



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE DIREITO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS

GABRIEL DA LUZ STEL

**A resposta do governo Bolsonaro em face das políticas públicas
difundidas pela OMS durante a pandemia de COVID-19**

DOURADOS
JULHO/2024

GABRIEL DA LUZ STEL

**A resposta do governo Bolsonaro em face das políticas públicas
difundidas pela OMS durante a pandemia de COVID-19**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca
Examinadora da Universidade Federal da Grande Dourados,
como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em
Relações Internacionais.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Boti Bernardi

DOURADOS

JULHO/2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

S824r Stel, Gabriel Da Luz

A resposta do governo Bolsonaro em face das políticas públicas difundidas pela OMS durante a pandemia de COVID-19 [recurso eletrônico] / Gabriel Da Luz Stel. -- 2024.

Arquivo em formato pdf.

Orientador: Bruno Boti Bernardi.

TCC (Graduação em Relações Internacionais)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2024.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Organização Mundial da Saúde. 2. Governo Bolsonaro. 3. Políticas Públicas. 4. Populismo médico. 5. Pandemia COVID-19. I. Bernardi, Bruno Boti. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Em 11 de julho de 2024, compareceu para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso, requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Relações Internacionais, a aluna **Gabriel da Luz Stel** tendo como título “**A RESPOSTA DO GOVERNO BOLSONARO EM FACE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DIFUNDIDAS PELA OMS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**”.

Constituíram a Banca Examinadora os professores Dr. Bruno Boti Bernardi (orientador), Dra. Déborah Silva do Monte (examinadora) e Dr. Arthur Pinheiro de Azevedo Banzatto (examinador). Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, o trabalho foi considerado APROVADO COM LOUVOR.

Por nada mais terem a declarar, assinam a presente Ata.

Observações: a banca teceu vários elogios à qualidade de pesquisa do trabalho

Dourados/MS, 11 de julho de 2024

Documento assinado digitalmente
gov.br BRUNO BOTI BERNARDI
Data: 11/07/2024 11:33:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Bruno Boti Bernardi
Orientador

Documento assinado digitalmente
gov.br DEBORAH SILVA DO MONTE
Data: 11/07/2024 12:06:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Déborah Silva do Monte
Examinadora

Documento assinado digitalmente
gov.br ARTHUR PINHEIRO DE AZEVEDO BANZATTO
Data: 11/07/2024 11:57:41-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Arthur Pinheiro de Azevedo Banzatto
Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por ter me abençoado e iluminado meu caminho, me rodeando de pessoas incríveis por toda minha trajetória e me dando forças para chegar até aqui. Gostaria de agradecer a minha mãe, Luzia, por sempre lutar por cada um de nossa família, você é a nossa maior força. Como professora de história, sempre me mostrou que o melhor caminho era os dos estudos e me proporcionou os de melhor qualidade e estando presente mesmo a 320 km de distância.

Ao meu pai, Nivaldo, que trabalha arduamente para que nunca falte nada para nossa família, me proporcionou tudo para que eu focasse nos estudos. Com sua serenidade e carinho me ensinou a ser um homem calmo e amoroso.

As minhas avós, Dona Hilda, por cuidar de mim enquanto criança, sendo minha melhor amiga, e agora com a distância, sempre rezando e intercedendo pela minha vocação. E Dona Ana, por sempre ser esta alegria em pessoa, por estar ao meu lado nos momentos de transições de fases da minha vida, sempre me apoiando, tanto quando me mudei para Umuarama-PR e quando vim para Dourados-MS.

Agradecer ao meu irmão, Lucas, que me acolheu e me apoiou, desde quando eu era pequeno, sempre me levado aos lugares, para fazer trabalho da escola ou para treinar basquete. À minha cunhada, Ana Maria, por ter me apoiado e ter trazido ao mundo, meus sobrinhos, Sofia Maria e Pedro Lucas, que são minha alegria e minha esperança ao acreditar em um mundo melhor, ao me trazerem leveza e me mostrarem o amor mais puro e genuíno.

Ao meu amor, Ana Beatriz Salvador, por entrar na minha vida e transformá-la. Obrigado por todas as trocas de amor, carinho, respeito e conselhos, sem você o caminho até aqui teria sido muito mais árduo e demorado. Muito obrigado por muitas vezes enquanto eu me sabotava, me mostrar que eu tinha potencial para chegar até aqui. Obrigado por ser o meu amor e meu lar.

Aos amigos que me acompanharam durante minha trajetória por Dourados, gostaria de agradecer a Uriel Ajala, Raissa Soares e Ademar Amorim, por terem me acolhido e se tornado minha família em Dourados. Agradeço por cada memória colecionada, por cada conselho, e um oásis para quando estava triste. Espero que nossa amizade possa se perpetuar por toda a vida. Agradeço também a todos os amigos da turma XI, por toda a ajuda e companheirismo, foi muito gratificante ter percorrido esta trajetória com vocês.

Agradeço a equipe PROGESP/UFGD, principalmente a CAPP e DILEP, por serem responsáveis pelo meu desenvolvimento profissional, e me mostrado como um ambiente de trabalho pode ser tão acolhedor. Obrigado por fazerem minhas manhãs mais alegres e de muita aprendizagem.

Agradeço ao meu Orientador Profº Drº Bruno Boti Bernardi, por ter me auxiliado nesta fase difícil que é o TCC, trazendo uma abordagem leve e respeitosa. Obrigado também a Profª Drª Déborah Silva do Monte que me auxiliou na etapa de projeto do meu TCC. Por fim, agradeço a Universidade Federal da Grande Dourados, que me proporcionou um ensino gratuito e de qualidade, que contribuiu para a minha formação, trazendo muitas experiências e oportunidades.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda como o governo Bolsonaro dificultou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a difundir suas recomendações de políticas públicas no Brasil, durante a pandemia da COVID-19. A pesquisa teve como objetivo compreender como a OMS coordenou a resposta à pandemia de COVID-19 dos países, tendo em vista as suas recomendações difundidas, ademais de explorar como o governo Bolsonaro foi contrário a elas. A abordagem metodológica utilizada foi o método de revisão bibliográfica, o qual se baseia em livros, artigos científicos, site oficial da OMS e jornais de grande circulação. Os resultados da pesquisa demonstram que o governo Bolsonaro, ao se utilizar da estratégia populista, forjou uma divisão entre o povo e a OMS, desta forma criando uma imagem rivalizada da OMS, ao negar seguir suas recomendações.

PALAVRAS-CHAVE: Organização Mundial da Saúde; Governo Bolsonaro; Políticas Públicas; Populismo médico; Pandemia COVID-19.

ABSTRACT

The present Undergraduate Thesis addresses how the Bolsonaro government hindered the World Health Organization (WHO) from disseminating its public policy recommendations in Brazil during the COVID-19 pandemic. The research aimed to comprehend how the WHO coordinated countries' responses to the COVID-19 pandemic, considering its disseminated recommendations, and to explore how the Bolsonaro government opposed them. The methodological approach used was a literature review, based on books, scientific articles, the official WHO website, and major newspapers. The research results demonstrate that the Bolsonaro government, by employing a populist strategy, fostered a division between the people and the WHO, thereby creating a rivalized image of the WHO by refusing to follow its recommendations.

