre a Proteção dos Direitos do Consumidor e Bem-Estar Humano (Kolstovo, Federação Russa)	Sim	Não	Não

Dr. Carlos Navarro Colorado	Espanhol	Médico, Mestre em Medicina Tropical, Doutor em Medicina e Nutrição	Assessor principal sobre Emergências em Saúde Pública, delegado pelo Diretor Executivo do UNICEF	Não	Não	Não
David Gressly	Norte-americano	Economista, MBA em Finanças Internacionais	Coordenador da ONU para a Resposta à Emergência do Ebola - EERC (Nova Iorque, EUA)	Não	Não	Não

Tabela 9 - Comitê de Emergência relativo ao surto do novo coronavírus 2019-nCoV / Comitê de Emergência relativo à pandemia da doença do coronavírus

Comitê de Emergência relativo ao surto do novo coronavírus 2019-nCoV / Comitê de Emergência relativo à pandemia da doença do coronavírus						
Fonte: https://www.who.int/groups/covid-19-ihr-emergency-committee						
Membros	**Nacionalidade**	**Formação e/ou área de atuação principais**	**Atividade principal atual**	**Atuou antes na OMS**	**Ponto Focal Nacional do RSI**	**Declarou Interesse**
Dr. Didier Houssin (Presidente)	Francês	Médico cirurgião, especialista em transplante do fígado, imunologia dos transplantes e terapia genômica	Presidente da Assistance Publique Hôpitaux (AP-HP) International, subsidiária da AP-HP de Paris (Paris, França)	Sim	Não	Não
Dr. Martin Cetron	Norte-americano	Médico especialista em saúde global, migrações, doenças infecciosas emergentes, doenças tropicais e doenças preveníveis por vacinas	Diretor da Divisão de Migração Global e Quarentena, Centro Nacional de Doenças Infecciosas Emergentes e Zoonóticas, Centros para Controle e Prevenção de Doenças - CDC (Atlanta, EUA)	Sim	Não	Não
Dra. Adelle Chang On	Trinitina	Médica, Mestre em Saúde Pública	Oficial Médico de Condado, Ministério da Saúde (Porto da Espanha, Trinidade e Tobago)	Sim	Sim	Não
Dr. Supamit Chunsuttiwat	Tailandês	Médico, Especialista em Epidemiologia de Campo e Controle de Doenças Transmissíveis, Mestre em Saúde Pública, Doutor em Medicina	Assessor do Departamento de Controle de Doenças, Ministério da Saúde Pública (Banguecoque, Tailândia)	Sim	Não	Não
Dr. Vladimir Dubyanskiy	Russo	Médico, Mestre em Biologia, Doutor em Zoologia, especializado em epizootologia, epidemiologia zoonótica e modelagem matemática de surtos de doenças zoonóticas	Chefe do Departamento de Monitoramento e Previsão Epizoótica, Instituto de Pesquisa em Controle de Pragas (Stravopol, Federação Russa)	Sim	No	Não

Dra. Youngmee Jee	Sul-Coreana	Médica microbiologista, Doutora em Virologia	Oficial Executiva, Chefe do Instituto Pasteur (Seul, República da Coreia)	Sim	Não	Não
Dr. Nyoman Kandun	Indonésio	Médico, Mestre em Saúde Pública, Especialista em Epidemiologia de Campo	Diretor do Programa de Formação em Epidemiologia de Campo (FETP) da Indonésia, Diretoria-Geral de Controle de Doenças e Saúde Ambiental, Ministério da Saúde (Jacarta, Indonésia)	Sim	Não	Não
Dr. Hiroshi Kida	Japonês	Médico, Doutor em Virologia, especializado em ecologia e patogenicidade de vírus de influenza em natura, aves e mamíferos incluindo seres humanos, e nos mecanismos de emergência de variantes de vírus de influenza em aves, animais domésticos e humanos	Professor da Universidade de Hokkaido e Chefe do Centro Colaborador para Pesquisa em Controle e Prevenção de Doenças Infecciosas da Universidade de Nagasaki (Hokkaido, Japão)	Sim	Não	Não
Profa. Marion Koopmans	Holandesa	Médica veterinária, Doutora em Medicina Veterinária, Doutora em Doenças Infecciosas e Imunologia	Chefe do Departamento de Virologia, Erasmus Medical Centre (Roterdã, Países Baixos)	Sim	Não	Não
Profa. Rose Gana Fomban Leke	Camaronesa	Médica, Mestre em Virologia, Doutora em Virologia, especialista em imunologia e parasitologia	Ex-Chefe de Imunologia e Parasitologia da Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade de Iaundé (Iaundé, Camarões)	Sim	Não	Não
Prof. Wannian Liang	Chinês	Médico epidemologista	Professor e Vice-Presidente Executivo da Vanke School of Public Health, Universidade Tsinghua (Pequim, China)			

Prof. John S. Mackenzie	Australiano	Doutor em Virologia, médico epidemiologista	Professor Emérito da Universidade de Curtin (Perth, Austrália)	Sim	Não	Não
Dr. Brian McCloskey	Inglês	Trabalha com saúde pública, segurança da saúde global, planejamento para emergência e eventos de massa, especialmente em Jogos Olímpicos	Consultor Sênior e Membro do Centro Chatam House sobre Segurança da Saúde Global (Londres, Reino Unido)	Sim	Não	Não
Dr. Ziad Memish	Saudito	Médico, Especialista em Doenças Infecciosas, pioneiro em Medicina de Eventos de Massa e Controle de Infecções	Consultor Sênior sobre Doenças Infecciosas e Diretor do Centro de Pesquisa da King Saud Medical City, Ministério da Saúde (Riad, Arábia Saudita)	Sim	Não	Não
Dr. Palliri Ravindran	Indiano	Médico especialista em Saúde da Família,	Diretor da Divisão de Alívio de Emergências Médicas, Ministério da Saúde (Nova Délhi, Índia)	Sim	Sim	Não
Profa. Helen Rees (Presidente)	Sul-Africana	Médica pesquisadora, Mestre em Ciências Sociais e Políticas	Professora (OBE) e Diretor Executivo do Wit Reproductive Health and HIV Institute, Universidade de Witwaterstrand (Joanesburgo, África do Sul)	Sim	Não	Não
Dr. Muhammad Salman	Paquistanês	Médico infectologista e patologista, especialista em gestão de riscos biológicos, biossegurança, controle de infecções por resistência antimicrobiana, controle de qualidade e vigilância	Principal Oficial Científico do Departamento de Microbiologia e Virologia, Divisão de Laboratórios de Saúde Pública, Instituto Nacional de Saúde (Islamabad, Paquistão)	Sim	Não	Não
Sra. Karen Tan	Cingapuriana	Especialista em Comunicação de Risco	Diretora Sênior, Divisão de Comunicação Pública, Ministério das Comunicações e Informação (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Sim	Não	Não
Dra. Denise Werker	Canadense	Médica, Mestre em Medicina Comunitária e Epidemiologia	Professora Associada Clínica, Escola de Medicina,	Sim	Não	Não

			Universidade de Saskatchewan (Regina, Canadá)			
Assessores						
Dr. Steve Ahuka	Congolês	Médico, Mestre em Medicina Tropical, Especialista em Biologia Médica, Doutor em Ciências Biomédicas, especializado em diversidade genética viral e diagnóstico, epidemiologia molecular viral e vigilância de vírus emergentes na interface animal-humana	Chefe do Departamento de Virologia, Instituto Nacional de Pesquisa Biomédica (Kinshasa, República Democrática do Congo)	Não	Não	Não
Dr. Etienne Bonbon	Francês	Médico veterinário, Mestre em Epidemiologia Humana e Animal	Assessor Veterinário Sênior, EMC-AH, Serviço de Saúde Animal, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura - FAO (Roma, Itália)	Sim	Não	Não
Dra. Heike Deggim	Alemã	Engenheira marítima, Mestre em Engenheria Marítima, Doutora em Tecnologias de Pesca	Diretora da Divisão de Segurança Marítica, Organização Marítima Internacional (Londres, Reino Unido)	Não	Não	Não
Dr. Dirk Glaesser	Alemão	Banqueiro, Doutor pela Universidade de Lüneburg (Alemanha)	Diretor de Desenvolvimento Sustentável do Turismo, Organização Mundiao do Turismo (MaDr.i, Espanha)	Sim	Não	Não
Dr. Keith Hamilton	Inglês	Médico veterinário, especializado em saúde internacional, Mestre em Doenças Infecciosas, Mestre em Controle de Doenças Infecciosas, especializado em gestão de emergências, melhoria da preparação para pandemias, doenças infecciosas emergentes e nno desenvolvimento de	Chefe do Departamento de Preparação e Resliência, Organização Mundial da Saúde Animal - OIE (Paris, França)	Sim	Não	Ñão

		estratégias globais para a redução de ameaças biológicas				
Dr. Chikwe Ihekweazu	Nigeriano	Médico epidemologista, especializado em doenças infecciosas e em emergências sanitárias	Diretor-Geral do Centro para o Controle de Doenças da Nigéria (Abuja, Nigéria)	Sim	Não	Não
Dra. Joanna (Ansa) Jordaan	Canadense	Médica, especialista em medicina de viagem	Chefe da Seção de Medicina da Aviação, Organização Internacional de Aviação Civil (Montreal, Canadá)	Sim	Não	Não
Dr. Palitha Karunapema	Cingalês	Médico cirurgião, especializado em saúde pública e em segurança sanitária	Diretor de Quarentena, Ministério da Saúde, Nutrição e Medicina Indígena (Colombo, Sri Lanka)	Não	Sim	Não
Dr. Khalil Mohammad Khalil	Jordaniano	Médico da aviação	Chefe de Medicina da Aviação do Departamento Jordaniano de Aviação Civil, Comissão Regulatória (Amã, Jordânia)	Sim	Não	Não
Dr. Malik Peiris	Chinês	Médico, Especialista em Saúde Pública e em Virologia, com interesse em vírus emergentes e na interface animais-humanos	Diretor da Escola de Saúde Pública e Presidente em Virologia; Co-Diretor do Laboratório H5 de Referência da OMS, Universidade de Hong Kong (Hong Kong, China)	Sim	Não	Não
Dr. David Powell	Neo-Zelandês	Médico, Especialista em Medicina Ocupacional e Medicina de Viagem	Oficial Médico Sênior da Associação Internacional de Transporte Aéreo - IATA (Auckland, Nova Zelândia)	Não	Não	Não

Dr. Anders Tegnell	Sueco	Médico, Mestre em Epidemiologia, Doutor em Medicina. Foi o cara que mandou os suecos não tomarem atitude nenhuma na pandemia e, no H1N1, vacinou 5 milhões de suecos e causou narcolepsia em crianças.	Diretor de Políticas e Diretrizes Baseadas em Evidências, Agência de Saúde Pública (Estocolmo, Suécia)	Sim	Sim	Não
Ex-membros						
Prof. Stuart D. Blacksell	Inglês	Médico, Mestre em Saúde Pública, Doutor em Microbiologia, especialista em biossegurança, biossegurança em laboratórios de saúde humana e animal e no diagnóstico de doenças tropicais	Professor da Unidade Mahidol-Oxford de Pesquisa em Medicina Tropical da Tailândia e do Departamento Nuffield de Medicina da Universidade de Oxford (Oxford, Reino Unido)	Sim	Não	Não
Prof. Babacar Ndoye	Senegalês	Médico, Especialista em Microbiologia, Especialista em Epidemiologia	Consultor-Especialista Independente sobre Prevenção e Controle de Infecções e Resistência Antimicrobiana (Dacar, Senegal)	Sim	Não	Não
Prof.Linfa Wang	Cingapuriano	Engenheiro mecânico, Doutor em Biologia Molecular e Medicina	Diretor do Programa de Doenças Infecciosas Emergentes da Escola de Medicina, Duke-National University of Singapore (Cidade de Cingapura, Cingapura)	Sim	Não	Não
Ex-Assessores						
Dra. Lucia Alonso	Uruguaia	Médica epidemiologista, Especialista em Saúde Internacional, Especialista em Medicina Tropical, Mestre em Doenças Infecciosas, especializada Higiene e em Medicina de VIagem	Ex-Vice-Diretora do Departamento de Epidemiologia da Direção-Geral para a Saúde, Ministério da Saúde (Montevidéu, Uruguai)	Sim	Não	Não

Dr. Denis Coulombier	Francês	Médico, Especialista em Doenças Tropicais e Saúde Pública	Ex-Chefe da Unidade de Apoio à Preparação e Resposta, Ccentro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças (Estocolmo, Suécia)	Sim	Não	Não
Dra. Theresa Tam	Canadense	Médica especializada em doenças infecciosas pediátricas	Chefe do Escritório de Saúde Púbica do Canadá (Ottowa, Canadá)	Sim	Não	Não

Tabela 10 - Recorrências

	MEMBRO DO CE	Gripe A H1N1	Poliomielite	Ebola 2014-2015	MERS-CoV	Zika	Febre Amarela	Ebola DRC Equateur	Ebola DRC Kivu-Ituri	covid-19
1	Amadou Alpha Sall									
2	Annelies Wilder-Smith									
3	Anthony Evans									
4	Babacar Ndoye									
5	Brian McCloskey									
6	Denise Werker									
7	Dirk Glaesser									
8	Helen Rees									
9	Jean-Jacques Muyembe-Tamfum									
10	Jennifer Erin Staples									
11	Joanna Jordaan									
12	John S. Mackenzie									
13	Karen Tan									
14	Lucile Blumberg									
15	Mahmudur Rahman									
16	Malik Peiris									
17	Maria Zambon									
18	Marion Koopmans									
19	Marsha L. Vanderford									
20	Martin Cetron									
21	Michael Selgelid									
22	Muhammad Salman									
23	Nyoman Kandun									
24	Oyewale Tomori									
25	Rinat Maksyutov									
26	Robert Steffen									
27	Rose Gana Fomban									
28	Salah T. Al Awaidy									
29	Theresa Tam									

ANEXO III - Declarações dos Comitês de Emergências

Tabela 11 - Comitê de Emergência de Saúde Pública sobre a pandemia de Gripe A (H1N1) 2009

INÍCIO	FIM	REUNIÕES	DATAS	RECOMENDAÇÕES
25/04/2009	10/08/2010	9 (nove)	25/04/2009	Foram identificadas diversas lacunas no conhecimento sobre as características clínicas, a epidemiologia e a virologia dos casos reportados, assim como as resposta adequadas. O CE concordou que o evento constituía uma ESPII e orientou a DG a recomendar que todos os países intensificassem a vigilância para surtos incomuns de doenças semelhantes à influenza e de pneumonias severas. **O Comitê concordou que a situação constituía uma ESPII, recomendação acatada pela DG-OMS.**
			27/04/2009	O CE considerou dados sobre possíveis surtos de influenza suína A/H1N1 nos EUA, no México e no Canadá e a possível disseminação para outros países. O CE recomendou que a DG elevasse o alerta para pandemia de influenza da fase 3 para fase 4, com base em dados epidemiológicos que indicavam transmissão humano-humano e a habilidade de o vírus causar surtos em nível comunitário. A DG considerou que a contenção do vírus não era possível e que o foco deveria ser em medidas de mitigação. Recomendação de não fechar fronteiras ou restringir o tráfego internacional, mas de que fosse avaliada a possibilidade de viagens internacionais serem adiadas. A DG avaliou que a produção de vacinas contra a influenza fosse continuada e que era preciso desenvolver uma vacina para o vírus A/H1N1. **Não houve referência direta à manutenção da ESPII nem ao encerramento da Emergência.**
			05/06/2009	O CE se reuniu quando a **pandemia já estava em fase 5**. Manteve as recomendações de intensificação da vigilância de doenças similares à influenza e de pneumonias severas; de não fechar fronteiras ou restringir o tráfego internacional; e de continuar a produção de vacinas contra a influenza. **Não houve referência direta à manutenção nem ao encerramento da ESPII**.
			11/06/2009	O CE se reuniu quando **a pandemia já estava em fase 6**, considerada de **severidade moderada** globalmente. Mantém-se a recomendação de não fechar fronteiras ou restringir o tráfego e o comércio internacionais. **Nova recomendação de os países avaliarem a possibilidade de transição de esforços de "contenção" para medidas de "mitigação", incluindo intervenções não-farmacológicas apropriadas.** OMS estava em **contato estreito com produtores de vacina** sazonal para influenza e para **ampliar a capacidade de produção**. **Não houve referência direta nem à manutenção nem ao encerramento da ESPII.**
			23/09/2009	O CE concordou sobre a manutenção das três recomendações temporárias: não fechar fronteiras ou restringir o tráfego e o comércio internacionais; e adiar viagens internacionais e buscar assistência médica se doente depois de viagem. A declaração menciona explicitamente a manutenção da ESPII, baseada nas recomendações do CE.

			26/11/2009	O CE concordou sobre a manutenção de apenas duas das três recomendações temporárias: uma vez que a pandemia já estava disseminada globalmente, não haveria mais razão científica para adiar viagens internacionais como meio de reduzir a disseminação da infecção (embora considerassem prudente que cada indivíduo avaliasse o adiamento por razões pessoais). A DG avaliou que era prudente manter a terceira recomendação: adiar viagens internacionais. A declaração faz referência à manutenção da ESPII, com base nas recomendações do CE.
			23/02/2010	O CE avaliou que haveria um **declínio da pandemia ou baixa atividade pandêmica** em vários países, mas que haveria **nova atividade de transmissão em nível comunitário** no Oeste da África. Preocupação com **o inverno no Hemisfério Sul**, com **muitas incertezas sobre ondas generalizadas adicionais**. A DG resolver manter a fase 6 da pandemia e continuar a monitorar a situação e seus desdobramentos. Com base na orientação do CE, **as três recomendações foram mantidas, embora a segunda recomendação tenha sido atualizada para "manter" os esforços de vigilância. A declação faz referência à manutenção da ESPII, com base nas recomendações do CE.**
			01/06/2010	O CE avaliou que as áreas de preocupação eram a África e o Hemisfério Sul, particularmente partes do Caribe e do Sudeste Asiático, que estavam experimentando um baixo nível de ressurgimento de casos depois de intensa atividade em junho de 2009. Nas zonas temperadas, não houve aumento da atividade da influenza acima do patamar da pandemia, e que a atividade da pandemia de influenza tinha baixado no continente africano. Concordaram que o período mais intenso da pandemia havia passado, embora a vigilância em todos os países permanecesse crítica. A DG registrou que o Secretariado estava trabalhando na divulgação pública dos nomes dos membros do CE, por razões de transparência e de controle do conflito de interesses. Não há referência nem à manutenção nem ao encerramento da ESPII.
			10/08/2010	O CE avaliou as informações de que vários países estavam atravessando a estação de inverno da influenza, com transmissão ativa intensa em alguns locais. O CE **considerou que a influenza estava transitando para padrões de transmissão sazonais em todo o mundo**, que surtos fora de época não estavam mais sendo observados, que a taxa de transmissão em 2010 estava muito mais baixa do que em 2009 e que era possível que o vírus circulasse por alguns anos ainda, na forma sazonal. Avaliaram que **a situação não constituía mais um evento extraordinário que exigisse ações emergenciais em escala internacional e, portanto, não constituía mais uma ESPII, e que as recomendações fossem encerradas**. Recomendaram, no entanto, que medidas de resposta a surtos fossem adotadas e que a vigilância de doenças relacionadas à influenza fosse mantida, sobretudo o uso de vacinas. **A DG acata as recomendações do CE e declara a ESPII encerrada**. Os nomes, filiações e as declarações de interesses dos membros do CE seriam publicados.

Tabela 12 - Comitê de Emergência de Saúde Pública sobre a disseminação do vírus da poliomielite

05/05/2014	Em curso	29 (vinte e nove)	26-28/04/2014	CE se reúne em função da endemia e da importação de poliovírus no Afeganistão, nos Camarões, na Guiné Equatorial, na Etiópia, em Israel, na Nigéria, no Paquistão, na Somália e na República Árabe da Síria, assim como devido à disseminação internacional do poliovírus selvagem, no contexto da erradicação global da pólio**.** O CE avalia que **a disseminação internacional da pólio em 2014 constituía um "evento extraordinário" e que era necessária uma resposta internacional coordenada. A situação contrastava com a cessação próxima de disseminação internacional observada entre 2012 e 2013, que a situação poderia escalar para um possível fracasso da erradicação global se não fosse controlada. O CE avalia que as condições para declaração de uma ESPII foram alcançadas.** Preocupação com países livre da poliomielite, mas em situações de conflito, assim como Estados fragilizados e que os serviços de imunização pudessem ser comprometidos. **Recomendaram a aplicação de estratégias de erradicação da pólio, especificamente campanhas de imunização suplementar com a vacina oral da pólio (VOP), vigilância para o poliovírus e imunização de rotina. Os países afetados deveriam adotar as seguintes medidas: declarar oficialmente que a interrupção da transmissão do poliovírus era uma emergência de saúde pública nacional; assegurar que todos os residentes e visitantes de longo prazo recebessem uma dose de VOP entre 4 e 12 meses antes de viagens internacionais; assegurar que aqueles que farão viagens urgentes e que não foram vacinados, recebam uma dose de VOP pelo menos até o momento da partida; assegurar que os viajantes recebam um Certificado de Vacinação ou Profilaxia de acordo com o Anexo 6 do RSI; e manter essas medidas até que os seguintes critérios sejam alcançados: (i) pelo menos 6 meses tenham passado sem novas exportações; e (ii) que fosse apresentada documentação da aplicação total de atividades de erradicação de alta qualidade em todas as áreas afetadas e alto risco**. Todo país livre da poliomielite que se tornasse infectado pelo vírus selvagem deveria adotar essas medidas imediatamente. A DG da OMS deveria assegurar uma avaliação internacional da resposta ao surto dentro de 1 (um) mês da confirmação do primeiro caso. **A DG acatou as recomendações do CE e declarou que o evento representava uma ESPII.**
			31/07/2014	O CE avaliou que o evento ainda constituía uma ESPII, sobretudo em função do surgimento de uma estação de alta transmissão da pólio, com disseminação internacional do vírus selvagem na Ásia Central e com o surgimento de um poliovírus da África Central nas Américas (ocorrência de caso em São Paulo, Brasil). A disseminação internacional do poliovírus em 2014 continuava a ameaçar os esforços de erradicação em andamento. O CE avaliou que a **adoção das recomendações temporárias continuava incompleta** e que eram necessários esforços adicionais para operacionaliar procedimentos de emergência nacionais, assim como para melhorar a cobertura vacinal de viajantes internacionais e assegurar estratégias de erradicação de acordo com padrões internacionais em todas as áreas afetadas e de alto risco.

			2-7/11/2014	O CE avaliou que a disseminação internacional do poliovírus selvagem ainda continuava, com pelo menos 3 exportações do Paquistão para o Afeganistão (sem outras exportações entre outros países). **O risco de disseminação internacional do Paquistão havia aumentado**, por força do aumento do número de casos e pela ausência de melhoria nos fatores de transmissão do país. O CE considerou que a adoção das recomendações temporárias continuava incompleta e que os sistemas de imunização continuavam a piorar, sobretudo nos países em risco de conflitos. O CE considerou que **o evento ainda constituía uma ESPII e recomendou que o Paquistão impedisse a partida de qualquer viajante não vacinado contra a poliomielite.** A DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.
			17/02/2015	O CE avaliou que a disseminação internacional do poliovírus selvagem ainda continuava, com uma nova exportação do Paquistão para o Afeganistão (embora tenha havido um declínio sazonal do número de casos reportados). O Paquistão teria adotado medidas de controle, mas a situação interna não havia mudado suficientemente. **Embora não houvesse registro de outros casos de poliovírus selvagem, a possibilidade de disseminação internacional permanecia uma ameaça global, piorada pela expansão das áreas em conflito, particularmente no Oriente Médio e na África Central**. O CE avaliou que a disseminação da pólio ainda constituía uma ESPII. **O CE adotou uma nova categoria de países: Estados não mais afetados pelo poliovírus selvagem, mas vulneráveis à disseminação internacional**. A DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.
			24/04/2015	Depois de quase um ano de declarada a ESPII, o CE reconheceu o progresso nas medidas de controle, mas concluiu que **a disseminação internacional persistia**, dada a exportação de casos do Afeganistão para o Paquistão. Os dois países foram considerados um bloco único, que exigiria melhor coordenação e qualidade da vacinação nas fronteiras e das atividades de vigilância (seria melhor que os dois países atingissem a erradicação ao mesmo tempo). A situação nos dois países poderia ameaçar os ganhos alcançados, sobretudo porque o risco de nova disseminação internacional permanecia alto em vista dos conflitos no Oriente Médio e na África Central. **O CE avaliou que a disseminação da pólio ainda constituía uma ESPII**. A DG acatou novamente as recomendações do CE e manteve a ESPII.

			04/08/2015	O CE concluiu que, desde a declaração da ESPII, um grande progresso havia sido alcançado na interrupção da transmissão do poliovírus selvagem e um declínio geral na ocorrência de sua disseminação internacional. Apenas duas exportações haviam sido registradas do Afeganistão para o Paquistão. O CE avaliou que nem todas as recomendações temporárias referentes a viajantes internacionais estavam sendo tomadas pelo Afeganistão, em particular nos aeroportos, o que levou vários países a exigirem certificados de vacinação desse país e do Paquistão, onde se concentravam 85% de todos os casos globais de poliovírus selvagens. Havia indícios recentes de transmissão persistente entre os dois países, o que exigiria mais esforços de controle. **O CE recomendou coordenação entre os dois países e mais qualidade na vacinação transfronteiriça**. O CE também reiterou a preocupação com as zonas em conflito e **recomendou a manutenção da ESPII e a extensão das recomendações temporárias por outros 3 meses**. Além disso, levou em consideração o risco e os custos decorrentes do fracasso na erradicação global da pólio e a necessidade continuada de uma resposta internacional coordenada para melhorar a imunização e a vigilância. **Recomendou-se, ainda, que Paquistão e Afeganistão reportassem mensalmente à DG da OMS sobre a implementação das recomendações temporárias**. **Pela primeira vez, o CE fez alerta sobre a circulação de poliovírus (tipo 1) decorrente da vacina**, o que poderia também comprometer os esforços de erradicação. A DG manteve a ESPII.
			10/11/2015	**CE convocado em virtude da circulação de poliovírus decorrentes de vacinas (cVDPV)**. Registrou-se um grande progresso na adoção das recomendações e no declínio das transmissões, embora tenha havido exportações de vírus do Paquistão para o Afeganistão, semelhante ao relatado na última reunião do CE. O Afeganistão passou a adotar as recomendações referentes a viagens internacionais em seu aeroporto principal. **O CE afirmou existir grande áreas e populações vulneráveis devido a conflitos, insegurança e baixa cobertura vacinal associada a programas de vacinação fracos**, especialmente no Oriente Médio, no Chifre da África, na África Central e em partes da Europa. **Primeira referência à vulnerabilidade de populações migrantes**. **CE expressou preocupação com o aumento de surtos de cVDPV em três regiões da OMS**, que estariam relacionados a falhas em programas de imunização. **Concluiu-se pela manutenção da ESPII e pela extensão das recomendações temporárias**. O apoio de organizações internacionais foi exortado, em particular do GAVI, para apoiar os países afetados em melhorar a comunicação sobre os riscos dos cVDPV, esclarecer as diferenças entre esses vírus e os vírus selvagens e preservar a confiança nas vacinas. A DG decidiu manter a ESPII.
			12/02/2016	**CE convocado em virtude da circulação de poliovírus selvagens e de vírus derivados de vacinas, em particular o tipo 2 cVDPV.** Houve declínio considerável na circulação de vírus selvagens e progresso na interrupção da circulação de poliovírus entre Paquistão e Afeganistão, apesar de dois casos de exportação de um país para o outro. O CE avaliou existirem muitas áreas vulneráveis no mundo, por conta das mesmas condições reportadas anteriormente. **A ocorrência de surtos de cVDPV passou para quatro regiões da OMS**, revelando sérias lacunas nos programas de imunização rotineiros e expondo outras regiões ao vírus. Em algumas regiões, há resistência à vacinação, enquanto em outras faltam vacinas. **O CE concluiu ser necessário manter a ESPII e estender as recomendações temporárias**. A DG decidiu manter a ESPII.