KEYWORDS: World Health Organization; Bolsonaro Government; Public Policies; Medical Populism; COVID-19 Pandemic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA DIFUSÃO	
INTERNACIONAL.....	15
2.1 TEORIA DA TRANSFERÊNCIA E DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	18
2.2 O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS NA PRODUÇÃO E DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	22
3 GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DA OMS	27
3.1 CRIAÇÃO E HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	30
3.1.1 Varíola.....	33
3.1.2 HIV/Aids	35
3.2 ATUAÇÃO DA OMS NA PANDEMIA DE COVID-19	39
4 POPULISMO E A RESPOSTA DO GOVERNO BOLSONARO À PANDEMIA	52
4.1 POPULISMO MÉDICO E O GOVERNO BOLSONARO.....	52
4.2 A RESPOSTA DO GOVERNO BOLSONARO À COVID-19 E SUA DIVERGÊNCIA EM FACE DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
6 REFERÊNCIAS	70

1 INTRODUÇÃO

As organizações internacionais (OIs) possuem papel fundamental na resolução das diversas crises que ocorrem no sistema internacional (SI). Nesse sentido, através das OIs são elaborados tratados, normativas e regras das áreas específicas, de acordo com a temática de cada organização, de modo que as OIs servem como um campo diplomático para disseminar ideias, boas práticas e facilitar a cooperação. Assim, o Estado cede parte de sua soberania para se tornar membro da OI, em busca de alcançar objetivos em comum com os demais Estados-membros. Vale ressaltar que, para ser considerada uma organização internacional, é indispensável ter um aparato burocrático estabelecido por meio de acordos intergovernamentais entre três ou mais países, além de dispor de um local físico, ter seu próprio orçamento e possuir servidores públicos internacionais (Herz; Hoffman, 2004).

Entretanto, hoje em dia as OIs não se limitam apenas à questão de um campo para a cooperação entre os Estados. Elas constantemente ultrapassam esse papel internacional e intergovernamental, atingindo o ambiente doméstico de seus membros, e influenciando em suas mais diversas políticas públicas (PPs) (Faria, 2018).

As OIs fazem isso por meio de seus inúmeros instrumentos de difusão de políticas públicas, isto é, maneiras de propagar suas políticas públicas. Estes instrumentos possuem a finalidade de convencer, orientar e facilitar os Estados a introduzir as PPs, sendo possível observar a atuação das OIs em todas as etapas do ciclo de políticas públicas (*policy cycle*), assim auxiliando na capacitação dos Estados para o desenvolvimento das políticas públicas propostas (Faria, 2018). Muitos fatores interferem na forma como a organização internacional irá difundir políticas, como a questão estrutural da organização e a característica da PP a ser difundida (Carvalho; Fernandes; Faria, 2021). A difusão de políticas públicas consiste na maneira como um grupo de países adere a uma inovação, com a qual os Estados desse grupo se identificam de alguma forma (Oliveira; Faria, 2017).

Diante disso, devido ao acontecimento da pandemia da COVID-19 que parou o mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem ganhado relevância analítica. A saúde global vem sendo pauta desde o século XV, com a peste negra, até que, no início do século XX, doenças infecciosas como a gripe espanhola e a cólera influenciaram a criação das primeiras instituições internacionais voltadas à saúde, com o intuito de prevenir a propagação dessas doenças (Youde, 2012 *apud* Fernandes, 2021). Todavia, nenhuma obteve sucesso em seus objetivos, pois não obtinham ferramentas suficientes para lidar com essa questão tão complexa (Fernandes, 2021).

Somente foi obtido êxito de uma governança global da saúde com o início da Organização Mundial da Saúde (OMS), no dia 7 de abril de 1948, quando começou suas atividades, após sua constituição ter entrado em vigor. Desde sua criação, a Organização Mundial da Saúde vem atuando no controle de epidemias e pandemias, se tornando peça fundamental para a governança global da saúde, como demonstrou perante a sua atuação na pandemia da COVID-19. Doença que teve sua primeira notificação na cidade de Wuhan, na China, na qual o prefeito, no dia 31 de dezembro de 2019, relatou à OMS o surto de pneumonia que estava ocorrendo em seu município. O vírus foi confirmado em 7 de janeiro de 2020, identificado como uma cepa do coronavírus, denominado alguns dias depois de SARS-CoV-2, e nunca antes havia sido encontrado em um ser humano, sendo o sétimo coronavírus humano já identificado (OPAS, 2020c).

Desde então, a OMS começou a trabalhar arduamente com especialistas para saber as características do vírus e como contê-lo. Apenas na segunda convocação do conselho de emergência do RSI (Regulamento Sanitário Internacional), realizada no dia 30 de janeiro de 2020, é que qualificaram a COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), devido à aparição do vírus em diversos países. A pandemia - termo que faz referência apenas à questão geográfica, ou seja, ao fato de a doença atingir boa parte do globo terrestre, e não à questão de gravidade da doença - foi declarada no dia 11 de março de 2020, devido ao vírus ter atingido 114 países, infectando 118 mil pessoas, causando a morte de 4.291 à época (G1, 2020c; OPAS, 2020c).

A OMS começou a difundir políticas públicas para o controle do vírus assim que foi declarada uma ESPII. Políticas essas que consistiam em distanciamento social, cuidados clínicos específicos para casos do coronavírus e pesquisa para a criação da vacina (OPAS, 2020a; OPAS, 2020b). Difundidas através de recomendações realizadas pelo Diretor Geral, conforme o andamento da gravidade, que não possuíam um caráter obrigatório, e que se somavam às regras existentes no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), formulado em 2005. O RSI constitui-se sim de regras de teor obrigatório a serem seguidas pelos Estados membros, porém não há nenhum tipo de embargo, punição ou fiscalização, e assim se espera que os integrantes ajam de boa-fé (Almeida; Romy; Oliveira, 2022). Com isso, governos de extrema-direita que se utilizam de estratégias populistas, não aderiram às recomendações (Oliveira, 2021). Governos, como o de Bolsonaro, se utilizaram da estratégia populista médica, conceito criado por Lasco e Curato (2019), e que revela como, em meio a crises sanitárias e de pânico moral, esses governos tendem a perpetuar a crise, ao invés de solucioná-la, como os tecnocratas das OIs. Através da estratégia populista médica, Bolsonaro simplificou a pandemia,

minimizando o vírus, dramatizou sua resposta, transformando-a em um espetáculo, e também forjando divisões entre o “povo” e a OMS (Lasco, 2020).

Foi essencial toda essa conduta da OMS gerindo a pandemia, visto que um país sozinho não conseguiria controlar a transmissão, pois, dada a natureza do vírus, depende-se do desempenho de seus vizinhos e de outros Estados para efetuar a contenção da doença (Moreira; Santos; Souza, 2020). Fazendo alusão à analogia de uma orquestra, na qual os Estados seriam os músicos, e a OMS o maestro, para que todos consigam tocar a música harmonicamente, os músicos teriam que seguir os comandos do maestro. No caso concreto, os países deveriam seguir as recomendações e regras da OMS para diminuir as consequências da pandemia. Caso contrário, teriam uma música desafinada e confusa; no nosso caso, ao não obedecerem às recomendações da OMS, a pandemia escalou ainda mais em números de casos e mortes.

Diante do tema exposto acima, este trabalho será desenvolvido com o intuito de, ao final da pesquisa, responder a seguinte problemática: quais foram as recomendações de políticas públicas difundidas pela OMS durante a pandemia de COVID-19? E como as ações do governo Bolsonaro desrespeitaram estas recomendações?

A pesquisa se justifica porque, com a pandemia de COVID-19, foi possível observar o quanto um vírus em contexto de um mundo globalizado pode afetar diferentes áreas do sistema internacional, se tornando um assunto importante e atual para as Relações Internacionais, bem como nos alertar sobre possíveis limitações à atuação das organizações internacionais em relação aos governos populistas, mostrando possíveis riscos para futuras situações parecidas. Nesse sentido, o presente estudo, por meio das informações sobre os fatores que prejudicaram a efetividade do controle do vírus, os quais serão apresentados neste trabalho, poderá contribuir para uma melhor gestão tanto da OMS, quanto dos governos dos Estados em contextos pandêmicos similares.

Do mesmo modo, poderá contribuir com a sociedade expondo como a OMS interage com os países, e mostrando como a organização internacional também afeta o dia a dia das pessoas, influenciando também domesticamente nos países, tirando o mito do distanciamento que temos das OIs. Ademais, realçar a importância de tomadas de decisões dos líderes durante casos pandêmicos.