			12/05/2016	Como nas 7a e 8a reuniões, o CE revisou os dados referentes ao poliovírus selvagem e aos vírus derivados de vacinas. A situação do vírus selvagem se manteve a mesma e no declínio das exportações de vírus entre Paquistão e Afeganistão (sobretudo por ações do primeiro). Duas novas exportações foram registradas entre esses países, e o CE celebrou a colaboração científica entre o Laboratório Regional de Referência para a Pólio de Islamabad e o Laboratório Global Especializado em Pólio de Atlanta, EUA, para monitorar as características genéticas e os subtipo de vírus no Paquistão (melhoria da detecção). **Preocupação com a deterioração da segurança no Afeganistão, o que impediu a erradicação da pólio entre crianças, em 2016. As áreas vulneráveis seguiam sendo as mesmas, também para os cVDPV,e as mesmas razões continuavam a impedir o avanço das vacinações. Alguns países reportaram a presença de vírus em sistemas de esgoto e coleta de água.** O CE concluiu que o evento ainda representa uma ESPII e que as recomendações temporárias devem ser estendidas. A DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.
			11/08/2016	CE novamente convocado para analisar os dados de vírus selvagens e derivados de vacinas. **Preocupação do CE com dois casos reportados pela Nigéria que revelaram existir circulação de vírus selvagens há vários anos e de cVDPV, sem a devida notificação, e lacunas na vigilância. A extensa fronteira com os Camarões era preocupante, somada ao Lago Chad, que margeia também o Chad e o Níger, representou grande risco de disseminação internacional entre os quatro países**. Não se registraram mais casos de exportação entre Paquistão e Afeganistão, este último ainda com problemas de segurança consideráveis. Foram apontados alguns pequenos surtos nas mesmas regiões vulneráveis, possivelmente por força de lacunas de vigilância. O CE recomendou a manutenção da ESPII e a extensão das recomendações temporárias, e avaliou que o mundo estaria próximo à erradicação, mas que a complacência global poderia levar ao fracasso. A DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			11/11/2016	A CE seguiu a mesma convocação e registrou apreço pela resposta rápida da Nigéria. Houve apenas um caso de exportação do Paquistão para o Afeganistão, que revelou a dificuldade de estancar a disseminação internacional entre os dois países, sobretudo no Afeganistão, onde ainda havia problemas de segurança, zonas em conflito e populações migrantes. O risco no Lago Chad foi novamente levantado, somando-se a República Centro-Africana aos outros países adjacentes. As populações de difícil acesso e não vacinadas e o baixo nível de vigilância são também desafios dessa região. Com relação às contaminações por cVDPV, o CE apontou haver problemas em países africanos que poderiam levar à disseminação internacional. Repetidas as demais preocupações. O CE avaliou que o evento constituía ainda uma ESPII e que as recomendações temporárias deveriam ser estendidas. A DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			07/02/2017	O CE seguiu a mesma convocação das reuniões anteriores. Registro de melhoria na vigilância ambiental no Paquistão, que ainda exportou um caso para o Afeganistão (ainda em situação de insegurança e conflito). A situação na Nigéria continuou a melhora, apesar das populações ainda inacessíveis, assim como na região do Lago Chad. **Novos surtos preocupantes de cVDPV na Nigéria, no Guiné, no Paquistão e na Chechênia**. O CE recomendou manter a ESPII e estender as recomendações temporárias. A DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			24/04/2017	O CE seguiu a mesma convocação das reuniões anteriores e registrou o progresso em todos os países afetados pelo poliovírus selvagem e a redução global do número de casos (embora houvesse transmissão transfronteiriça entre Paquistão e Afeganistão). Seguem as preocupações na Nigéria referentes às populações de difícil acesso e no Lago Chad e países adjacentes. Relato de incidente em fábrica de vacinas nos Países Baixos e contaminação de um operário, o que gerou preocupação de disseminação do vírus. Nenhum novo caso de cVDPV, embora faltassem informações sobre o monitoramento de contaminações anteriores. O CE concordou em manter a ESPII e em **estender as recomendações temporárias, que foram revisadas em virtude das mudanças no contexto global, com prevalência de casos de cVDPV e queda nos casos de vírus selvagens**. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			03/08/2017	CE convocado pelas mesmas razões. Progresso na eliminação do WPV1 (selvagem) nos 3 países afetados (Paquistão, Afeganistão e Nigéria), sem registro de disseminação internacional, apesar da detecção ambiental no Paquistão geograficamente disseminada. Situação de insegurança no Afeganistão, com bolsões de crianças não vacinadas e risco de transmissão com o Paquistão via fronteiras terrestres, por grupos nômades, refugiados repatriados e crianças que visitam parentes. Na Nigéria, ainda há grandes populações inacessíveis e o Lago Chad ainda representa risco de transmissão para países adjacentes, apesar dos esforços recorrentes de cooperação. Preocupação com surtos de cVDPV na RDC e na Síria, especialmente por conta dos refugiados de guerras. CE avalia que a situação ainda representa uma ESPII e recomenda a extensão+H27 das recomendações temporárias. **O DG (Tedros) avaliou que apenas um caso já deveria ser tratado com uma emergência (???)**. Preocupação do CE com a vigilância e com a inacessibilidade de determinadas populações, sobretudo as não vacinadas. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			14/11/2017	CE convocado pelas mesmas razões, com progresso internacional geral e ainda alguns casos de contaminações internacionais entre Afeganistão e Paquistão, que vinham atuando de forma significativa em termos de cooperação bilateral (transmissões transfronteiriças). Paquistão ainda com transmissão ampla detectada pela vigilância ambiental. Afeganistão continua com populações inacessíveis, como as da Nigéria, com amplo potencial de circulação desses vírus no país e nos países adjacentes ao Lago Chad. Preocupação do CE com a dimensão do surto de pólio na Síria e com a dificuldade de acesso a populações-alvo em função dos conflitos: recomendou atenção redobrada a refugiados se movimentando em direção a países adjacentes (Jordânia, Líbano e Turquia). Detecção de amostra de vírus no esgoto de Mogadishu, na Somália, com evidência de replicação por mais de 3 anos sem detecção. Preocupação com a falta de vacinas. O CE considerou que, em países infectados e vulneráveis, a imunização de rotina estava bastante comprometida, se não nacionalmente, mas especialmente em bolsões subnacionais. O CE considerou a situação ainda uma ESPII e recomendou a extensão das recomendações. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			07/02/2018	CE reunido pelas mesmas razões e considerou a proximidade da erradicação da pólio selvagem, que já não apresentava sinais de disseminação internacional desde novembro de 2017. Sinais promissores da colaboração entre Paquistão e Afeganistão, sobretudo com relação à imunização de crianças. Apesar dos avanços, a vigilância ambiental continuava a detectar vírus "órfãos" em algumas regiões, o que demonstrava falhas na vigilância. Registro do assassinato dois trabalhadores de campo no país. Estagnação do progresso de erradicação no Afeganistão, decorrente da escalada dos conflitos no país. Na Nigéria, grandes avanços, apesar de grande população ainda descoberta, assim como no Lago Chad e adjacências. Vários registros da cVDPV ao redor do mundo. O CE conclui que **o risco de disseminação internacional do poliovírus permanecia uma ESPII**, sobretudo pela complacência em relação aos esforços de vigilância e vacinação e à falta de vacinas, além do que as recomendações temporárias deveriam ser estendidas. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			30/04/2018	CE reunido pelas mesmas razões. Alto nível de cooperação entre Paquistão e Afeganistão. Queda no número de casos registrados pela vigilância ambiental no Paquistão, que ainda ocorrem em zonas de alto risco. Afeganistão ainda estagnado em função dos conflitos, o que limita o acesso a crianças nas zonas de guerra. A Nigéria permanece como país de preocupação, sobretudo por conta das fronteiras (Lago Chad e adjacências) e da insurgência do grupo armado Boko Haram, que levou vários povos a se locomoverem. Fortes surtos de poliovírus derivados de vacinas em países vulneráveis, como RDC, Síria, Quênia e Somália (todos com povos nômades e de difícil acesso), que elevavam o risco de disseminação internacional. O CE considerou o risco como uma ESPII e estendeu as recomendações temporárias, o que foi acatado pelo DG.

			15/08/2018	CE reunido pelas razões anteriores. Queda global dos casos de vírus selvagens, exceto no Afeganistão onde os números aumentaram. O plano conjunto com o Paquistão pareceu ser promissor na erradicação desses vírus em todos os níveis. Paquistão ainda detectou a circulação pela vigilância ambiental, enquanto no Afeganistão os conflitos impediram o acesso a mais de 1 milhão de pessoas. Avanços de imunização e vigilância em zonas remotas da Nigéria. O Lago Chad ainda era objeto de preocupação, em especial para insurgência do Boko Haram. Diversos países ainda notificaram contaminações por cVDPV em múltiplas linhagens, alguns difíceis de combater e poderiam estar circulando há anos sem detecção. Por essas razões, o DG considerou que o risco de disseminação internacional do poliovírus ainda representava uma ESPII e que as recomendações temporárias deviam ser renovadas. **Preocupação do CE sobre a duração da ESPII, criticada por poder enfraquecer seu impacto como ferramenta contra emergências de saúde global. Ainda assim, o CE avaliou que uma remoção abruta da ESPII passaria uma imagens incorreta para a comunidade global e ponderou que as recomendações temporárias vinham surtindo efeito**. O DG acatou as recomendações do CE.
			27/11/2018	CE reunidor pelas mesmas razões. Apesar do progresso da colaboração entre Paquistão e Afeganistão, particularmente para alcançar populações móveis em risco, há preocupação com o aumento global do número de casos de poliovírus selvagens. Paquistão ainda com casos detectados pela vigilância ambiental, indicando múltiplas áreas de transmissão e grupos populacionais não identificados. No Afeganistão, os casos de pólio quase dobraram em 2018 devido à pioras nas condições de segurança e numa acessibilidade pior; a vigilância ambiental demonstrou um aumento na proporção de amostras positivas. Na Nigéria, como em outros países em conflitos, o avanço na erradicação tinha sido positivo. As infecções por cVDPV se disseminaram por mais países, o que demonstrou a fragilidade das imunizações de rotina. A CE considerou que o risco de disseminação internacional do poliovírus ainda representava uma ESPII e que as recomendações temporárias deveriam ser estendidas. A duração da ESPII foi novamente levantada e justificada. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			19/02/2019	O CE foi convocado pelas mesmas razões. O poliovírus selvagem era endêmico em apenas 3 países, sendo que no Paquistão e no Afeganistão havia ainda transmissão continuada, apesar da colaboração entre os países para alcançar populações em zonas remotas. Preocupação do avanço global de infecções por vírus selvagens. No Afeganistão, ainda há ampla disseminação do vírus, indicada pela vigilância ambiental e agravada pela situação de segurança. Na Nigéria, a situação continuava a melhorar apesar dos conflitos internos. Oito países haviam registrado infecções por cVDPV, demandando mais vigilância, sobretudo nos países em que os surtos haviam escalado em áreas de alto risco. Preocupação com áreas isoladas e populações de difícil acesso. A CE considerou que o risco de disseminação internacional do poliovírus ainda representava uma ESPII e que as recomendações temporárias deveriam ser estendidas. **Para o Comitê, a erradicação a pólio estaria muito próxima, dependendo de reforço na imunização e na vigilância de áreas em risco, com engajamento dos governos no mais alto nível.** O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			14/05/2019	O CE foi convocado novamente pelos mesmos motivos, mas **mostrou-se altamente preocupado com o crescimento global significativo dos casos de poliovírus selvagem em 2019, particularmente no Paquistão**, onde a transmissão estava disseminada e a identificação por vigilância ambiental estava acelerada. Preocupações com zona antes consideradas fora de risco e com ataques a agentes de saúde, assim como a rejeição à vacinação. Uma amostra de vírus selvagem foi encontrada no Irã e poderia estar relacionada ao Paquistão. No Afeganistão, a situação interna estava impedida o acesso a populações isoladas, enquanto a vigilância ambiental identificava novas fontes. Na Nigéria, os números continuavam a cair. Novas variantes de cVDPV continuavam a aparecer pelo mundo, mostrando a fragilidade das estratégias de vacinação. A população global estaria se tornando cada vez menos imune a alguns tipos do poliovírus. O CE decidiu que a disseminação internacional do poliovírus ainda constituía uma ESPII e que as recomendações temporárias deveriam ser estendidas. **Foi sugerida uma análise cuidadosa da situação no Paquistão, assim como no Afeganistão, de modo a serem projetadas respostas programáticas que evitem o risco de fracasso da erradicação global. Recomendou-se que o alto risco de disseminação global fosse comunicado à Assembleia Mundial da Saúde.** O DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.
			16/05/2019	CE reunido pelas mesmas razões e demonstrou maior preocupação com o aumento global de casos de poliovírus selvagem, sobretudo no Paquistão, onde ocorreram diversos surtos com transmissão continuada, amostragens por vigilância ambiental e recusa de vacinação por parte da população. Para o CE, a gestão do programa de erradicação da pólio no país estaria comprometida. No Afeganistão, o agravamento do conflito ameaçou o progresso da erradicação global da pólio, com crianças em regiões remotas e inalcançáveis e alto risco de ressurgimento de casos. O CE registrou que, depois de 5 anos de vacinação de viajantes internacionais, havia certo nível de complacência de ambos os países. A Nigéria estaria próxima da certificação de erradicação, embora precisasse de alguns cuidados. **Havia níveis sem precedentes de infecções por cVDPV no continente africano, que precisavam ser tratadas como emergências nacionais.** Outros países também começaram a notificar esse tipo de infecção, como a China, o Benin, Gana e Etiópia, o que revelava lacunas de imunização em diversas populações e fragilidade nas estratégias de imunização. O Comitê recomendou que todos os países aumentassem o alerta a infecções por cVDPV e que monitorassem as doses de vacinas. O risco de disseminação nunca esteve tão alto desde 2014, o que levou o CE a considerar que a disseminação internacional do poliovírus ainda representava uma ESPII e que as recomendações temporárias deviam ser estendidas. O DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.

			11/12/2019	O CE foi convocado pelas mesmas razões e expressou grande preocupação com a piora no quadro global do número de infecções por poliovírus selvagem, especialmente carreada pela situação no Paquistão, onde as condições identificadas na última reunião permaneciam ativas (além da politização do programa nacional de poliomielite). No Afeganistão, a situação de conflito permanecia a mesma e o risco de ressurgimento de casos continuava alto, o que ampliava o risco de disseminação internacional da pólio. Na Nigéria, a erradicação do tipo 3 do poliovírus selvagem havia sido alcançada. **O Comitê registrou preocupação com os múltiplos surtos de cVDPV em quatro regiões da OMS e com a rápida emergência sem precedentes de diversas cepagens desse vírus em diversos países, o que não estava completamente compreendido**. O CE concordou unanimemente em manter a ESPII e em renovar as recomendações temporárias. **Acrescentou-se a necessidade de reforço da coordenação global, sobretudo no controle de fronteiras, no compartilhamento de dados, na sincronização de campanhas e na vacinação de viajantes internacionais**. Era preciso **garantir o financiamento adequado** dos programas de imunização e de vigilância, assim como nas estratégias de comunicação. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			26/03/2020	Primeira reunião do CE sob outra ESPII (covid-19), para tratar dos mesmos temas anteriores. Preocupação com o crescimento continuado de infecções por poliovírus selvagens em 2019 e 2020, tendo o Paquistão ainda como o epicentro dos casos. No Afeganistão, a situação de conflito ainda gerava preocupações, com risco do surgimento de outros tantos casos e ampliação do risco de disseminação internacional e da transmissão de vírus para o Paquistão. Ainda havia ocorrência de muitos casos de cVDPV em quatro regiões da OMS, que se ampliaram no continente africano. **Preocupação do CE com relação ao impacto da covid-19 no aumento da transmissão da pólio e no seu potencial de disseminação internacional, com reversão da erradicação**. O Comitê considerou válida ainda a ESPII e a extensão das recomendações temporárias, de modo a garantir a preparação dos países para a ação. Preocupação com a postergação de campanhas de vacinação. O DG aceitou as recomendações do CE e manteve a ESPII.

			23/06/2020	Reunião do CE aberta pelo DG, que manifestou a preocupação com o avanço das infecções por poliovírus selvagens e por surtos de cVDPV e seu impacto nos programas de saúde pública. Registro da nova vacina oral do tipo 2, considerada uma importante ferramenta para substituir a vacina Sabin, mas com o risco de gerar novos surtos de cVDPV. A situação global da pólio foi avaliada como de grande preocupação, com mais casos de vírus selvagens de 2019 para 2020 (tendência geral). Grande número de infecções no Paquistão, em que algumas regiões se tornaram reservatórios do vírus, afetando áreas antes livres. No Afeganistão, a situação de conflito não havia mudado, com risco de novos surtos e maior número de províncias afetadas, aumentando o risco de dispersão internacional. A transmissão entre os dois países voltou a aumentar, revelando as lacunas e fragilidades das estratégias de vacinação. A Nigéria alcançou o atestado de erradicação do vírus selvagem. Muitos registros de cVDPV nas quatro regiões da OMS e disseminação por mais países, muito em função da **pandemia do covid-19, que afetou a vigilância da pólio significativamente, resultando num grau incomum de incerteza referente à verdadeira epidemiologia da pólio. Considerou-se ainda a possibilidade da combinação do sarampo entre as doenças cuja vigilância diminuiu em função da covid-19, que poderia afetar o trabalho dos trabalhadores de front.** O CE considerou a manutenção da ESPII e a extensão das recomendações temporárias, sublinhando a necessidade de preparação de modo a garantir a segurança de viajantes e de profissionais da saúde. O DG decidiu acatar as recomendações do CE e manter a ESPII.
			14/10/2020	CE reunido pelas mesmas razões, em meio à maior incidência global de casos de poliovírus selvagens em 2020, todos concentrados no Paquistão e no Afeganistão, com exportação de um país para o outro. O risco de disseminação internacional estaria elevado, somado à pandemia de covid-19, o que exigia reforço das campanhas de vacinação e controle das populações moventes. Foram registrados novos casos de cVDPV, cujo número superou os de vírus selvagens. A disseminação transfronteiriça passou a ocorrer regularmente entre diversos países. **O CE registrou que a covid-19 impactou os programas de imunização e a vigilância de casos, deixando a transmissão sem controle em alguns lugares, que também passaram a estar descobertos de vacinas**. Alguns produtores precisaram diminuir a produção em função da limitação da capacidade de estoque. Há um risco exponencial de aumento de infecções por cVDPV. O CE considerou manter a ESPII e renovar as recomendações temporárias, sobretudo pelo alto risco de disseminação internacional do poliovírus selvagem, sobretudo pelo enfrentamento simultâneo com o covid-19, pelas dificuldades de suprimento de vacinas e pela expiração de doses em função dos atrasos na distribuição global de vacinas. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			01/02/2021	CE reunido pelas mesmas razões considerou o pico de infecções por poliovírus selvagens, especialmente no Paquistão e Afeganistão, pelas mesmas condições e podendo gerar as mesmas preocupações. Aumento exponencial nos casos de cVDPV, analisados rotineiramente pela Rede Global de Laboratórios da Pólio, que identificou a exportação desses vírus entre diversos países. A nova vacina oral (nOPV2) poderia ter efeitos no controle dessa disseminação. Avaliação do impacto sem precedentes da covid-19 sobre os programas de vacinação e vigilância. O CE considerou o risco de disseminação internacional ainda representar uma ESPII e manteve as recomendações temporárias. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			04/05/2021	CE reunido nas mesmas condições. Avaliou o alto número de casos de poliovírus selvagem, embora as amostragens por vigilância ambiental tenham caído. Todos os casos registrados no Paquistão e no Afeganistão, ambos com reservatórios persistentes do vírus. A queda nos casos também poderia associada a medidas de controle e higiene adotadas para o covid-19. Em função dos impedimentos gerados pelo covid-19, o risco de disseminação internacional permanecia alto. Apesar de uma queda no número de casos de cVDPV, vários países ainda reportaram contaminações, o que exigiu um reforço no monitoramento dessas linhagens e vacinas. O estoque global de vacinas permanece alto. A pandemia de covid-19 levou ao aumento da transmissão comunitária de pólio, e as campanhas de vacinação deverão ser bem administradas em função do coronavírus. Apesar disso, a vigilância estaria alcançando os níveis pré-covid-19. O Comitê avaliou que a situação ainda representava uma ESPII e decidiu pela extensão das recomendações temporárias, em virtude da necessidade de uma resposta internacional coordenada. O DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.
			20/08/2021	Nesta reunião, o CE revisou os dados sobre o poliovírus selvagem e sobre os cVDPV e registrou que a transmissão do primeiro vinha continuava a cair, enquanto nenhum caso havia sido registrado desde janeiro de 2021, quando dois casos (um no Paquistão e outro no Afeganistão) haviam sido registrados. Continuavam a existir diversos desafios e ameaças aos trabalhadores da saúde em campo, incluindo a morte de equipes em ambos os países. Apesar de a vigilância estar funcionando bem nas áreas endêmicas, ainda havia cadeias de transmissão e vírus órfãos circulando, indicando a existência de populações difíceis de alcançar. A militarização do Afeganistão complicou a situação, sobretudo no que tange à vacinação, atrasada em 3 anos. A covid-19 gerou diversos problemas nas atividades de erradicação da pólio nos dois países. Quanto ao cVDPV, a quantidade de infecções havia caído enormemente desde 2020, o que poderia refletir melhorias na gestão de surtos. Apesar disso, o risco de disseminação internacional do cVDPV continuava alta, como evidenciava a exportação de casos para a Gâmbia e a Uganda. O CE considerou que a situação ainda representava uma ESPII e sugeriu a extensão das recomendações temporárias, sobretudo em função das disrupções causadas pela covid-19 sobre os serviços de vigilância e imunização.

Tabela 13 - Comitê de Emergência para o surto do Ebola vírus na África Oriental

08/08/2014	29/03/2016	9 (nove)	6-7/08/2014	O Comitê se reuniu para avaliar a situação do surto de Ebola vírus na África oriental, no Guiné, na Libéria, em Serra Leoa e na Nigéria. Para o Comitê, **o surto de Ebola constituía um evento extraordinário e um risco de saúde pública para outros Estados**; as **consequências de uma maior disseminação internacional eram particularmente sérias, com padrões intensos de transmissão comunitária e entre profissionais de saúde; e uma resposta internacional coordenada era tida como essencial para encerrar e reverter a disseminação internacional do Ebola.** Entre os membros do Comitê, todas as condições para uma ESPII haviam sido alcançadas. Desde o início do surto, foram registrados 1711 casos (1070 confirmados, 295 suspeitos, 436 prováveis) e 932 óbitos. Este teria sido o surto mais grave de Ebola já registrado, o que teria levado vários países a adotarem recomendações e avisos de viagem. O Comitê registrou os d**esafios de vários dos países afetados: sistemas de saúde fragilizados, com déficits de recursos humanos, financeiros e materiais, comprometendo uma resposta aos surtos de Ebola vírus à altura; falta de experiência em lidar com surtos de Ebola e falta de compreensão sobre o vírus, incluindo modos de transmissão; alta mobilidade de populações, incluindo viagens transfronteiriças de indivíduos contaminados; e alto número de infecções entre o profissionais de saúde, demonstrando práticas inadequadas de controle da doença nas unidades de saúde**. Recomendações do CE aos países afetados: declaração de emergência nacional pelos Chefes de Estado e fornecimento de informações sobre a situação, os passos tomados para acabar com o surto e papel crítico da população para garantir um controle rápido; oferecer acesso imediato o financiamento para iniciar e sustentar operações de resposta; Ministérios da Saúde e outros líderes da saúde deveriam assumir papel de liderança na coordenação e na implementação de medidas de controle do Ebola; Estados devem ativar seus mecanismos de gestão de emergência/desastre e engajar a comunidade para que se envolvam em todos os passos da resposta; prover todo o equipamento de proteção pessoal; oferecer atendimento de qualidade nas áreas de transmissão intensa, inclusive pela aplicação de quarentenas temporárias; oferecer segurança para os profissionais de saúde; realizar o screening de todos os passageiros em portos, aeroportos e nos grandes pontos de saúde terrestre; não permitir a viagem de casos confirmados de Ebola; enterros deveriam ser feitos por pessoal especializado, com o acompanhamento das família e seguindo práticas culturais e familiares; atendimento especial deve ser oferecido ao pessoal de bordo das linhas aéreas que operam nos países afetados; e eventos de massa deveria ser postergados. Para os países adjacentes àqueles com casos confirmados devem fortalecer a vigilância de clusters de febre sem explicação, notificar os casos suspeitos e adotar as medidas necessárias no caso de confirmações. **O CE insistiu que não deve haver o banimento de viagens internacionais e do comércio; todos os viajantes devem receber informações sobre riscos, medidas para minimizar esses riscos e medidas para a gestão de possíveis exposições ao vírus; Estados devem estar preparados para detectar, investigar e gerir casos de Ebola; as populações devem ser bem informadas sobre a situação; e Estados devem estar preparados para a evacuação ou a repatriação de nacionais expostos ao Ebola. O apoio da OMS e de outros parceiros nacionais e internacionais foi enfatizada.** Com base nessas recomendações, o DG decidiu declarar a ESPII e adotar as recomendações temporárias.

			16-21/09/2014	O CE se reuniu para avaliar os desdobramentos do surto e os esforços feitos pelos Estados afetados. O Comitê sublinhou que **o cancelamento de voos e outras restrições a viagens continuavam a isolar os países afetados, resultando em consequências econômica graves que dificultavam os esforços de resposta e alívio para impedir a disseminação internacional da doença; que era necessário avaliar o impacto de medidas quarentenárias e que essas fossem tomadas baseadas em evidências, tomadas com a garantia de comodidades básicas, como água e alimentos; era preciso garantir a segurança de profissionais da saúde, além do treinamento adequado para o Ebola; era preciso melhorar o engajamento das comunidades; e todos os Estado precisavam reforçar sua preparação, especialmente por meio de simulações**. O CE sublinhou a importância do apoio da OMS e de parceiros nacionais e internacionais para o monitoramento e a implementação efetivas dessas recomendações. Era preciso garantir os recursos necessários assim como a mobilização da comunidade internacional. A DG acatou as recomendações do Comitê e manteve a ESPII.
			22/10/2014	A reunião do Comitê foi convocada antes dos 3 meses procedimentais em função da **exportação de casos para a Espanha e os Estados Unidos**. O número de casos havia subido para 9936, com 4877 óbitos, crescendo exponencialmente no Guiné, Libéria e Serra Leona, onde a situação permanecia de grande preocupação. Na Nigéria e no Senegal, o surto havia sido encerrado. O CE foi unânimo em considerar que a ESPII permanecia válida, uma vez que a transmissão nos três países mais afetados representava grande ameaça de disseminação internacional, para a qual se recomendava o monitoramento adequado e o seguimento da saúde de trabalhadores de saúde. **Foram adicionadas algumas recomendações**: além do screening em todos os pontos de saída dos países afetados, as informações de vigilância e monitoramento deveriam ser compartilhadas com a OMS, para garantir que a comunidade internacional estivesse ciente das ações sendo tomadas. O banimento ao comércio e a viagens internacionais permanecia sendo considerado como um impedimento grave à recuperação dos países afetados, assim como as recomendações de viagens de pessoas infectadas. **O CE apontou que vários países haviam adotado medidas de controle de entrada, as quais deveriam ser avaliadas quanto à sua efetividade. Outros países cancelaram eventos de massa em função do Ebola ou da possível participação de indivíduos originários de países afetados, e que era preciso reforçar a adequação para combater o estigma, o medo desproporcionado e medidas e reações inapropriadas associados ao Ebola**. A DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			20/01/2015	Reunião convocada para rever se o evento ainda constituía uma ESPII e se era necessário ampliar a validade das recomendações temporárias. O CE registrou o decréscimo no número de casos nos países mais afetados pelo Ebola, mas registrou exportações no Reino Unido (fim das transmissões nos EUA, Espanha e Mali). **Preocupação com medidas de viagens, transporte e comércio adicionais adotadas em mais de 40 países.** O Comitê avaliou que o evento ainda constituía uma ESPII e que as recomendações temporárias permaneciam válidas, sobretudo o screening de viajantes partindo dos três países mais afetados e o reforço da vigilância dos países que fizessem fronteiras com aqueles afetados. **Foi reforçada a necessidade de se evitar a interferência em viagens internacionais e ao comércio internacional, como quarentenas em viajantes e recusa de entrada, o que impedia também a entrada de profissionais de internacionais de apoio, e com efeitos sobre populações estigmatizadas e a economias.** O CE afirmou que o alvo das ações era **chegar a "zero casos de Ebola"**, freando a transmissão no três países mais afetados. O DG acatou as recomendações (não registrou o de acordo com a manutenção da ESPII, mas ela não foi encerrada).
			09/04/2015	O CE reviu os desdobramentos da última reunião, incluindo a situação epidemiológica, e concluiu que as atividades de prevenção e controle haviam melhorado e que o risco de disseminação internacional havia sido reduzido. Os três países mais afetados demonstravam compromisso com a política de "zero casos de Ebola", apesar da ocorrência de infecções entre trabalhadores da saúde, o que implicava na necessidade de reforço da medidas apropriadas de prevenção e controle de infecções. **O CE discutiu a questão da possibilidade de transmissão sexual do Ebola e as medidas de saúde inapropriadas adotadas para além das recomendações do Comitê por mais de 40 países, particularmente em função de seu impacto sobre os esforços de resposta e recuperação**. O CE considerou que o evento ainda constituía uma ESPII e que as recomendações temporárias deveriam ser estendidas. O DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.
			2-6/07/2015	CE reunido pelas mesmas motivações e registrou o declínio de casos nos três países mais afetados, além do reforço da atuação da OMS nos países vizinhos e a necessidade de melhoria na colaboração transfronteiriça entre o Guiné e Guiné Bissau. Foi discutido o progresso de estudos envolvendo a possível persistência do vírus no sêmen, coorte de sobreviventes e ensaios clínicos de vacinas e de terapias com o soro de convalescentes. O CE discutiu a estratégia de resposta a EBV e o encerramento das cadeias de transmissão, que incluía a melhoria na gestão de alertas, fortalecimento a capacidade regional de resposta e o apoio no engajamento com sobreviventes. Para o Comitê, houve melhorias nas medidas adicionais adotadas pelos países não afetado pelo EBV, e considerou que o evento ainda constituía uma ESPII. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			1-3/10/2015	O CE se reuniu pelos mesmos motivos. A Libéria foi atestada como livre de casos, enquanto o Guiné e a Serra Leoa ainda registravam alguns casos semanais, apesar das medidas eficazes sendo aplicadas nesses lugares. O CE registrou a existência de cadeias de transmissão nesses países, o que demandava maior esforço de vigilância e resposta. Preocupação com as medidas adicionais que mais de 34 ainda mantinham com relação ao Ebola e que impactavam negativamente os esforços de respostas e recuperação. Para o Comitê, o evento ainda constituía uma ESPII e as recomendações deveriam ser mantidas. O DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.

			15-21/12-2015	O CE se reuniu pelos mesmos motivos. Os três países africanos voltaram a registrar casos de transmissão de EBV, como resultado da reintrodução do vírus. Embora tenha sido controlados, esses surtos foram considerados eventos extraordinários pelo Comitê, requerendo ação coordenada internacional. Profunda preocupação com a manutenção de medidas extraordinárias por 34 países, que ainda ofereciam impedimentos para os esforços de recuperação. O CE avaliou que **esta fase crítica de transição entre o encerramento das cadeias originais de transmissão para a gestão de novos surtos decorrentes da reintrodução de vírus por sobreviventes** constituía uma ESPII e que as recomendações temporárias deveria ser estendidas. A DG acatou as recomendações do CE e manteve a ESPII.
			29/03/2016	O CE se reuniu para avaliar os desdobramentos das recomendações. Guiné, Libéria e Serra Leoa não registraram mais casos já há um tempo considerável e que as cadeias de transmissão haviam sido encerradas. Novos cluster de infecções ocorriam pela reintrodução do vírus, com frequência decrescente, e por essa razão a transmissão por EBV não representava mais um evento extraordinário e que o risco de disseminação internacional era baixo e que os países tinham atualmente a capacidade de responder rapidamente a novas emergências do vírus. **O CE avaliou que a situação do Ebola na África do Oeste não constituía mais uma ESPII e que as recomendações temporárias poderiam ser encerradas. Dado que o vírus estaria presente nos ecossistemas de países da África subsaariana, novos clusters de reemergência indicavam a necessidade de reforço da vigilância**. O CE recomendou pela continuação do apoio continuado de doadores internacionacionais para a manutenção das atividades de vigilância. Baseado nessa avaliação do CE, a DG decidiu encerrar a ESPII e as recomendações temporárias e recomendou que os Estados partes levantassem quaisquer restrições de viagem e comércio com os países afetados.