Em busca de atingir tais objetivos, será necessário explicar o que são políticas públicas e como elas são produzidas. Depois como elas não se limitam às fronteiras dos Estados, desta forma abordando os conceitos de Transferência e Difusão de políticas públicas. Também é preciso explicar como as Organizações Internacionais se tornaram excelentes produtoras de políticas públicas, além de como fazem para difundi-las. A fim de entender como a OMS tem

o papel de liderança no combate a pandemia da COVID-19, será abordado como foi o caminho para a construção de uma governança global para a saúde. Além de demonstrar casos em que a própria OMS atuou combatendo doenças como a varíola e a HIV/Aids. Deste modo, finalmente a pesquisa conseguirá apresentar como foi a atuação da OMS na liderança da governança global da saúde, coordenando o Sistema Internacional para o enfrentamento da COVID-19, listando algumas de suas recomendações de políticas públicas que foram difundidas nos dois primeiros anos de pandemia. Também irá explicar o porquê dos governos populistas serem um risco para as recomendações das OIs. Assim, demonstrando o caso do governo Bolsonaro durante a pandemia, em que não seguiu as orientações da OMS. Serão apontadas quais são estas recomendações que não foram adotadas, e como o governo brasileiro agiu para isso.

Esta pesquisa irá trabalhar com a hipótese de que a coordenação da OMS para uma resposta ao combate do coronavírus foi dificultada pois governos populistas, como o do governo Bolsonaro no Brasil, não seguiram suas recomendações.

Para atingir tais objetivos, será necessário se utilizar do método de revisão bibliográfica. Desta forma, se baseando em livros e artigos científicos, para sustentar a parte teórica e fatos históricos antigos. Ademais, foram feitas pesquisas em relatórios, recomendações e publicações oficiais da OMS, desde a declaração de uma ESPII, até meados de 2021, todas expostas no site oficial da organização. Finalmente, serão analisadas notícias públicas, especialmente as que relatam ações do governo Bolsonaro perante a pandemia em relação às recomendações da OMS, principalmente no primeiro ano de pandemia. Retirada de jornais, em sua maioria brasileiros, como Folha de São Paulo, O Globo e G1. Boa parte desses acessos foram norteados pelo boletim de direitos na pandemia, realizado por Ventura e Reis (2021).

Posto isto, este trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro iniciará com uma breve discussão sobre a definição de políticas públicas, percorrendo também sobre os modelos do ciclo das políticas públicas e *garbage can*, para entender como algo se torna um problema para o governo, além de apresentar como são solucionados os problemas. Após isso, será abordado, como estas políticas públicas são transportadas pelo Sistema Internacional, com isso explicando a teoria da transferência e difusão de políticas públicas, suas diferenças e como elas se complementam. Para finalizar, é discutido como as Organizações Internacionais se tornaram excelentes produtoras de políticas públicas, além de explicar como fazem para difundir-las. O segundo capítulo se inicia com a definição de governança global da saúde, e discorre sobre como se iniciou esta busca, através das primeiras conferências e instituições internacionais sobre saúde. Mostra também como estas ações se refletiram na criação da OMS, a qual finalmente obteve uma governança global da saúde. Além disso, traz casos em que a OMS

coordenou os Estados para combater doenças infecciosas, abordando a erradicação da varíola e o combate ao HIV/Aids. Com isso, o capítulo finaliza ao relatar como a OMS coordenou os países para combater a COVID-19, evidenciando como foram feitas as recomendações e quais foram elas. Já o terceiro capítulo aponta que governos populistas não seguem recomendações das OIs. Então, aborda a definição de populismo, além também de definir o populismo médico, que melhor se encaixa para o desenrolar do capítulo. Com isso, é explicado o porquê de o governo Bolsonaro ser considerado um caso de populismo médico. Por fim, é relatado como foi coordenada a resposta do governo Bolsonaro contra a COVID-19, mencionando as ações e comparando com as recomendações da OMS.

2 FUNDAMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA DIFUSÃO INTERNACIONAL

O campo das políticas públicas surgiu nas instituições acadêmicas estadunidenses, sendo uma área pertencente ao ramo da ciência política. Tem como foco o estudo das ações governamentais, além de buscar entender seus motivos e processos. As instituições de ensino europeias, por sua vez, também realizaram seus estudos sobre políticas públicas através da abordagem do Estado e seu papel.

A preocupação científica expressa com as políticas públicas foi demonstrada pela primeira vez pelo governo estadunidense somente em 1948, no período da Guerra Fria. Nessa época, a nomeação de especialistas para atuar em suas respectivas áreas específicas estava em alta, e assim foi criado o *RAND Corporation*, uma organização não governamental financiada pelos Estados Unidos. Esta organização era composta por especialistas de diversas áreas, que influenciavam o governo nas tomadas de decisões perante a guerra, visando mostrar como tornar este conflito um jogo racional. Desta forma, a ideia de utilizar especialistas para indicar melhores tomadas de decisões e ações, por meio da utilização de métodos científicos, aos poucos foi sendo difundida nas diversas áreas de atuação do governo, como a economia e o âmbito social (Souza, 2006).

O termo políticas públicas possui diversas definições que variam conforme os teóricos que pesquisam este tema. Souza (2006, p.24) menciona alguns destes autores:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo [...]. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Lasswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Para uma definição de forma mais operacional, Saraiva (2006, p. 29) traz a política pública como

[...] um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Em outras explicações abordadas por demais autores, tem-se a política pública na função de resolver problemas. Algumas das definições acabam sendo alvo de críticas, visto que

possuem seu total foco nas atuações do governo, deixando de lado todo o processo conflituoso em torno dos interesses e tomadas de decisões do governo. Outra pauta não mencionada por essas definições é o fato de o governo se utilizar da cooperação com outras instituições para a produção de políticas públicas (Souza, 2006).

Diante disso, por mais variadas que sejam estas definições, é lógico o fato delas terem seu foco voltado para o governo, uma vez que é em torno dele que tudo se desenvolve. A política pública é uma área de conhecimento multidisciplinar, e por isso tende a ter uma definição mais abrangente, pois busca sintetizar todos os campos que estão inseridos nela, como a economia, sociologia e a ciência política, visto que o todo é mais significativo que a soma das partes. Com isso, entende-se que a política pública transita entre esses campos, o que torna necessário a explicação das interações do Estado, economia, política e sociedade em suas teorias (Souza, 2006), posto que “o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários ‘olhares’” (Souza, 2006, p. 26).

Na literatura, existem diversos modelos e teorias da política pública, que auxiliam a analisar e compreender “o problema para o qual a política pública foi desenhada, seus possíveis conflitos, a trajetória seguida e o papel dos indivíduos, grupos e instituições que estão envolvidos na decisão e que serão afetados pela política pública” (Souza, 2016, p. 40). Todavia, este presente trabalho irá abordar brevemente apenas dois modelos, sendo eles: o ciclo da política pública e o *garbage can*. Desta forma, abordando como determinada pauta se torna um problema para o governo, além de apresentar como tecem a solução para o problema.

O ciclo da política pública sintetiza, em etapas, todo o processo que a política pública percorre para ser realizada. Podendo ser dividido em 6 etapas: definição de agenda; identificação de alternativas; avaliação das opções; seleção das opções; implementação e avaliação (Souza, 2016). Boa parte dos estudos deste modelo tende a dar uma maior atenção à primeira etapa, por conta da busca por explicações do que faz possível um tema ingressar na pauta, assim entrando na agenda. Desse modo, um dos estudos é a partir da existência de um problema, em face do qual o governo reconhece a necessidade de sua atuação. Outro estudo é voltado para um viés político, considerando que o governo terá um senso de problemas a serem resolvidos. Esta noção, do que é um problema ou não, é resultado do processo eleitoral: o eleito pertence a uma determinada consciência coletiva, a qual terá um próprio senso de problematização. Desta forma, a agenda do governo pode mudar conforme as eleições.

Outrossim, existe uma explicação adicional que faz uma divisão entre os atores visíveis e os invisíveis. Os visíveis são aqueles que recebem mais notoriedade, por exemplo, na mídia, como políticos e ONGs, sendo eles os atores que determinam quais os problemas entram na

agenda. Por outro lado, os invisíveis são os acadêmicos e burocratas, os quais são especialistas que conduzem os caminhos a serem seguidos para a solução do problema (Souza, 2016).

Esse ciclo é considerado mais uma forma organizada de se pensar o tema teoricamente. Embora o processo real da política pública possa ser um pouco mais confuso do que na esfera teórica, uma vez que, na prática, nem sempre acontecem na sequência sugerida, ainda assim, as etapas mencionadas geralmente estão presentes de alguma forma.

O processo de políticas públicas não possui uma clara racionalidade, é algo complexo, pois não é certo que cada ator irá exercer um determinado papel, especialmente quando estes atores não possuem o conhecimento acerca da ação que irão executar, o que pode ocasionar uma sensação de caos. A prova disso é que, atualmente, mesmo com a alta tecnologia, tendo máquinas de perfeita racionalidade lógica, elas não conseguem descrever os processos de política (Saraiva, 2006). No que tange a este ambiente de imprevisibilidade, a teoria do caos é uma das que conseguem se aproximar um pouco da mecânica da sociedade. Tal teoria acredita que a ideia de causa e efeito não tem como ser simples e linear, não sendo possível isolar determinado sistema do mundo real para realizar observações objetivas, posto que, no mundo real, qualquer evento pode desencadear emaranhadas situações (Saraiva, 2006).

Outro modelo possível de políticas públicas seria a do *garbage can* (lata de lixo), o qual explica que existem muito mais problemas do que soluções. Deste modo, com pouco das soluções existentes, os atores analisam em qual problema ela se encaixa, ou seja, não se cria uma solução para o problema, mas sim se busca um problema para uma determinada solução. À vista disso, este contexto evidencia que os atores possuem um entendimento limitado dos problemas e soluções, e acabam caindo em um ciclo de tentativa e erro (Souza, 2006). Além disso, considera-se que o governo possui três características que dificultam a racionalização dos processos de políticas públicas, sendo elas: as preferências problemáticas, as tecnologias não claramente especificadas e a participação fluida (Saraiva, 2006).

No entanto, a busca da racionalidade ainda deveria persistir com guia para as políticas públicas, segundo outras abordagens. A teoria da “escolha pública”, por exemplo, ao não acreditar na capacidade do governo de fazer política pública, devido à sua racionalidade limitada, defende a superioridade do mercado em realizar a política pública (Souza, 2006). Esta teoria é adotada pelo modelo de política econômica denominado neoliberalismo (Saraiva, 2006). Nesse viés, a suposta racionalidade econômica dos mercados desregulados torna-se o fundamento principal para a argumentação (Saraiva, 2006), assim “não é muito exagerado afirmar que a racionalidade tem substituído a verdade e a moral como critério último de julgamento tanto das crenças como da conduta humana” (Barry, 1989 *apud* Saraiva, 2006).

Finalmente, deve-se levar em conta que uma política pública se diferencia das outras, visto que cada uma tem a sua particularidade, pois elas terão seu próprio foco e propriedade, além de serem influenciadas por diferentes razões. Por ser uma ação governamental, a política pública é diretamente afetada pelas questões que envolvem o Estado, além da mudança causada pelo ciclo eleitoral. Inicialmente, as políticas públicas são instigadas pela racionalidade técnica, na qual é predominante que as escolhas sejam procedentes de ideias racionais, como, por exemplo, o crescimento econômico e a fixação de metas e projeções. Tendo em vista esse olhar voltado para a questão econômica, fica claro a preferência na realização de políticas públicas que envolvem a produção e desenvolvimento do país, deixando de lado muitas vezes as políticas sociais, voltadas para o bem-estar da população. É importante ressaltar que, apesar da aparente dominância da razão técnica, na verdade, é o poder político que cada grupo da sociedade emana e sua dinâmica de poder entre os diferentes segmentos sociais que possuem o papel significativo na definição das políticas públicas (Saraiva, 2006).

Com o surgimento de algumas ondas e movimentos, como o novo gerencialismo público, a política pública passou a ter como foco sua eficiência, além da questão da credibilidade. Desta forma, se valoriza a participação de instituições confiáveis, sejam elas nacionais ou internacionais, deixando de lado um pouco o problema de credibilidade que o governo sofre com a desconfiança em face dos políticos e suas liberdades de ação, para além de suas influências eleitorais, tornando assim, para muitos, suas atitudes imprevisíveis. Por este motivo, vários governos sofrem pressões para transferirem suas ações para esse perfil de instituições especializadas e supostamente apolíticas, o que consequentemente traria uma maior credibilidade, visto que elas possuiriam os melhores técnicos no assunto, além de suas ações serem mais constantes e coerentes. Entretanto, os governos nunca deixaram de exercer seu papel no processo de criação de políticas públicas perante o surgimento de problemas, mesmo transferindo parte de suas responsabilidades para outras instituições (Souza, 2006).

2.1 TEORIA DA TRANSFERÊNCIA E DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesta seção, será discutido que a política pública não é exclusivamente um assunto doméstico dos governos e, como qualquer outro campo de conhecimento, vem enfrentando dificuldades em lidar com a internacionalização de sua área. É evidente o quanto aumentaram a transferência e difusão de políticas públicas atravessando fronteiras estatais, sendo possível observar esta externalização em cada etapa do processo de seu ciclo (Faria, 2018). Esta viagem das políticas públicas torna-se ainda mais perceptível e comum após a forte onda de

globalização após a queda do muro de Berlim, saindo, assim, daquela dinâmica polar na qual as políticas públicas só transacionavam entre o próprio bloco, partindo para um mundo multilateral, no qual poderiam viajar livremente (Oliveira, 2021). Apesar disso, muitos pesquisadores da área ainda insistem em conservar seus estudos em atores domésticos, deixando de lado a experiência real de que o Estado vem criando um maior vínculo com atores internacionais (Faria, 2018).

Deste modo, tem-se a globalização da política pública agindo em intensidades diferentes em cada Estado, tendo cada um seu grau maior ou menor, além disso, ela pode variar conforme a área de política pública em um mesmo Estado. Por exemplo, é possível que, em uma determinada área, o governo tenha baixa atuação e pouco adesão em face de políticas públicas globalizadas. Todavia, por outro lado, em outra área, sua atuação pode ir além das recomendações internacionais, as reforçando ainda mais.

Dentre as discussões sobre a influência da globalização sobre o Estado, Faria (2018, p. 17) aborda que “a globalização é muitas vezes caracterizada como um processo no qual a ideia de nação e nacionalidade perde sua capacidade de produzir coesão social e de nortear a ação política”. Contudo, se uma população em um determinado país se sentir prejudicada pela globalização, isto pode acarretar o surgimento de uma força política que é o nacionalismo. Isso mostra de certa forma a persistente questão nacional, que torna complexo e imprevisível o desenvolvimento da sociedade (Faria, 2018), com a questão das políticas públicas e sua globalização tornado ainda mais intrincado esse cenário.

Esta globalização das políticas chamou a atenção de alguns pesquisadores, resultando na criação do conceito da transferência de políticas, uma nova área do conhecimento político, que buscava conceituar e entender o processo que fazia uma política pública atravessar a fronteira do Estado. Desde seu surgimento, o conceito vem agregando e ajudando a quebrar algumas barreiras para a área da análise política. Deste modo, esta nova área é uma conexão natural entre as Relações Internacionais e a análise de política pública (Oliveira, 2021), que se complementam, podendo oferecer uma abordagem rica e interdisciplinar, ao debaterem sobre diversas questões, dentre elas, de que os problemas não se limitam apenas a um Estado, eles ultrapassam fronteiras, e com isso a transferência de política ajuda a entender o processo de solucionar estes problemas no nível transnacional (Oliveira, 2021).