Tabela 14 - Comitê de Emergência para os clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas e sua possível relação com o Zika vírus / Comitê de Emergência sobre o Zika vírus e o aumento observado de desordens neurológicas e mal-formações neurológicas

01/02/2016	18/11/2016	5 (cinco)	01/02/2016	CE reunido em função dos clusters de casos de microcefalia e outras desordens neurológicas em áreas afetadas pelo Zika vírus. O Secretariado brifou o CE sobre a microcefalia e os casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) que poderia estar temporariamente associados com a transmissão do Zika vírus em algumas localidades. Para o CE, o cluster de casos de microcefalia e de outras desordens neurológicas registrados no Brasil, semelhante ao cluster da Polinésia Francesa de 2014, constituía uma ESPII. **Era preciso padronizar e ampliar a vigilância para a microcefalia e para SGB, sobretudo nas áreas de conhecida transmissão do Zika vírus e em áreas em risco dessa transmissão**. Também era preciso **intensificar a pesquisa a etiologia de novos clusters de microcefalia e outras desordens neurológicas**, de modo a **determinar se havia um link causal entre o Zika vírus e/ou outros fatores e co-fatores**. O CE sublinhou a importância de medidas agressivas para reduzir as infecções por Zika vírus, particularmente entre gestantes e mulheres em idade reprodutiva. Como recomendações adicionais, o CE sugeriu **a priorização do desenvolvimento de novos métodos diagnósticos para a infecção do ZIKV**, de modo a facilitar medidas de vigilância e controle; **melhorar a comunicação de risco**, de modo a tratar das preocupações das populações, melhorar o engajamento comunitário, melhorar a notificação e assegura a aplicação de medidas de controle do vetor e de proteção de agentes de saúde, que **deveriam ser agressivamente promovidas e implementadas para reduzir o risco de exposição**; garantir que **gestantes e mulheres em idade reprodutivas tivesse a informação necessária e os materiais para reduzir o risco de exposição**; e que **gestantes expostas ao ZIKV fossem aconselhadas e acompanhadas para que os resultados dos partos fossem baseados nas melhor informações disponíveis assim como em práticas e políticas nacionais**. No longo termo, o CE recomendou **fossem intensificados os esforços de pesquisa e desenvolvimento para vacinas, terapias e diagnósticos para ZIKV**; que **o serviços de saúde em zonas de transmissão do ZIKV estivessem preparados para o aumento potencial nas síndromes neurológicas e nas malformações; não deveria haver restrições sobre viagens ou comércio com países, áreas e/ou territórios com transmissão do ZIKV**; que **viajantes para áreas de transmissão do ZIKV recebessem orientação quando aos riscos potenciais e as medidas apropriadas para reduzir a possibilidade de exposição a picadas de mosquitos**; e que **recomendações da OMS sobre a desinsectação de aeronaves e aeroportos deveriam ser implementadas**. O CE também recomendou que **autoridades nacionais garantissem a rápida notificação e o compartilhamento de informação de importância para a saúde pública relevantes para esta ESPII; e que dados clínicos, virológicos e epidemiológicos relacionados com a ampliação das taxas de microcefalia e/ou de SGC de transmissão do ZIKV fossem compartilhados rapidamente com a OMS para facilitar a compreensão internacional desses eventos, guiar o apoio internacional para os esforços de controle e priorizar mais pesquisa e desenvolvimento**. Baseada nessas recomendações, a DG decidiu declarar a ESPII e adotar as recomendações temporárias.

			08/03/2016	O CE se reuniu para avaliar a adoção das recomendações temporárias e o resultados dos estudos observacionais, comparativos e experimentais sobre a possível associação causal ente a infecção por ZIKV e a microcefalia e a SGB. Além dos resultados preliminares desses estudos, o CE considerou a necessidade de esclarecimento sobre as inconsistências nos dados dos países e avaliou que o evento ainda constituía uma ESPII em vista das crescentes evidências de relação causa com o ZIKV. Era preciso **dar atenção para a geração de dados adicionais sobre as sequências genéticas e os efeitos clínicos de diferentes cepas de ZIKV, além do estudo da neuropatologia da microcefalia conduzir estudos de caso controle e coortes em localidades infectadas mais recentemente pelo vírus, e desenvolver modelos animais para estudos experimentais**. Também era preciso **pesquisar a história natural do ZIKV, incluindo as taxas de infecções assintomáticas e suas implicações, sobretudo com relação à gravidez, e a persistência da excreção de vírus**. **Estudos retrospectivos** precisavam ser feitos em zonas onde ocorreu transmissão por ZIKV, assim como **estudos sobre outros fatores causais e co-fatores observados nos cluster de microcefalia e de desordens neurológicas.** Para o CE, era preciso **reforçar a vigilância das infecções por ZIKV e do vetor**, incluindo a determinação das espécies de mosquitos-vetor e sua sensibilidade a inseticidas. **O controle do vetor deveria ser fortalecido no longo prazo e garantido pela Assembleia Mundial da Saúde**. Fortalecer a comunicação de risco, incluindo **informações sobre o risco de transmissão sexual, particularmente para indivíduos que viagens pelas áreas de risco**. Chama atenção a recomendação para que **mulheres grávidas não viajem para zonas em que ocorram surtos de Zika e que aquelas cujos parceiro vivam ou trabalhem em zonas de risco SE ABSTENHAM DO SEXO OU ADOTEM PRÁTICAS DE SEXO SEGURO durante sua gestação.** A DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			14/06/2016	O CE se reuniu para avaliar a adoção das recomendações anteriores e considerar **os potenciais riscos da transmissão de Zika em eventos de massa incluindo os Jogos Olímpicos e Paralímpicos previstos para agosto e setembro de 2016, no Rio de Janeiro, Brasil**, para os quais o CE avaliou as perspectivas, opiniões e preocupações que haviam circulado sobre o assunto. O CE aceitou o **consenso científico internacional de que o ZIKV era a causa da microcefalia e da SGB e que, consequentemente, a infecção por ZIKV e as desordens congênitas e neurológicas associadas constituíam uma ESPII.** O Comitê reiterou as orientações à DG sobre as áreas de pesquisa sobre microcefalia, outras desordens neurológicas e o ZIKV, além da vigilância, controle de vetores, comunicações de risco, atendimento clínico, medidas de viagens além de pesquisa e desenvolvimento de produtos. Sobre **eventos de grande massa,** o CE considerou que a **reunião substantiva de indivíduos poderia resultar na amplificação da transmissão e potencialmente contribuir para a disseminação internacional de uma doenças infecciosa a depender de sua epidemiologia, dos fatores de risco presentes e das estratégias de mitigação adotadas**. No contexto do Zika, o Comitê afirmou que os riscos individuais nas áreas de transmissão seriam as mesmas com ou sem eventos de massa, e que esses riscos poderiam ser minimizados por boas medidas de saúde pública**. As recomendações sobre atividade e cuidados sexuais foram mantidas tanto para gestantes como para viajantes para áreas de transmissão do ZIKV**. Baseados nas evidências à época, o CE afirmou que **o vírus poderia se disseminar internacionalmente e estabelecer novas cadeias de transmissão nas áreas em que o vetor estivesse presente**. No que diz respeito ao Jogos Olímpicos e Paralímpicos, o Comitê avaliou informações fornecidas pelo Brasil e por pesquisadores especialistas em arboviroses, assim como na disseminação internacional de doenças infecciosas, em medicina de viagem, eventos de massa e bioética. O Comitê concluiu que **haveria baixo risco de ampliação da disseminação internacional do ZIKV como resultado dos jogos no Brasil uma vez que esses seriam realizados no inverno, quando a intensidade de transmissão autóctone (como dengue ou Zika) seria mínima e que o país teria intensificado medidas de controle do vetor nas áreas dos jogos e ao redor delas para diminuir o risco de transmissão.** Ainda assim, o CE propôs recomendações para os Jogos com relação a eventos de massa, como **intensificar a avaliação de risco das áreas do evento, compartilhar as informações sobre a vigilância do mosquito e disponibilizar repelentes de mosquitos e preservativos para atletas e visitantes; todos os viajantes deveria garantir que estivessem totalmente informações sobre os riscos do ZIKV, medidas de proteção e sobre o que fazer caso acreditem terem se contaminado; os países deveriam adotar protocolos para viajantes que retornassem de país em que ocorra a transmissão do ZIKV.** A DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			01/092016	O CE foi reunido para avaliar a implementação das recomendações temporárias e avaliar a situação dos Jogos Olímpicos, além da disseminação geográfica do ZIKVA, sua história natural, epidemiologia, microcefalias e outras complicações neonatais associadas, a SGB e o conhecimento à época sobre a transmissão sexual do vírus. O Brasil foi congratulado pela aplicação bem-sucedida das medidas de saúde pública durante os Jogos Olímpicos, **nos quais não houve registro de casos confirmados de ZIKV entre pessoas que assistiram aos Jogos presencialmente** (o que apoia a avaliação de risco referente da 3a reunião). O CE considerou que, devido à expansão geográfica continuada e às lacunas consideráveis na compreensão do vírus e de suas consequências, a infecção pelo ZIKV e as desordens congênitas e outras desordens neurológicas continuavam a ser uma ESPII. As atividades recomendadas à DG continuavam sendo conduzidas. O Comitê considerou que, **dado que o impacto do vírus seria uma precaução de longo prazo, era preciso desenvolver uma estrutura apropriada e um plano de resposta na OMS** para fornecer coordenação de longo prazo e accountability para assegurar uma resposta efetiva. Era preciso, também, apoiar países com sistemas de saúde fragilizados em vista de sua alta vulnerabilidade e baixa capacidade. A DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.
			18/11/2016	O CE foi reunido para avaliar a implementação das recomendações e seus desdobramentos. O Comitê considerou que a ESPII levou o mundo a uma resposta urgente e coordenada, o que revelou que **a infecção por ZIKV e suas consequências associadas representam um problema significativo de longo prazo que precisa ser administrado pela OMS, pelos Estados partes e outros parceiros da maneira como outras ameaças de doenças infecciosas devem ser tratadas.** Depois de avaliar as evidências ao longo de 2016, o Comitê avaliou que o **link entre a infecção por ZIKV havia sido demonstrado e que um mecanismo técnico de longo prazo era necessário para gerir a resposta**. Embora considerasse que o ZIKV e suas consequências associadas permanecia um desafio de saúde pública permanente, o evento não representava mais uma ESPII. As lacunas de conhecimento persistentes poderiam ser resolvidas com uma pesquisa sustentada, transformada em um programa de trabalho com recursos específicos, como o proposto **Plano Estratégico de Resposta ao Zika** da OMS. A DG acatou as recomendações do CE e decidiu encerrar a ESPII e incorporar as recomendações anteriores ao mecanismo de resposta de longo prazo.

Tabela 15 - Comitê de Emergência sobre a doença do Ebola vírus na República Democrática do Congo (Kivu e Ituri)

17/07/2019	26/06/2020	8 (oito)	17/10/2018	Relato inicia com a posição do CE de não recomendar a declaração da ESPII. Foram avaliadas a situação epidemiológica, as estratégias de resposta e as recentes adaptações incluindo as equipes de resposta rápida em nível comunitário, além do trabalho do Escritório do Vice Representante do Secretário-Geral da ONU (MONUSCO), incluindo as atividades logísticas e de segurança para apoiar a resposta. A situação à época dizia respeito a duas províncias da RDC (Kivu e Ituri), onde 216 casos foram notificados (181 confirmados) e 135 óbitos foram registrados (104 confirmados). Nove países vizinhos foram notificados que estariam em situação de alto risco de disseminação e que teriam apoio com equipamentos e pessoal especializado; atenção especial fo dada a Uganda, Ruanda, Burundi e Sudão do Sul. O CE considerou que **o evento ocorria numa zona de conflito ativa em meio a uma crise humanitária prolongada**, o que complicava a busca de casos de contato e outros aspectos da resposta; havia **desconfiança da comunidade, incluindo a situação de segurança e pessoas evitando buscar assistência (demandava maior engajamento das comunidades e de parceiros nacionais e internacionais)**; ocorrência de **novos casos sem conexão epidemiológica,** que demandavam melhor mapeamento epidemiológico**; a avaliação de risco no nível global era alto, enquanto se mantinha altas nos níveis nacional e regional**; havia **amplos esforços de vacinação em anel**. O Comitê registrou que todos os todos os pilares da resposta estavam sendo atendido, incluindo a vigilância, a aplicação de novas vacinas e terapias, o screening nas fronteiras e as atividades de preparação em países adjacentes. O Comitê conclui não ser necessário declarar uma ESPII, mas recomendou que o governo da RDC, a OMS e os parceiros reforçassem a resposta, de modo a preservar a segurança da população e dos agentes de saúde, e evitar restrições a viagens e ao comércio internacionais. O DG acatou as recomendações e decidiu não declarar a ESPII.
			12/04/2019	Embora não recomendasse a declaração de uma ESPII, o Comitê mostrou-se preocupado com o aumento recente da transmissão em áreas específicas e o potencial risco de disseminação para países vizinhos. O CE recomendou que os esforços de detecção de casos fossem redobrados, assim como a garantia do mais alto grau de vacinação e de envolvimento das comunidades para ampliar o nível de aceitação das táticas de engajamento comunitário. Era preciso manter as recomendações de vigilância nos países adjacentes e de segurança das equipes de saúde. **Não considerava haver benefícios adicionais na declaração de uma ESPII, mas preocupavam os níveis de transmissão, que exigiam atenção reforçada da evolução da situação.** O DG acatou as recomendações do Comitê e decidiu não declarar uma ESPII.