Nesse viés, o exemplo disso seria o caso da COVID-19, que afetou todo o sistema internacional, e como a Organização Mundial da Saúde (OMS), difundindo política pública, ajudou a conter e solucionar este problema (este caso será discutido no capítulo 2). Assim, outro ponto a que este estudo remete é de que a produção de política pública não está concentrada

apenas nos Estados, mas também em espaços desterritorializados, como as organizações internacionais (Oliveira, 2016 *apud* Oliveira; Faria, 2017)

Esta área do conhecimento, ao longo do seu desenvolvimento, foi se ramificando em algumas linhas de pensamentos, por mais que possuam diferentes objetivos, elas podem ser complementares, desta forma podendo ter uma visão mais integral sobre a área (Oliveira, 2021). Nesse sentido, existem quatro principais formas de investigação: (1) Transferência de políticas; (2) Difusão de políticas; (3) Circulação de políticas e (4) Mobilidade de políticas. Neste trabalho, e de acordo com nossas finalidades, abordaremos apenas a difusão e a transferência de políticas.

A transferência de política tem como objetivo os estudos das políticas que se deslocam de um país A para um país B. Um país com problema observa como o outro o solucionou e resolve aderir à mesma solução, podendo-se dizer que o país B procura soluções na “lata de lixo” do país A (Oliveira; Faria, 2017). Essas políticas não chegam de forma intacta ao país, pois podem variar na maneira com que o governo adapta a política, traduzindo-a para sua realidade. À vista disso, conforme Rose (1991), existem cinco maneiras do país adotar a política: (1) cópia: quando o país adota de maneira quase idêntica a política praticada em outro lugar; (2) emulação: quando adota uma política de outro lugar, porém faz algumas reformulações para adaptação; (3) hibridização: quando concilia programas de dois lugares diferentes; (4) síntese: quando concilia programas de três ou mais lugares diferentes; (5) inspiração: componentes de certa política de um lugar são usados como exemplos para produzir uma política nova, em outro contexto.

Em contraponto, a difusão de políticas, que, enquanto conceito, foi desenvolvido antes da transferência, pode ser verificada quando países B, C e D adotam políticas do país A, ou seja, um grupo de países que adotam uma mesma política, os quais podem coincidir por serem da mesma região geográfica e terem semelhanças históricas e culturais, ou até os mesmos traços socioeconômicos (Oliveira; Faria, 2017). Nesse viés,

Quase todos os estudos sobre a difusão de medidas, sejam programas públicos ou produtos agrícolas ou farmacêuticos, assumem que não só existem problemas comuns, mas também uma resposta comum, independentemente dos valores partidários ou das culturas políticas. A ênfase está na sequência da difusão, em vez de concentrar-se no que é transferido. Os estudos de difusão procuram identificar estados ou países que são líderes e retardatários na adoção de programas e explicar a diferença. Os estudos de difusão pressupõem frequentemente uma espécie de determinismo tecnocrático,

enquanto a extração de lições tende a ser voluntária (Rose, 1991, p. 9, tradução nossa)¹.

Pode-se dizer que existe uma diferença em escala de deslocamento, sendo o estudo da transferência voltado para o micro, e a difusão para o macro. A difusão tende a ter várias transferências acontecendo ao mesmo tempo. Porém, é importante pontuar que estas vertentes não são puristas, e, por mais que tenham suas diferenças, partilham do mesmo objetivo que é a análise do deslocamento da política pública. Ao se olhar para os dois conceitos se tem uma visão mais holística do tema (Oliveira, 2021).

As políticas públicas não se deslocam sozinhas, ou seja, não seguem um fluxo natural, por isso, existem motivos que as fazem viajar. Nesse sentido, foram desenvolvidas quatro teorias sobre o mecanismo que está por trás dos deslocamentos das políticas públicas, que leva a entender o porquê de o governo querer introduzir uma política de outro (Oliveira; Faria, 2017). Estas teorias são: (1) coerção: quando se tem algum governo estrangeiro, organizações internacionais ou ONGs forçando a introdução de políticas em um país. Existem algumas maneiras desses atores coagirem no sentido da adoção da política, variando a intensidade da força, como, por exemplo, usar a força física, o controle do domínio de informações e *expertise*; (2) construção social: é uma abordagem construtivista, a qual entende que a aceitação da política depende de um contexto social, e que ela só é adotada quando é socialmente aceita. Isso ocorre quando rumos são traçados por países líderes, ou no momento em que especialistas examinam e trazem as consequências da nova política, ou na ocasião dos especialistas buscarem explicar em que situações a nova política deveria ser adotada se tornando mais benéfica; (3) competição: quando um país resolve adotar certa política para não sair em desvantagem na competição com seu concorrente, resultando em uma corrida por avanços a fim de serem mais atraentes a investidores; (4) aprendizado: acontece quando novas evidências mudam as convicções predominantes, e esta “lição aprendida” pode ser interna ou externa (Dobbin; Simmons; Garret, 2007 *apud* Faria, 2018).

Nesse sentido, entende-se que são situações como essas que influenciam um Estado a adotar uma política pública estrangeira. Diante disso, um dos principais atores do sistema

¹ Nearly all studies of the diffusion of measures, whether public programmes or agricultural or pharmaceutical products, assume that not only are there common problems but also a common response, regardless of partisan values or political cultures. The emphasis is upon the sequence of diffusion, rather than concentrating upon what is transferred. Diffusion studies seek to identify states or countries that are leaders and laggards in adopting programmes, and to account for the difference. Diffusion studies often presuppose a kind of technocratic determinism, whereas lesson-drawing tends to be voluntaristic.

internacional que exercem estes mecanismos são as organizações internacionais (OIs), tendo em vista suas características burocráticas e de autoridade.

2.2 O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS NA PRODUÇÃO E DIFUSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Atualmente, as organizações internacionais (OIs) são uma das maiores difusoras de políticas públicas no âmbito internacional, visto que existe um grande número de OIs que estão espalhadas atuando entre os mais diversos campos temáticos. Nesse viés, as OIs possuem um papel de liderança, responsável por identificar os problemas internacionais e coordenar seus membros a solucioná-los, recomendando boas práticas (Barnett; Finnemore, 2004). Por isso, a prática de criar novas políticas públicas e fomentar sua aceitação nos países tem sido muito presente nas OIs (Carvalho; Fernandes; Faria, 2021).

Estas organizações conseguem agir desta forma, pois são consideradas burocracias. Além de produtoras, também são constituídas por regras, bem como dispõem de uma rede de servidores em sua formação, na qual internamente existe uma certa verticalidade dos cargos, e isto permite a elas trabalhar em missões mais complexas (Barnett; Finnemore, 2004). Porém, não é apenas por esses motivos que são centrais na difusão de políticas públicas, mas também por terem poder de autoridade, ou seja, usar de sua burocracia ganhando autonomia frente aos Estados e demais atores (Barnett; Finnemore, 2004). A OI ganha autoridade por conta de suas responsabilidades e missões institucionais, visto que tratam de temas muito bem vistos socialmente, como a manutenção da paz, controle de doenças e proteção dos direitos humanos, recebendo legitimidade por gerarem um avanço nestes campos, assim podendo se impor a Estados caso haja algum embate (Barnett; Finnemore, 2004).

A forma como exercem suas tarefas também gera autoridade, visto que suas burocracias trazem uma maior racionalidade à sua ação, sendo imparciais e estabelecendo uma maior confiança, resultando na sua legitimidade. Tudo isso ao contrário dos Estados que, ao realizar tais papéis, pensariam em termos de auto-interesses e obtenção de vantagens em relação aos outros, o que traria incertezas e desconfianças aos outros países. Desta forma, é perceptível que as OIs exercem papéis que os Estados seriam incapazes de realizar.

Segundo Zurn, Binder e Ecker-Ehrhardt (2012), a autoridade pode ser dividida em dois tipos: epistêmica e política. A primeira está relacionada à *expertise* das OIs, ou seja, o conhecimento científico específico em certa área, deste modo traz mais confiança aos Estados-membros, facilitando a adesão às recomendações. Já a segunda envolve o uso de regras mais

vinculativas, em que é dado esse direito devido à busca da OI por um bem comum, desta forma evitando uma desordem, pois somente elas teriam esta capacidade de serem neutras e manusear da melhor forma os interesses a fim de chegar ao propósito de forma que todos ganhem. As duas fontes de autoridade possuem particularidades diferentes em razão de sua legitimidade, podendo-se perceber que a segunda autoridade exige uma maior legitimação.

As OIs podem ter alguns embates com alguns Estados fortes, o que dificulta sua ação, principalmente se forem os principais financiadores. Todavia, com diplomatas em seu corpo burocrático ajudando nas negociações, mesmo nesses cenários seguirão como peça fundamental na propagação de melhores práticas (Carvalho; Fernandes; Faria, 2021), com ações comprovadamente eficazes, demonstradas por meio da *expertise* das OIs (Klein; Laporte; Saiget, 2015 *apud* Carvalho; Fernandes; Faria, 2021). Tais práticas são produzidas pelas OIs, porém, quando alguma prática de um Estado chama atenção das OIs por ser exemplar, ela faz uma intermediação deste programa com os outros Estados (Nay, 2012 *apud* Carvalho; Fernandes; Faria, 2021). As OIs não são detentoras exclusivas das informações, por vezes os próprios Estados possuem mais privilégios de tais dados do que elas (Barnett; Finnemore, 2004). A diferença é o que as OIs fazem com esses dados: elas os investigam a fim de compreender o que está em jogo, trazendo um significado a estas informações, ou seja, elas transformam o que eram apenas números em conhecimento, podendo assim traçar conexões com algum problema ou solução e coordenar seus membros a agirem (Barnett; Finnemore, 2004).

Para os Estados poderem adotar essas ações coordenadas, as OIs precisam desfrutar de todos os mecanismos de difusão de políticas públicas explorados na sessão anterior. Segundo Carvalho, Fernandes e Faria (2021, p. 5),

ao se utilizarem desses meios, essas organizações recorrem a certos instrumentos, entendidos aqui como ferramentas através das quais as OIs se comunicam com um determinado ator, ou facilitam a comunicação entre atores, propiciando a difusão de determinadas práticas.

Deste modo, os autores Carvalho, Fernandes e Faria (2021) entendem que as OIs, por conta de sua legitimidade e autoridade, facilitam a ação de difusão de políticas públicas por meio de seus instrumentos. Sendo assim, estes autores, com base no trabalho de Jakobi (2009), se utilizam de uma tipologia com cinco instrumentos usados pelas OIs que facilitam a adesão às suas políticas públicas. Entretanto, eles sentiram a necessidade de acrescentar o instrumento de “abertura de espaços para diálogos”, pois não seria possível desconsiderar as ações das OIs

por meios informais, desta forma tornando o escopo mais completo. Os seis tipos de instrumentos utilizados pelas OIs, e as atividades realizadas por elas, bem como os exemplos das maneiras de como se utilizam na prática estes instrumentos, são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Tipologia de instrumentos de atuação das OIs na difusão/transferência de políticas públicas

Tipo de instrumento	Atividades realizadas pelas OIs	Exemplos
Abertura de espaços para diálogos	Contatos propiciados entre policy-makers de diferentes países, bem como <i>experts</i> e membros da sociedade civil.	A criação de redes na UNASUL que catalisaram o processo de aprendizagem de sistemas de saúde sul-americanos. Circulação das leis migratórias argentinas entre os membros do Mercosul.
Disseminação discursiva	Proposição de ideias e agendas entre seus membros, diálogos entre funcionários das OIs e policy-makers estatais.	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), difundidos pela ONU.
Formação de padrões	Elaboração de recomendações, diretrizes, propostas de convenções e tratados.	O Consenso de Washington, proposto por FMI e Banco Mundial nas décadas de 1980 e 1990.
Funções coordenativas	Inspeções, visitas, elaboração de rankings e comparações entre atores, solução de controvérsias, critérios para adesão de novos membros, propostas de sanções e uso de meios militares, naming and shaming.	Inspeções da AIEA em instalações nucleares, sistema de resolução de controvérsias da OMC.
Meios financeiros	Doações Empréstimos (com ou sem condicionalidades)	Empréstimos do FMI, sob condicionalidades (ajustes econômicos).
Assistência técnica	Treinamentos Cursos	Treinamentos providos pela AIEA em relação a instalações nucleares.

Fonte: Carvalho, Fernandes e Faria (2021), baseado em Jakobi (2009).

Os autores traçam cinco variáveis por meio das quais diferenciam o tipo dos instrumentos que deverão ser empregados, de acordo com cada situação. A depender do contexto, as OIs podem ter que recorrer a mais de um instrumento, ou até mesmo a instrumentos de intensidades diferentes, para poder convencer os Estados a aderirem às suas políticas públicas. Contudo, em alguns momentos, a difusão não demandará tantos esforços, e pode haver uma redução no número de instrumentos utilizados. Estas variáveis estão ligadas diretamente à política pública a ser difundida, levando em consideração a intensidade da necessidade de se utilizar do instrumento, a fim de maximizar a eficiência da difusão.

A primeira variável envolve os custos e benefícios das políticas públicas. A utilização dos instrumentos de difusão deve ser diferente dependendo se os custos e os benefícios da política pública em questão são espalhados para todos ou se são concentrados. Se os custos são espalhados, a OI irá precisar usar menos de seus instrumentos, agora, se forem concentrados, terá que utilizar de todos seus instrumentos, pois terá de ter um maior convencimento aos pagadores deste custo. No caso do benefício, quando for espalhado, não se demanda muito em termos da utilização dos instrumentos. Na ocasião de ser um benefício concentrado, a OI terá de usar praticamente todos os instrumentos, não utilizando apenas a assistência técnica, pois os membros que não forem beneficiados irão se sentir prejudicados, assim dificultando a difusão da política.

A empregabilidade dos instrumentos varia também conforme o grau de conflitividade das PPs, visto que é certo que, dependendo da PP, ela pode encontrar uma maior resistência a ser adotada nos países por suas diversas razões, gerando um maior embate. Para essas políticas mais conflitivas terão de ser aplicados todos os instrumentos de difusão disponíveis, precisando de todo o esforço da OI para a aceitação do programa. Porém, existem também políticas que não têm conflitividade, com os países sendo mais adeptos a elas, e por esse motivo as OIs não necessitam de tanto esforço para difundir sua política, tendo pouca demanda de utilização de seus instrumentos.

As políticas possuem, ademais, certos graus de complexidades técnicas, e por vezes são incertas e inovadoras. O uso dos instrumentos pode ser menos acionado quando se tem uma política simples, com prescrições mais claras, facilitando a ratificação dos Estados. Porém, quando o programa é muito complexo, algo que não tenha uma política parecida que lhe antecede, sendo um caminho inexplorado, gerando certa incerteza nos resultados, isso torna imprescindível o uso de toda *expertise* e autoridade epistêmica da OI, que precisará se valer de todos os instrumentos para ter êxito na difusão.

A quarta variável tem relação com o nível de democratização e área temática das OIs. Diante disso, assim como as PPs, as OIs possuem muitas áreas de atuação, e estas áreas estão correlacionadas ao nível de democratização da OI. Estas variáveis afetam juntamente os instrumentos a serem utilizados pelas OI. Entre as OIs mais rígidas temos as de segurança internacional, como o CSNU, e as de finanças, como o FMI. Ambas são organizações menos democráticas, visto que, mesmo possuindo inúmeros Estados membros, alguns possuem votos com peso maior. Essas OIs se utilizam de instrumentos de poder mais duros e verticais, e seus membros devem acatar os programas decididos. Tal adoção da política será fiscalizada, e as OIs podem usar de funções coordenativas, penalizando os membros que não cumprirem. Na

segurança internacional está penalização pode se dar por meios militares, já na seara financeira pode haver sanções econômicas.