			14/06/2019	O CE mostrou-se preocupado com a ocorrência de um novo surto, apesar das tendências epidemiológicas positivas, o que revelava a extensão e/ou a reinfecção pela doença em outras áreas e apresentava desafios, novamente, sobre a aceitação da comunidade e segurança. Somava-se à situação a falta de financiamento adequado e de recursos humanos para a resposta. A exportação de casos para a Uganda indicava a o risco de disseminação para países vizinhos, apesar de o risco para países de fora da região se mantivesse baixo. **Apesar dessas ressalvas e de o surto ser um evento extraordinário com risco de disseminação internacional, o Comitê avaliou que o evento ainda não constituía uma ESPII e que a resposta não seria ampliada com recomendações temporárias sob o RSI (2005).** Ainda assim, o CE recomendou que os países em risco melhorassem sua preparação para a detecção e gestão de casos exportados e que era necessário mapear o movimento de pessoas e os padrões sociológicos para prever o risco de disseminação da doença. As recomendações anteriores sobre vacinas, medicamentos e o engajamento de comunidades continuavam válidas, mas era preciso reforçar a orientação de fundos para o apoio à preparação e resposta nos países afetados. O CE também recomendava a **adoção de medidas coordenadas entre a ONU e parceiros para reduzir as ameaças à segurança, mitigar os riscos à segurança e criar um ambiente positivo para operações de saúde pública**. O Comitê reforçou a recomendação de não haver impedimentos a viagens e ao comércio internacionais. O DG acatou as recomendações e não declarou uma ESPII.
			17/07/2019	CE reuniu-se para avaliar os desdobramentos dos surtos de Ebola na RDC e registrou o primeiro caso em Goma (RDC), cidade de grande porte e de fronteira com Ruanda, portão de entrada para o interior da RDC e para o mundo. Preocupações com atrasos de financiamento para a resposta e com restrições punitivas a viagens e ao comércio internacional que afetaram diversas comunidades. O CE **recomendou a declaração da ESPII e a aplicação de recomendações temporárias**, acatadas pelo DG.
			18/10/2019	O CE reuniu-se para avaliar os desdobramentos da situação na RDC, onde haviam sido registrados 3228 casos (3114 confirmados), incluindo 2123 óbitos. Embora o número de áreas tivesse diminuído, as zonas remanescentes registravam novos casos. Uganda e Tanzânia relataram suas atividades de vigilância e resposta. A avaliação de risco conduzida pelo Secretariado da OMS indicava que, no nível global, estava baixo, enquanto se mostrava alto nos níveis regional e nacional, com uma transição de zonas de infecção das zonas urbanas para as rurais, o que criava dificuldades de detecção e resposta em localidades remotas. A vacinação em anel continuava efetiva e bem-sucedida, mas a manutenção da segurança em algumas áreas permanecia uma prioridade. Diversos planos de vacinação bilaterais estavam sendo adotados nas fronteiras, promovidos para o alinhamento da vigilância transfronteiriça. O CE avaliou que o evento ainda representava uma ESPII e que as recomendações temporárias deveriam ser estendidas, acrescentando-se a **necessidade de acelerar a vigilância de casos e de óbitos inexplicados, com foco na detecção de todas as cadeias de infecção**. Foi reforçada a recomendação de as fronteiras não serem fechadas a viagens e ao comércio internacional, o que levaria a pressão por cruzamentos informais de fronteiras, aumentando o risco de disseminação da doença. O DG acatou as recomendações e manteve a ESPII.

			12/02/2020	O CE reuniu-se para avaliar novamente os desdobramentos da ESPII e considerar a notificação de 3431 casos (3308 confirmados) e 2253 óbitos. Alguns desafios de mantêm, como o fortalecimento da aceitação comunitária às medidas de resposta; a proteção a agentes de saúde em checkpoints estratégicos de saúde; a melhoria da prevenção de infecções e de práticas de controle em unidades de saúde; o fortalecimento de sistemas de saúde locais; e o tratamento abrangentes e apoio para pacientes e recuperação. Foi registrada melhoria nas tendências de incidência de casos e de disseminação geográfica, sobretudo em função do controle, sobretudo em função da liderança do Ministério da Saúde da RDC e ação conjunta da OMS, ONU e de outros parceiros. O CE considerou que a situação ainda representava uma ESPII, cuja suspensão poderia comprometer os esforços de resposta e o apoio à RDC no enfrentamento não apenas do Ebola como também de outras doenças infecciosas. Também era necessário apoiar o fortalecimento do sistema de saúde local e manter a solidariedade internacional para a resposta. **O Comitê registrou as discussões sobre a interpretação do RSI (2005) para a criação de níveis intermediários de ESPIIs entre as possibilidades binárias de declaração de Emergência.** O DG acatou as recomendações do Comitê e decidiu manter a ESPII.
			14/04/2020	O CE se reuniu para avaliar o progresso significativo de contenção do vírus em circunstâncias extremamente difíceis. Poucos casos haviam sido registrados até então, quando a situação parecia estar se estabilizando, o que ainda gerava preocupação com a vigilância das comunidades afetadas, investigação de alertas, identificação e vacinação de contatos, descontaminação de casas e de unidades de saúde e o envio de amostras para sequenciamento. **Preocupação com a atuação de grupos armados na região, com a limitação de fundos para a resposta e com o impacto da covid-19**. A ESPII foi mantida pelo DG.
			26/06/2020	O CE reuniu-se num contexto de encerramento do registro de novos casos de Ebola na região, onde a transmissão entre humanos parecia estar encerrada. Um surto separado na região da província de Ecuateur estava sendo investigado, mas não estava epidemiologicamente relacionado ao surto de Ituri e Kivu. O CE avaliou que o Ministério da Saúde de RDC estava implementando um plano de resposta nacional para fortalecer a vigilância assim como as capacidades laboratoriais de diagnóstico, além do controle e da prevenção de infecções, o engajamento comunitário e a comunicação de risco, um programa de atenção a sobreviventes do EVD e melhoria das capacidades operacionais de departamentos de saúde provincianos. O Secretariado apresentou avaliação de risco sobre as regiões afetadas, que foi considerado moderado, enquanto o risco global se mantinha baixo. **Alguns desafios continuavam a preocupar, como a necessidade de recursos humanos e financeiros para manter as atividades de prevenção, preparação, resposta e controle; a situação de segurança volátil; o novo surto de Ebola na província de Ecuateur; e a carga concorrente de covid-19, cólera e sarampo**. O surto Ecuateur revelava o potencial de reintrodução por reservatórios animais, o que exigia a manutenção da vigilância para mitigar o risco de reemergência do EVD assim como a rápida detecção e resposta a qualquer novo cluster. O CE concluiu que o evento não constituía mais uma ESPII, o que foi acatado pelo DG, que decidiu encerrar a emergência.

Tabela 16 - Comitê de Emergência relativo ao surto do novo coronavírus 2019-nove / Comitê de Emergência sobre a Pandemia da doença do coronavírus

30/01/2020	Em curso	8 (oito)	22-23/01/2020	O CE se reuniu com o papel de orientar o DG sobre a decisão de declarar uma ESPII, além de sugerir eventuais recomendações temporárias. Houve divergências nas visões do Comitê com relação ao evento constituir uma Emergência ou não, mas mesmo assim concordaram que a situação era urgente e deveria ser reavaliada em breve, sobretudo pelas medidas de contenção adotadas em Wuhan, China. As autoridades chinesas revelaram um aumento no número de casos e de casos suspeitos e a proporção de mortes (4%). O Comitê avaliou a evolução em países próximos à China, como Japão, República da Coreia, Tailândia e Cingapura. O CE considerou crítica a transmissão humano-humano e a severidade dos casos confirmados, mas não pôde identificar a fonte (provavelmente um reservatório animal). **Vários membros consideraram ser ainda muito cedo para declarar uma ESPII, em vista de suas natureza restritiva e binária**. O Comitê recomendou que a OMS enviasse uma missão multidisciplinar internacional à China, para investigar a fonte animal do surto, a extensão da transmissão humano-humano, os esforços de screening em outras províncias da China, a ampliação da vigilância para infecções respiratórias agudas severas e para reforçar as medidas de contenção e mitigação. A missão forneceria informações para a comunidade internacional que ajudariam a compreender a situação e seu impacto potencial sobre a saúde pública. A OMS deveria oferecer todo o apoio necessário para responder a esse surto e implementar uma estratégia abrangente de comunicação de risco, assim como para permitir o avanço da pesquisa e desenvolvimento em relação ao novo coronavírus. **O CE avaliou que, pela natureza binária da ESPII, deveria ser aplicado um sistema com nuanças, indicativo de um nível intermediário de alerta**, o que refletiria melhor a severidade de um surto, seu impacto e medidas necessárias, além de facilitar a coordenação internacional. Para a China, o Comitê solicitou mais informações sobre medidas de gestão de risco transgovernamentais e **recomendou a adoção de medidas mais racionais para a contenção e mitigação do surto**; a **melhoria da vigilância** e da busca de casos ativos, sobretudo por conta do Ano Novo chinês; **colaboração com a OMS e parceiros para conduzir investigações** para compreender a epidemiologia e a evolução do surto, a fonte/reservatório animal do vírus, o potencial de transmissão humano-humano, os locais de transmissão, as características clínicas associadas à infecção e o tratamento necessário para reduzir a morbidade e a mortalidade; **continuar a compartilhar dados sobre todos os casos, incluindo o sequenciamento genético**; **conduzir screening em todos os aeroportos e portos das províncias afetadas, nacionais e/ou internacionais**. Para os demais países, o CE **alertou sobre a expectativa de maior exportação de casos em qualquer região** e recomendou que todos os países se preparassem para a **contenção, incluindo a vigilância ativa, a detecção precoce, o isolamento e a gestão de casos, o monitoramento de contatos e a prevenção da disseminação da infecção por 2019-nCoV**, e compartilhar os dados com a OMS. O Comitê recomendou que **todos os países demonstrassem solidariedade e cooperação de acordo com Artigo 44 do RSI (2005)**.

			30/01/2020	O CE se reuniu quando havia 7711 casos confirmados e 12167 suspeitos apenas na China, dos quais 1370 eram severos, além de 170 óbitos e de 124 recuperadas. Em outros 18 países, via 83 casos, 7 sem histórico de viagem à China. Já havia, também, transmissão humano-humano em 3 países fora da China, um deles grave, e 3 óbitos. O Comitê registrou o compromisso do governo chinês no enfrentamento do vírus e no compartilhamento de seu sequenciamento, o que facilitou o diagnóstico em outros países e o rápido desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico. A China adotou medidas muito fortes no país, que incluíram contato diário com a OMS e medidas multissetoriais abrangentes para prevenir maior disseminação do patógeno. Além disso, o país estaria colaborando com vários países, conduzindo estudos sobre a severidade e a transmissibilidade do vírus e compartilhando dados e material biológico. O CE admitiu a **existência de amplo desconhecimento sobre o vírus e manifestou a crença de que era possível interromper a disseminação do vírus se os países adotassem medidas para detectar o vírus precocemente, isolar e tratar casos, monitorar os contatos e promover medidas de distanciamento social de acordo com o risco**. Para o Comitê, o evento **representava naquele momento uma ESPII e propôs as seguintes recomendações temporárias (em apreço pelos esforços da China e pela necessidade de ação internacional coordenada)**: **reiterar a necessidade da missão internacional à China, do estudo das possíveis fontes do vírus e do esforço de ampliação da vigilância para fora de Hubei**. Também recomendou que **a OMS continuasse a avaliar com seus parceiros as formas em que o surto poderia ser contido globalmente; que a Organização oferecesse o apoio necessário aos países e regiões mais vulneráveis em particular; que fossem desenvolvidas medidas para assegurar o desenvolvimento e acesso a potenciais vacinas, diagnósticos, antivirais e outras terapias; que a OMS explorasse a possibilidade de criação de níveis intermediários de alerta entre as possibilidades binárias de declarar ou não uma ESPII; e que não houvesse restrições a viagens e ao comércio internacional com base nas informações disponíveis**. O DG acatou as recomendações do CE e declarou a ESPII. À China, foram mantidas as mesmas recomendações, e aos demais países, foi adicionada a recomendação de que **qualquer detecção de 2019-nCoV em animais deveria ser notificada à Organização para a Saúde Animal (OIE).** O Comitê registrou que, sob o Artigo 43 do RSI (2005), todas as medidas adicionais adotadas que interferissem no tráfego internacional deveriam ser obrigatoriamente comunicadas à OMS, acompanhada de justificativa, dentro das 48 horas de sua implementação.

			30/04/2020	O CE se reuniu para refletir sobre a natureza da pandemia e a necessidade de incluir áreas de expertise adicionais. O CE concluiu unanimemente que o surto ainda constituía uma ESPII e ofereceu orientações para o DG, que as acatou e emitiu recomendações temporárias aos Estados membros. Para a OMS, o CE recomendou que **a organização continuasse a liderar e coordenar a resposta global à pandemia de covid-19 em colaboração com países, a ONU e outros parceiros; continuasse o trabalho com países frágeis e vulneráveis; que estabelecesse mecanismos para compilar lições aprendidas e melhores práticas; promovesse a inclusão de todos os países interessados nos ensaios clínicos; continuasse os esforços com parceiros para obter acesso equitativo a equipamentos de proteção e equipamentos de diagnóstico e biomédicos essenciais para a resposta à covid-19; e continuasse a coordenar as redes globais de especialistas em epidemiologia, laboratórios, vacinas, atenção cínica, prevenção e controle de infecções, ciências sociais e pesquisa operacional.** O Comitê também recomendou a **colaboração com a OIE, a FAO e os países para a identificação da fonte zoonótica do vírus e a possível rota de introdução na população humana, incluindo o papel de hospedeiros intermediários (a ser realizado por missões a campo); e colaborar com organizações parceiras e países para fortalecer a cadeira de suprimento de alimentos, proteger trabalhadores do setor alimentício, gerir corretamente mercados de alimentos e mitigar quaisquer disrupções nas cadeias de suprimento de alimento.** No que diz respeito aos serviços essenciais de saúde, o CE recomendou o **apoio a países para avaliarem e gerir consequência não intencionais de medidas de saúde pública implementadas para controlar a covid-19, incluindo a violência de gênero e a negligência com crianças; apoiar os países a monitorar sua capacidade de oferecer e fortalecer serviços de saúde essenciais ao longo de uma resposta longa ao covid-19 (incluindo a prevenção de outras doenças infecciosas; serviços relativos à saúde reprodutiva; atenção a populações vulneráveis; provisão de medicamentos e insumos para doenças crônicas não-transmissíveis, incluindo saúde mental; gestão de condições de saúde emergenciais, incluindo o diagnóstico por imagens e o estoque de sangue); apoiar os países que enfrentem falta de medicamentos essenciais e outros produtos médicos.** Com relação à comunicação de risco, **reforçar o engajamento comunitário por meio da Rede de Informação da OMS para Epidemias (EPI-WIN); continuar a comunicar mensagens claras, orientações e conselhos sobre a evolução da pandemia de covid-19 e em como reduzir a transmissão e salvar vidas; e trabalhar com parceiros e países para articular possíveis consequências de longo prazo da pandemia de covid-19, enfatizando a necessidade de fortalecimento da preparação transetorial, a transparência e a coordenação globais.** Com relação à vigilância, **deixar clara a estratégia de testagem, apoiar a capacidade de testagem dos países e oferecer acesso equitativo a testes diagnósticos; continuar a oferecer orientação sobre o monitoramento de tendências da doença usando os sistemas de vigilância sobre Infecções Respiratórias Agudas Severas (SARI) e sobre Doenças Semelhantes à Influenza (ILI) em antecipação à co-circulação de vírus da influenza; desenvolver indicadores qualitativos e quantitativos para que os países avaliem e monitores a transmissão da covid-19 em todos os níveis da resposta em saúde pública; continuar a apoiar países e parceiros fornecendo orientações técnicas e operacionais, plataformas de treinamento e ferramentas para a ampliação da identificação de casos e da capacidade de busca de contatos, o fortalecimento da força de trabalho em saúde e o engajamento das comunidades para a busca de contatos.** Sobre o comércio e viagens internacionais**, continuar a trabalhar com os países para permitir viagens essenciais para a resposta à pandemia, a ajuda humanitária, repatriação e operações de carga; desenvolver orientações estratégicas com parceiros para o retorno gradual das operações normais de viagens de passageiros de forma coordenada que ofereça a proteção apropriada quando o distanciamento físico não for possível; atualizar recomendações sobre as medidas apropriadas de viagens analisar seus efeitos sobre a transmissão internacional da covid-19**. Para todos os Estados partes, **apoiar a liderança da OMS e continuar a colaborar com a OMS para instalar uma preparação e resposta global efetiva contra a covid-19; participar dos esforços globais de solidariedade; e documentar as lições aprendidas e as boas práticas para o relaxamento das medidas de saúde pública.** Com relação à preparação e à vigilância, o Comitê acrescentou **a necessidade de fortalecer os sistemas de vigilância e de acompanhar as tendências de transmissão via**

				confirmação laboratorial. No que diz respeito a medidas adicionais, o CE acrescentou que essas **deviam ser avaliadas caso a caso de modo a não criar impedimentos desnecessários**. O CE recomendou **priorizar a proteção da força de trabalho em saúde pela capacitação e o fornecimento de equipamentos de proteção adequados.** As demais recomendações sobre segurança alimentar, comunicação de risco e engajamento comunitário, pesquisa e desenvolvimento e serviços essenciais de saúde foram reiteradas.