Por sua vez, as OIs de temáticas da economia, comércio e desenvolvimento possuem graus internos de democracia em escala intermediária. Elas possuem um caráter vinculante, usando de funções coordenativas para a adoção das políticas (Carvalho; Fernandes; Faria, 2021). Porém, a difusão é feita de maneira mais horizontal, valendo-se de espaços para diálogos entre membros (O'brien, 2000 *apud* Carvalho; Fernandes; Faria, 2021). Na área de direitos humanos, meio ambiente e pautas sociais (saúde e educação), as OIs são consideradas mais democráticas. A grande variedade de culturas de seus membros faz com que haja ideias mais diversas. A OI concentra então sua força na construção de diálogos, para as ideias convergirem (Schemeil, 2013; Zweifel, 2006 *apud* Carvalho; Fernandes; Faria, 2021). Diante disso, instrumentos mais duros são pouco atrativos, e a OI se utiliza da horizontalidade, com instrumentos mais brandos, como a abertura do espaço para diálogo e disseminação discursiva. Por conta de serem uma burocracia especializada, também utilizam a assistência técnica.

A última variável diz respeito ao nível de autoridade das OIs. Logo, quando uma OI possui um alto nível de autoridade, ela poderá usar de instrumentos mais vinculantes, visto que sua legitimidade impõe respeito perante aos Estados, desta forma tendo maior obediência, e a OI poderá ser mais firme com eles. Entretanto, se a OI tiver um baixo nível de autoridade, lhe restarão apenas instrumentos de disseminação discursiva e abertura de diálogos, pois, se tentar usar de algum instrumento mais duro, poderá acabar sendo ignorada, já que não possui muita respeitabilidade perante aos Estados.

Desta forma, em suma, antes os Estados tinham muitas dificuldades para criar políticas públicas do zero, como mencionado na teoria de *garbage can*, e se perdia muito tempo com o processo de tentativas e erros. Porém, agora com as OIs sendo excelentes produtoras de PPs, não é mais necessário o governo passar por esses desafios, visto que as OIs já proporcionam as PP mais eficientes e altamente técnicas e científicas. No entanto, é perceptível que a difusão de políticas públicas pelas organizações internacionais pode padecer de vários entraves que tornará o processo mais complicado, ainda mais se a OI, devido à sua estrutura e autoridade, enfrentar limitações e restrições quanto ao uso dos instrumentos necessários de difusão. Nesse sentido, para as OIs liderarem a governança global em termos de políticas públicas, precisarão de sua autoridade reconhecida.

3 GOVERNANÇA GLOBAL DA SAÚDE E A ATUAÇÃO DA OMS

É importante observar quando a saúde deixou de ser algo nacional, ou seja, a partir de quando surgiu o interesse de tratá-la de forma global, não se limitando às fronteiras estatais. Porém, antes disso é preciso tentar definir a governança global da saúde, mesmo sendo uma tarefa difícil, visto que possui uma gama de definições. Sendo assim, serão abordadas apenas aquelas definições que agregaram a este trabalho, contribuindo para uma maior compreensão para o foco desta pesquisa.

A primeira definição a ser abordada será a de Global Health Governance, visão que, segundo Kickbusch e Szabo (2014), tem um enfoque nas instituições propriamente pertencentes ao setor da saúde, incluindo OIs, ONGs e as PPPs (Parcerias Público-Privadas), as quais, juntas, se unem para atingir objetivos pautados na saúde em comum no sistema internacional. As PPPs, em particular, ganharam muita relevância nos últimos tempos sendo atores cruciais para a governança global da saúde. Porém, a saúde é uma das únicas temáticas a ter uma organização internacional própria que é reconhecida como sua representação máxima, a OMS. Ela continua sendo a principal organização frente à GHG, com o poder de elaborar tratados, produzir recomendações e convocar assembleias.

A segunda definição seria a de Global Governance for Health. De acordo com Kickbusch e Szabo (2014), esta linha visa as instituições da governança global que não pertencem à temática da saúde, mas a afetam de forma direta ou indireta, visto que se trata de uma área transversal. Como exemplo dessas instituições, teríamos a OCDE, FMI e o Banco Mundial. Essas duas vertentes, se andarem juntas e recebendo apoio mútuo, podem maximizar a atuação global em prol da saúde, mas é preciso que as organizações da saúde tenham questões mais claras, e que as organizações dos outros setores abracem essas questões. Todavia, Lee e Kamradt-Scott (2014), abordando uma revisão bibliográfica da segunda vertente, observam que essas instituições, principalmente as econômicas, acabam por não se importar muito com as diretrizes da saúde. Focam apenas na economia, com ações alinhadas ao neoliberalismo, e desta forma pensam que, com o aumento da riqueza, a saúde será beneficiada diretamente.

É importante ressaltar que essa movimentação em prol da saúde global vem ocorrendo antes mesmo da criação da OMS, porém não é possível nomear esses esforços como uma GHG, mas sim uma busca por ela. A preocupação pelos cuidados com a saúde global surgiu no século XV, devido ao alto número de mortos em razão da pandemia da peste negra. Porém, boa parte dessa preocupação inicial por parte dos governos ocorreu em razão do forte impacto gerado na

economia, visto que, quanto mais pessoas morrem com a doença, mais o mercado perde consumidores, ou seja, a economia e a saúde estão correlacionadas (Fernandes, 2021).

Perante esses padecimentos, iniciou-se uma abertura de espaços informais de diálogos sobre a saúde internacional. Somente no século XIX é que se instalam espaços oficiais para debater o tema, com a criação da Conferência Internacional Sanitária em 1851, convocada pela França e sediada em Paris, tendo a participação de 12 países (Cueto; Brown; Fee, 2019). Esta e as seguintes cinco conferências foram voltadas à epidemia de cólera, que, com início na Ásia e através das mercadorias e tripulantes dos navios, acabou por infectar a Europa (Cueto; Brown; Fee, 2019). Estas primeiras conferências tiveram o intuito de controlar os navios cargueiros vindos da Ásia, aplicando uma forma de quarentena marítima, mas suas ações acabaram por aumentar um preconceito em face da população oriental (Cueto; Brown; Fee, 2019).

Apesar dos esforços, contudo, a iniciativa não obteve muito efeito, visto que era difícil contar com a cooperação dos países, pois não havia uma legislação definida sobre a saúde na época, e o tema era subordinado a outros setores dos governos (Cueto; Brown; Fee, 2019). Também havia o fato de que o tratado de Vestfália ainda era “recente”, gerando um certo receio dos Estados em ceder sua soberania.

Somente na sétima Conferência, em 1892, aconteceram os primeiros progressos na questão sanitária internacional (Cueto; Brown; Fee, 2019). Com regulamentações mais nítidas, conseguiram aplicar inspeções sobre o Canal de Suez (Cueto; Brown; Fee, 2019). Também foi acordado que era dever de cada governo alertar sobre os números de casos de doenças registrados em seus Estados (Cueto; Brown; Fee, 2019). Porém, até aquele momento, estas movimentações partiam de ações de governos, e não se tinha algo institucionalizado. A primeira instituição a ser criada foi em 1902, denominada de Repartição Sanitária Internacional, com a função de controlar doenças infecciosas, como a febre amarela que estava em alta na época, além de regulamentar o fluxo marítimo de mercadorias de toda América (Fernandes, 2021).