			31/07/2020	Comitê reunido em função dos avanços na compreensão do SARS-CoV-2 vírus desde a declaração da ESPII em janeiro de 2020. A avaliação era de que o nível de risco global da covid-19 permanecia muito alto, o que demandava engajamento de todos os indivíduos, em particular os mais jovens, e as comunidades para continuarem a ter papel ativo na prevenção e no controle da transmissão da covid-19. Os membros do Comitê decidiram unanimemente que **a pandemia ainda constituía uma ESPII**, e o DG **declarou que o surto de covid-19 continuava a constituir uma ESPII e emitiu recomendações temporárias**. O CE apresentou orientações para o Secretariado da OMS: **continuar identificar e rapidamente comunicar lições aprendidas e melhores práticas recolhidas a partir da pandemia de covid-19 e em revisões nacionais; continuar a coordenar e mobilizar organizações multilaterais globais e regionais, parceiros e redes para o compromisso político e o financiamento da preparação e resposta à pandemia, incluindo o desenvolvimento de vacinas e terapias; preparar orientações para os ambientes onde houver o risco de fadiga na resposta no contexto de pressões sociais; continuar a trabalhar com parceiros para combater informações enganosas, a desinformação e a infodemia pelo desenvolvimento e a disseminação de mensagens claras sobre a pandemia e seus efeitos.** Para além dessas recomendações, o Comitê sugeriu o **engajamento na Access to covid-19 Tools (ACT) Accelertor, para o desenvolvimento de terapias efetivas e a introdução de vacinas.** As demais recomendações foram mantidas.
			29/10/2020	O CE se reuniu para avaliar os desdobramentos das recomendações anteriores e analisar o contexto da pandemia, cujo risco foi avaliado ainda como muito alto. O Comitê decidiu que a **pandemia ainda constituía um evento extraordinário, um risco à saúde pública a outros países por meio da disseminação internacional e continuava a exigir uma resposta internacional coordenada, o que levou a pandemia a ser ainda considerada uma ESPII**. O DG acatou as recomendações do Comitê e manteve a ESPII.

			14/01/2021	O CE se reuniu para avaliar a evolução da pandemia e o progresso na implementação das recomendações temporárias. A OMS avaliou que o nível de risco global da pandemia ainda era muito alto, devido, em parte, aos mais recentes relatos de novas variantes do SARS-CoV-2, como a do Reino Unido, da Dinamarca (detectada em minks) e da África do Sul, razão pela qual a equipe da OMS compartilhou um perspectiva global das mutações e variantes, assim como **planos para desenvolver e implementar padrões de nomenclatura que não façam referência a localizações geográficas**. Foi apresentado o status do **panorama de vacinas contra a covid-19**, assim como as orientações de uso prioritário de vacinas da covid-19 em contexto de suprimento limitado e as Recomendações provisórias para o uso da vacina Pfizer-BioNTech sob a listagem de uso emergencial. O Comitê reconheceu os desafios impostos pelo atraso de alguns laboratórios em submeterem todos os dados para a OMS, o que poderia impactar a capacidade da organização em atualizar a lista de uso emergencial e, assim, afetar o acesso equitativo a vacinas. O CE concordou unanimemente que a pandemia de covid-19 ainda constituía uma evento extraordinário, um risco à saúde pública a outros Estados pela disseminação internacional e continuava a exigir uma resposta internacional coordenada, o que ainda caracterizava o evento como uma ESPII. O DG revisou as recomendações do Comitê e decidiu pela manutenção da ESPII. De novas orientações, o CE recomendou **a continuação do trabalho entre OMS e parceiros para padronizar definições e nomenclaturas para variantes do vírus, baseadas em seu sequenciamento genético, de modo a evitar a estigmatização e que sejam neutra geográfica e politicamente; melhorar a capacidade global de testagem e sequenciamento genético, além de encorajar o compartilhamento rápido de sequências e meta-dados que fortaleçam o monitoramento da evolução do vírus e a compreensão global das variantes e dos efeitos sobre vacinas, terapias e na e eficácia de diagnósticos.** No que tange às **vacinas**, **acelerar a pesquisa sobre o que se desconhece sobre a eficácia da vacinação sobre a transmissão, a duração da proteção contra o tipo severo da doença e sobre as infecções assintomáticas, a duração da imunidade, a proteção no longo prazo usando diferentes intervalos de vacinação, assim como a proteção após a primeira dose e os regimes de vacinação; promover a solidariedade e o acesso equitativo a vacinas, encorajando Estados e laboratórios a doar recursos e apoio à COVAX Facility; promover a transferência de tecnologias para países de baixo e médio desenvolvimento com potencial de acelerar a produção global de vacinas; e oferecer o suporte a todos os países, sobretudo ao mais frágeis, em preparar a introdução de vacinas, pelo desenvolvimento de planos nacionais de distribuição e vacinação (visando a priorização de determinadas populações, autorização regulatória, preparação de estoques e logística, indenização e responsabilização, planejamento da força de trabalho em saúde e acesso a populações vulneráveis).** Sobre o **tráfego internacional,** o CE recomendou o **rápido desenvolvimento e a disseminação da posição política da OMS sobre considerações legais, éticas, científicas e tecnológicas relacionadas às exigências para a prova de vacinação contra a covid-19 para viajantes internacionais e o desenvolvimento de padrões de documentação digital sobre medidas de redução dos riscos associados a viagens (que possam funcionar em diferentes plataformas).** Nas recomendações adicionais, o CE acrescentou **engajar o setor privado no planejamento e na introdução para suplementar a provisão de serviços existentes e a capacidade de vacinação**. O Comitê recomendou, ainda, **não introduzir exigências de prova de vacinação ou imunidade para viajantes internacionais como condição de entrada e reforçar a vigilância de variantes ou de mudanças abruptas na transmissão ou na severidade da doença.**

			15/04/2021	O CE se reuniu num **contexto preocupante de aumento continuado de casos e óbitos e da necessidade de ampliar os esforços globais de vacinação**. Dada a situação, o Comitê reconheceu que a pandemia de covid-19 ainda constituía um evento extraordinário que continuava a afetar adversamente a saúde das populações ao redor do mundo, impunha um risco de disseminação internacional e de interferência no tráfego global e exigia uma resposta internacional coordenada, portanto se caracterizando ainda como uma ESPII. O CE avaliou a equipe que participou da missão para preparar o relatório da OMS sobre as origens do SARS-CoV-2 e recomendou fossem adotada as orientações do relatório. **Foi levantada a preocupação com o acesso apropriado de todos os países a suprimentos para diagnóstico, tratamentos e vacinas para todos os países, independentemente de sua capacidade de pagamento. As iniquidades estariam retardando o retorno à vida social e econômica normal.** O DG concordou com as recomendações do Comitê e decidiu manter a ESPII. O CE recomendou **recolher e compartilhar melhores práticas sobre a vacinação contra a covid-19, de modo a orientar o processo decisório em todos os níveis; fortalecer a capacidade da OMS e dos Estados partes em prevenir, detectar e responder à crescente ameaça de vacinas fora do padrão ou falsificadas; e promover a pesquisa sobre a eficácia e efetividade das vacinas com relação a infecções, transmissão, proteção de longo prazo em diferentes intervalos de vacinação, calendários de uma, duas doses ou doses de reforço, e a proteção com diferentes vacinas** No que diz respeito às **variantes, fortalecer a capacidade vigilância dos Estados e o compartilhamento de dados, conforme recomendações anteriores**. Além dessas recomendações, o Comitê sugeriu **encorajar a vacinação de tripulações aéreas e navais (especialmente os que estejam detidos no mar ou impedidos de cruzar fronteiras); reduzir a carga financeira sobre viajantes em função de medidas de saúde pública; fortalecer a regulação de mercados de animais frescos (wet markets) e desencorajar a venda ou importação de animais selvagens que ofereçam alto risco de transmissão; e conduzir o monitoramento de risco de populações animais de modo a reduzir a transmissão de doenças para humanos**. O Comitê também recomendou que a OMS ampliasse o trabalho com parceiros para fortalecer seus serviços essenciais de saúde, com **foco na saúde mental, em sistemas de prevenção e controle em saúde pública, além de outros impactos sociais e preparação para infecções concomitantes.**

			14/07/2021	O CE foi convocado em meio ao chamado global para a ampliação da vacinação e o uso racional de medidas sociais e de saúde pública. Para o Comitê, a pandemia continuava um desafio global com países enfrentando diferentes demandas econômicas, sociais e de saúde, e que essa diferenças estavam afetando o acesso a vacinas, terapias e diagnósticos. Países em acesso avançado a vacinas e com sistemas de saúde bem financiados sofriam pressão para a reabertura e o relaxamento das medidas de saúde pública, enquanto países com limitado acesso a vacinas estavam experimentando novas ondas de infecção, com erosão da confiança pública e crescente resistência às medidas de saúde pública, além de dificuldades econômicas e agitação social crescente. **A situação estaria levando ao os governos a tomarem medidas divergentes sobre como tratar as questões internas, o que impedida uma abordagem harmonizada da resposta global, somada ao baixo financiamento do Plano Estratégico de Preparação e Resposta da OMS (impacto sobre o papel de liderança da OMS na resposta global à pandemia)**. O Comitê afirmou que **a pandemia estaria longe de terminar e estaria continuando a evoluir com quatro variantes de preocupação dominando a epidemiologia global, incluindo a possibilidade da emergência e disseminação global de novas variantes, possivelmente mais perigosas**. Em vista dessa situação, o CE concordou que a pandemia de covid-19 ainda constituía um evento extraordinário que afetava adversamente a saúde das populações ao redor do mundo e que oferecia um risco de disseminação internacional e de interferência no tráfego internacional, demandando uma resposta internacional coordenada e representando ainda uma ESPII. O DG acatou as recomendações do Comitê e decidiu manter a ESPII. As recomendações anteriores foram reiteradas e incluíram **o uso de medidas de saúde pública baseadas em evidências e no monitoramento em tempo real da situação epidemiológica e das capacidades dos sistemas de saúde (sobretudo o uso de máscaras, o distanciamento social, a higiene das mãos e a melhoria da ventilação de espaços fechados); adotar uma perspectiva de gestão de riscos para eventos de massa, de acordo com as particularidades de cada evento e da situação epidemiológica do local do evento; promover a meta da OMS de que 10% de toda a população mundial esteja vacinada até setembro de 2021, além da solidariedade global para proteger populações vulneráveis contra a emergência e disseminação de novas variantes do vírus; reforçar as estratégias de comunicação de modo a diminuir a transmissão do vírus e combater a desinformação, incluindo rumores que ampliem a hesitação sobre a vacinação; encorajar os países a pesquisarem sobre os efeitos pós-infecção em pacientes que sofram dessas condições; e reconhecer todas as vacinas que tenham sido incluídas na Lista de Uso Emergencial da OMS no contexto das viagens internacionais**.

Tabela 17 - Comitê de Emergência relativo à Síndrome Respiratória do Oriente Médio causada pelo coronavírus (MERS-CoV)

09/07/2013	02/09/2015	10 (dez)	09/07/2013	O CE se reuniu num contexto em que o MERS-CoV já havia sido notificado regularmente desde 2012 em vários países do Oriente Médio, no Reino Unido, na Alemanha, na França, na Itália e na Tunísia, e analisou os dados da situação à época e as informações fornecidas pelo Secretariado da OMS sobre os países onde haviam sido ou estavam sendo registrados de casos da doença. Para o Comitê, mais informações era necessário em diversas áreas (**sem identificar quais seriam nem a razão desta demanda**). **Não houve registro de que o evento teria sido avaliado como uma ESPII e/ou se recomendações temporárias haviam sido consideradas**. Por esse motivo, o DG não fez nenhum movimento quanto à declaração de uma Emergência ou sobre à proposição de recomendações temporárias, e uma nova reunião do CE foi agendada para uma semana mais tarde.
			17/07/2013	O CE se reuniu depois que dois casos confirmados de MERS-CoV foram notificados pela Arábia Saudita (sem hospitalização). Desta vez, **a situação da MERS-CoV foi avaliada como séria e de muita preocupação, não havia sido alcançadas as condições para a declaração de uma ESPII**. Para o Comitê, **a declaração de uma ESPII seria uma ação dramática e desproporcionada, que poderia fazer mais danos do que benefícios**. Decidiu-se **não emitir nenhuma restrição a viagens internacionais, apenas algumas orientações**. Além dos dois casos reportados, a Arábia Saudita havia testado 1460 pessoas nas semanas anteriores. Na contagem global, haviam sido notificados 84 casos e 45 óbitos, dos quais 68 casos e 38 óbitos haviam ocorrido na Arábia Saudita. O CE emitiu as seguintes **recomendações: melhorar a vigilância, a capacidade laboratorial, a busca de contatos e estudos sorológicos; promover a prevenção e o controle de infeções e a administração clínica; reforçar as orientações sobre viagens e a comunicação de risco; promover a pesquisa epidemiológica, clínica e animal; e melhorar a coleta de dados e a capacidade de notificação completa e em tempo real de todos os casos prováveis e confirmados de MERS-CoV**. Embora tenha mostrado a capacidade de se disseminar entre pessoas em contato com familiares e hospitais, **o vírus não havia ainda alcançado a transmissão sustentada em comunidades**. Na ponderação sobre a declaração da ESPII, **o Comitê considerou a severidade da doença, a possibilidade de disseminação do vírus e se a declaração traria algum benefício**. Para o vice-Diretor-Geral para a Segurança da Saúde e do Meio Ambiente (Keiji Fukuda), **era necessário ponderar se a ESPII seria útil, uma vez que enviaria um sinal político muito forte ao redor do mundo, que demandaria o mais alto nível de atenção, e que esse tipo de declaração deveria ser proporcional ao evento. Declarar uma ESPII poderia ameaçar a credibilidade da OMS (não declarar a ESPII demonstraria um equilíbrio nas ponderações do CE)**. À época, havia diversas **incertezas** sobre o MERS-CoV, entre elas **a incidência de casos leves e assintomáticos; a origem animal do vírus; a inexistência de casos relacionados a viagens na América Latina, mas o registro de vários casos na Europa (estaria escapando da detecção?); as diferentes formas de contaminação na comunidade e em ambientes hospitalares (onde medidas extraordinárias não precisavam ser tomadas); e as razões de os testes sorológicos detectarem, as mesmas coisas**). A DG acatou as recomendações do CE e decidiu não declarar a ESPII.

			23/09/2013	O CE se reuniu para avaliar a evolução da situação do MERS-CoV na Arábia Saudita e no Catar, e considerou que as condições para a declaração de uma ESPII ainda não haviam sido alcançadas. Ainda assim, o Comitê emitiu as seguintes recomendações: **fortalecer a vigilância especialmente em países onde houvesse peregrinos participando do Umrah e do Hajj (peregrinações a Meca); ampliar a comunicação de risco sobre o MERS-CoV, particularmente entre esses peregrinos; apoiar os países especialmente vulneráveis, sobretudo na África Subsaariana, tendo em consideração os desafios regionais; ampliar as capacidades de testagem e diagnósticos relevantes; continuar o trabalho investigativo sobre as origens animais do vírus; fortalecer o compartilhamento de informações em tempo real com a OMS**. A DG acatou as recomendações do CE e não declarou uma ESPII.
			04/12/2013	O CE se reuniu com a presença de outros países afetados pelo MERS-CoV além da Arábia Saudita, como o Kwait, Omã, Catar e Espanha. Na reunião, foram apresentados os clusters recentes, a detecção por teste de cadeira de polimerase do MERS-CoV em camelos, e a preparação e experiência de saúde pública da peregrinação do Hajj. Na avaliação do Comitê, **não haveria razão para modificar as orientações à DG/OMS e que, pela avaliação de risco, as condições para a declaração de uma ESPII não teriam sido alcançadas**. Apesar disso, **a situação permanecia preocupante, em vista dos casos correntes e de novas informações sobre a presença do vírus em camelos**. As recomendações anteriores foram reforçadas, incluindo-se: **promover estudos investigativos, incluindo casos-controle internacionais, estudos sorológicos, ambientais e de interface animais-humanos, para melhorar a compreensão dos fatores de risco e a epidemiologia; e revisar em profundidade e fortalecer as ferramentas para a definição de casos e melhorar o controle e a prevenção de infecções.** A DG acatou as recomendações do Comitê e decidiu não declarar a ESPII.
			14/05/2014	O CE se reuniu num contexto de notificação de casos de MERS-CoV no Egito, na Grécia, na Jordânia, no Kwait, no Líbano, na Malásia, em Omã, nas Filipinas, no Catar, na Arábia Saudita, nos Emirados Árabes Unidos, nos EUA e no Iêmen. Foram discutidos os avanços epidemiológicos e científicos, incluindo aumento recente no número de casos em comunidades e hospitais, padrões de transmissão e observações da missão da OMS à Arábia Saudita. O Comitê avaliou que **a seriedade da situação havia aumentado em termos do impacto na saúde pública, mas não havia evidência de transmissão humano-humana sustentada.** Como resultado, as condições para a declaração de uma ESPII não haviam sido alcançadas, embora a preocupação com a situação tivesse aumentado, particularmente no grande aumento de casos, na debilidade sistêmica de prevenção e controle de infecções, nas lacunas de informação e na possibilidade de exportação de casos para países vulneráveis. Para além das recomendações anteriores, o CE considerou: **fortalecer a vigilância, a investigação de casos e a colaboração intersetorial e o compartilhamento de informações entre ministérios e organizações internacionais relevantes, especialmente a OIE e a FAO; e desenvolver e disseminar diretrizes relativas a eventos de massa para prevenir uma maior disseminação da MERS-CoV.** A DG acatou as recomendações do CE e não declarou a ESPII.

			17/06/2014	O CE se reuniu num contexto de novas infeções na Algéria, no Irã, nos Países Baixos, na Arábia Saudita, nos Emirados Árabes Unidos (EAU) e nos EUA, com novas informações da missão aos EAU.O Comitê avaliou que a situação permanecia altamente preocupante, mas que houve diminuição no número de casos e não havia evidências de transmissão humano-humano. Foram registrados os esforços significativos de fortalecimento de medidas de controle e prevenção, o que levou o CE a considerar que as condições para a declaração de uma ESPII não haviam sido alcançadas ainda. O que mais preocupava o Comitê era o aumento antecipado de viagens para a Arábia Saudita, relacionadas à Umra, ao Ramadã e à Hajj. O CE expressou preocupação sobre a **necessidade de melhor analisar os surtos hospitalares para melhor compreender onde as brechas de prevenção e controle de infeções estavam ocorrendo, incluindo onde pacientes ainda não tinham recebido um diagnóstico e seguiam internados frequentemente em condições de alta lotação, tais como em departamentos e clínicas de urgência.** Além disso, o Comitê registrou **as descobertas que apoiavam crescentemente a hipótese de camelos era uma fonte importante de exposição ao MERS-CoV na comunidade**. Todas as recomendações anteriores foram mantidas, apenas **reforçadas quanto à necessidade de vigilância de peregrinos à Umra, ao Ramadã e à Hajj, sobretudo com relação a precauções para o controle de infecções.** O CE concluiu que o controle de temperatura em locais de entrada não era necessária e que recursos deveriam ser orientados para outras medidas de saúde pública mais efetivas. A DG acatou as recomendações do Comitê e não declarou a ESPII.
			01/10/2014	O CE se reuniu num contexto em que os esforços para fortalecer as medidas de controle e prevenção estavam sendo aplicados e a situação epidemiológica não havia se modificado; o número de casos havia caído desde a última reunião, embora alguns casos esporádicos ainda fossem registrados, sem evidências de transmissão humano-humano sustentada; havia transmissão em unidades de saúde em pequenos clusters, mas aparentemente contida; ações para evitar a disseminação internacional do MERS-CoV pareciam efetivas; e os dados disponíveis indicavam que a transmissão do MERS-CoV poderia ser sazonal. O Comitê considerou que as orientações anteriores poderiam ser mantidas e que as condições para a declaração de uma ESPII não haviam sido alcançadas ainda. A DG acatou as recomendações e decidiu não declarar a ESPII.

			05/02/2015	O CE se reuniu para avaliar a situação do MERS-CoV na Áustria, em Omã, no Catar, na Arábia Saudita e na Turquia. O Comitê avaliou que os casos continuavam a ocorrer e que o padrão epidemiológico continuava a caracterizar-se por casos esporádico e por clusters de casos em comunidade e em unidades de saúde, sobretudo na Arábia Saudita, em transmissão comunitária sustentada. Um pequeno número de casos havia sido reportado em viajantes, mas não havia notificação de casos entre peregrinos à Hajj. O CE também registrou que, apesar de todos os esforços de controle e prevenção, a transmissão em unidades de saúde ainda estava ocorrendo e que, ainda que que o padrão de transmissão parecesse relativamente o mesmo, a situação geral e a possibilidade de disseminação internacional permaneciam preocupantes. Era necessário melhorar a vigilância em vários países para melhor compreender as tendências relacionadas à disseminação do vírus, enquanto outros estudos eram necessários para melhor compreender os fatores de risco de infecção e transmissão. O CE manteve as orientações anteriores, e a DG acatou as recomendações e não declarou a ESPII.
			17/06/2015	O CE se reuniu no contexto de um grande surto na República da Coreia, sobre o qual eram necessários estudos sobre a epidemiologia e os padrões de transmissão, além da avaliação de risco e a adoção de medidas de controle e prevenção. No país, o Comitê identificou a falta de conscientização de trabalhadores da saúde e do público em geral sobre o MERS-CoV; medidas subótimas de prevenção e controle de infecções em hospitais, onde havia contato estreito e prolongado de pacientes infectados nas salas de emergência e nos ambulatórios; prática de busca de ajuda médica em diversos locais ("doctor shopping"); e o costume da permanência de muitos visitantes e familiares com pacientes infectados em quartos de hospitais, facilitando a disseminação secundária da infecção. O CE **recomendou o isolamento e o auxílio sanitário adequado aos indivíduos e a quarentena dos seus contatos**. O Comitê não identificou alterações genéticas entre as amostras do vírus da República da Coreia e os vírus do Oriente Médio, e considerou que a transmissão do MERS-CoV estava fortemente associada à ambientes de atendimento em saúde. Também não havia evidências de transmissão comunitária, embora o monitoramento dos padrões de transmissão ainda fosse necessários, e o CE registrou que **havia muitas lacunas no conhecimento sobre a transmissão do vírus entre as pessoas, incluindo o papel potencial da contaminação ambiental e a baixa ventilação, entre outros fatores, o que tornava crítica a pesquisa continuada**. O Comitê expressou preocupação de que, num mundo altamente móvel, todos os países estivessem preparados para uma possibilidade não antecipada de surtos do MERS-CoV e de outras doenças infecciosas, o que evidenciava a necessidade de colaboração entre a saúde e outros setores, como a aviação civil. As orientações anteriores do CE foram mantidas, o que foi acatado pela DG, que não declarou a ESPII.

			03/09/2015	O CE foi reunido para avaliar os recentes casos e os padrões de transmissão do MERS-CoV na Arábia Saudita, na Jordânia, nos Emirados Árabes Unidos (EAU), na República da Coreia, nas Filipinas e na Tailândia. Foram avaliados os resultados da missão à Arábia Saudita, onde a maior parte dos casos ocorreu em ambientes hospitalares, onde os pacientes permaneciam em condições de lotação, sendo movimentados entre outros pacientes sem diagnóstico e com medidas de controle e prevenção de infecções inconsistente. O Comitê considerou que as condições para a declaração de uma ESPII não haviam sido alcançadas ainda, mas enfatizou que a situação geral da MERS-CoV era de grande preocupação. Havia eram registradas diversas infecções de camelos para humanos em alguns países e diversos casos de transmissão humano-humano em ambientes de atenção à saúde. O CE apontou que **os maiores fatores para a situação corrente seriam a baixa conscientização dos perigos urgentes oferecidos pelo vírus; o engajamento insuficiente de atores-chave; e a implementação insuficiente de medidas de controle de infecções, especialmente em ambientes hospitalares.** Dado que os esforços ainda não havia sido suficientes, os países e a comunidade global permaneciam em risco significativo de novos surtos. **Mais importante, os surtos estariam ocorrendo próximos ao início da Hajj e muitos peregrinos retornariam aos seus países de origem, com sistemas de vigilância e saúde muito fracos**. O surto na República da Coreia demonstrou que, quando o vírus aparece numa nova localidade, há grande potencial para transmissão disseminada e disrupção severa do sistema de saúde e da sociedade. **Era preciso reforçar o compartilhamento de informações, o que ajudaria a monitorar casos assintomáticos. Faltavam informações sobre infecções em animais, o que exigia maior colaboração entre agências de saúde pública e as agência de saúde animal e de agricultura**. O CE **recomendou que a colaboração internacional para o desenvolvimento de vacinas e terapia para humanos e animais fosse acelerada.** A DG acatou as orientações do Comitê e decidiu não declarar a ESPII.

Tabela 18 - Comitê de Emergência relativo à Febre Amarela

19/05/2016	31/08/2016	2 (duas)	19/05/2016	A reunião do CE foi realizada para avaliar a história e o impacto da Iniciativa para Febre Amarela (Yellow Fever Initiative), o surto urbano de febre amarela em Luanda (Angola) e sua disseminação nacional e internacional pela RDC, China e Quênia. O CE considerou que o evento era um evento de saúde pública sério e que houve mobilização nacional e apoio internacional amplificado, mas avaliou que **não constituía uma ESPII**. Ainda assim, o CE ponderou os riscos de surtos de febre amarela e ofereceu apoio técnico para ações imediatas da OMS e de parceiros. O CE também recomendou o **reforço da vigilância, da comunicação de risco, da mobilização comunitária, do controle de vetores e de medidas de gestão de casos**; garantir a **vacinação de todos os viajantes e trabalhadores migrantes entre a Angola e a RDC**; e a **intensificação da vigilância e das atividades de preparação,** incluindo a vacinação de viajantes e a comunicação de risco. Foi recomendado que a OMS fizesse a análise planejada e revise a estratégia global para a prevenção da febre amarela urbana dado que o risco de tais eventos está aumentando.
			31/08/2016	O Secretariado informou o CE sobre o status do surto e as respostas dadas em Angola e na RDC, e sobre a situação em outros países que notificaram alto risco. Também tratou do estoque global de vacinas para a febre amarela. O CE registrou não haverem sido notificados casos em Angola e na RDC, mas que havia preocupação de disseminação para a República do Congo, o que poderia aumentar o surto. Os casos em outros países também foram controlados. O Comitê considerou que o evento não representava uma ESPII e que ensejava apenas ação nacional continuada e apoio internacional, sobretudo em função do início da estação chuvosa (demandava melhor controle do vetor). As recomendações anteriores foram reforçadas, acrescidas da **documentação sobre o fracionamento de doses de vacina e sobre o estudos dos resultados referentes à duração da imunidade**.

Tabela 19 - Comitê de Emergência sobre a doença do Ebola vírus na República Democrática do Congo (Equateur)

18/05/2018	18/05/2018	1 (uma)	18/05/2018	CE se reuniu para avaliar a ocorrência de um pequeno surto de Ebola vírus, com 45 casos (dos quais somente 14 casos foram confirmados) e 25 óbitos. A maioria ocorreu em zonas remotas, sendo apenas 1 caso em área urbana populosa (Mbandaka). Nove países adjacentes à RDC foram notificados sobre o risco de disseminação do vírus. O Comitê considerou **o fato de o vírus ter chegado a uma zona urbana**; que houve diversos surtos áreas remotas e de difícil acesso; e que **profissionais da saúde foram infectados**, o que facilitaria a amplificação. O CE também considerou que o **risco de disseminação internacional era particularmente alto** em vista da proximidade da cidade de Mbandaka com o rio Congo (tráfego regional significativo em fronteiras porosas). Havia **desafios logísticos consideráveis** dada a fraca infraestrutura e a localização remota da maior parte dos casos reportados, o que impactaria a vigilância, a detecção de casos e o acesso a vacinas e terapias. Apesar disso, o CE considerou que a resposta do Governo da RDC, da OMS e dos parceiros foi rápida e abrangente; e que as intervenções em curso colocariam o surto sob controle; e que o uso de uma vacina experimental também era motivo de otimismo. O CE recomendou que a RDC, OMS e parceiros se mantivessem engajados numa resposta vigorosa; que a comunidade científica compartilhasse dados críticos e internacionais; que não houvesse impedimentos ao comércio e a viagens internacionais; que a segurança dos profissionais de saúde fosse garantida; que o monitoramento nas saídas de portos e aeroportos era necessária; que houvesse comunicação de risco robusta, com engajamento das comunidades; e que o Comitê deveria se reunir novamente apenas se o surto escalasse. **O CE recomendou que o evento não constituía uma ESPII**, e a OMS reforçou não ser necessário aplicar restrições a viagens e ao comércio.