Na 11ª conferência, no ano de 1903, com uma redução dos casos de cólera, houve um foco sobre a febre amarela e a peste bubônica. Nesta conferência foi apresentada a descoberta de FINLAY e REED. Eles haviam descoberto que a febre amarela se transmitia através do mosquito *aedes aegypti*, que se reproduzia em locais com acúmulos de água, e desta forma foi criado um programa bem-sucedido em Havana para frear a proliferação das larvas (Cueto; Brown; Fee, 2019), o qual acabou difundido depois para outros países (Espinosa, 2009 *apud* Cueto; Brown; Fee, 2019). Tratava-se de uma das primeiras recomendações a serem difundidas em âmbito internacional em prol da saúde.

Ainda nessa conferência, foi abertamente discutida a criação de uma instituição sanitária internacional. Porém, somente em 1907, durante uma Conferência Sanitária Internacional em Roma, através de um acordo, foi criada a Office International d'Hygiene Publique (OIHP), com 12 países, predominantemente europeus (Cueto; Brown; Fee, 2019). Esta instituição era limitada a ações de campo, apenas realizando publicações de boletins, pesquisando sobre doenças, e, em ocasiões de emergência, ela conseguia suprir um alívio (Cueto; Brown; Fee, 2019). Sua criação não tinha um intuito de cuidar dos povos, mas sim de proteger a Europa das doenças vindas dos países menos desenvolvidos (Cueto; Brown; Fee, 2019). Com a Primeira Guerra Mundial, houve um enfraquecimento da instituição, que precisou ser fechada durante certo período.

Com o fim da Primeira Guerra Mundial surgiram novos avanços para a governança global da saúde, pois sentiram a necessidade de uma instituição mais operante, que não ficasse só no campo da pesquisa, além de aumentar o escopo do que se trataria a respeito de saúde global, não voltado somente às epidemias (Lee, 2009; Fernandes, 2021). Antes de mencionar esta nova instituição intergovernamental, é importante ressaltar que também foi uma época em que formaram organizações não governamentais focadas na saúde. Como no caso da Divisão Internacional da Saúde da Fundação Rockefeller, com atuação em vários continentes, tendo sua ação explicada por conta das doenças estarem diminuindo a produtividade da população, impedindo que pudessem progredir (Cueto; Brown; Fee, 2019). Foi criada também a Sociedade da Cruz Vermelha (Fernandes, 2021).

Finalmente, em 1919, o multilateralismo teve uma escalada com a criação da Liga das Nações, a qual ajudou os países a fomentar suas diplomacias (Fernandes, 2021). Desta forma, dentro da Liga foi criada, no ano subsequente, a principal organização intergovernamental da saúde, a Organização da Liga das Nações para a Saúde (OLNS). Esta organização já nasceu um pouco enfraquecida devido à não participação dos Estados Unidos (Fernandes, 2021). A criação da OLNS se deu em razão das críticas à OIHP, já que havia a percepção da necessidade de uma organização mais executória. A OLNS teve sua ação na América, Europa, Ásia e África, saindo do eixo europeu. Uns dos principais nomes por trás das ações da organização foi o Ludwik Rajchman, que transformou a medicina e a saúde globais, trazendo para a pauta discussões que não eram objetivos iniciais da criação da OLNS, como a nutrição, saúde infantil e saneamento rural (Cueto; Brown; Fee, 2019), além do olhar para as doenças que eram deixadas de lado pela OIHP.

Segundo Cueto, Brown e Fee (2019, p. 24, tradução nossa), “Rajchman esperava promover ‘um novo espírito de serviço comum’ porque acreditava que o trabalho na saúde

pública internacional era um dever transnacional, partilhado por profissionais além das fronteiras e em serviço às pessoas e não aos governos”². Rajchman era um grande impulsionador da medicina social, consequentemente influenciando nas ações da OLNS. Com o seu financiamento precário, grande parte do trabalho da OLNS era realizado graças às doações da Fundação Rockefeller, que, desde sua criação até o fim do período entre guerras, financiou a organização (Cueto; Brown; Fee, 2019). Contudo, com a aproximação da Segunda Guerra Mundial, houve vários eventos que enfraqueceram a OLNS, como a saída de Rajchman por conta da pressão japonesa na Liga, pois ele apoiava a China contra os ataques japoneses. Além também do aumento do fascismo na Europa, cujos governos o consideravam um comunista (Cueto; Brown; Fee, 2019). Por fim, foi com a Europa polarizada e com o fim da guerra mais devastadora da história, que a OLNS chegou ao seu fim tendo como sucessora a Organização Mundial da Saúde.

3.1 CRIAÇÃO E HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

De fato, somente foi obtido êxito em termos de uma governança global da saúde com o início da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Fernandes, 2021), ainda que as instituições que a antecederam tenham sido primordiais para a sua existência. Isso desde as ações do século XIX, com intuitos de proteger o mercado e a economia (Lee, 2009), e depois desde as iniciativas tendo o foco da atuação em países colonizadores (Adams, 2012). Também tinham sido cruciais as instituições do início do século XX, que aumentaram as pautas debatidas no meio da saúde, expandindo a atuação para quase todo o globo (Adams, 2012), além de demonstrar uma ação mais humanizada com o surgimento da medicina social.

Durante a Segunda Guerra Mundial, segundo Cueto, Brown e Fee (2019),

No início de 1942, as potências Aliadas começaram a autodenominar-se “Nações Unidas”, termo que apareceu pela primeira vez numa declaração de Janeiro de 1942, na qual 26 nações se comprometeram a empregar “todos os seus recursos, militares ou econômicos” na sua luta unificada contra as Nações do Eixo (p. 34, tradução nossa)³.

² Rajchman hoped to foster “a new spirit of common service” because he believed that international public health work was a transnational duty, shared by professionals beyond borders and in service to people rather than governments.

³ Early in 1942 the Allied powers began to call themselves the “United Nations,” that term first making an appearance in a January 1942 declaration in which 26 nations pledged to employ their “full resources, military or economic” in their unified fight against the Axis nations.

Este termo ressurgiu em 1943, quando uma organização de ajuda humanitária foi estabelecida e recebeu o nome de Administração de Ajuda e Reabilitação das Nações Unidas (AARNU) (Cueto; Brown; Fee, 2019). Organização essa que prestou auxílio a mais de 30 países afetados pela guerra, exerceu papel fundamental de fornecimento de suprimentos básicos para a população, e também mais tarde atuou na assistência médica (Cueto; Brown; Fee, 2019). Esta Organização foi um alívio para a questão da saúde internacional, visto que as instituições da área estavam precarizadas e não conseguindo atuar.

Com a guerra chegando ao fim, os Estados estavam por movimentar a criação de uma organização que ajudaria na manutenção da paz no sistema internacional. Segundo o site da Organização das Nações Unidas (ONU),

Representantes de 50 países reuniram-se em São Francisco na Conferência das Nações Unidas sobre Organização Internacional, de 25 de abril a 26 de junho de 1945. Nos dois meses seguintes, eles redigiram e depois assinaram a Carta da ONU, que criou uma nova organização internacional, as Nações Unidas [...] Quatro meses após o fim da Conferência de São Francisco, as Nações Unidas passaram a existir oficialmente em 24 de outubro de 1945, após a Carta ter sido ratificada pela China, França, União Soviética, Reino Unido, Estados Unidos e a maioria dos outros signatários.

Porém, algo que chama atenção nesta carta, que deu origem a ONU, é a ausência de discussões sobre a criação de uma organização da saúde mundial (Lee, 2009). No período pós-guerra, o foco estava voltado para ajuda de emergência, e tanto a AARNU quanto o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criado em 1946, ficaram encarregados das questões de emergências da saúde (Lee, 2009). De 1945 a 1946, é possível notar debates sobre uma nova organização para a saúde global (Fernandes, 2021). Segundo Lee (2009),

O descaso com a cooperação em saúde na conferência da ONU levou as delegações brasileira e chinesa a argumentar que “a medicina é um dos pilares da paz”. As duas delegações apresentaram uma declaração conjunta recomendando “uma Conferência Geral a ser convocada nos próximos meses com o objetivo de estabelecer uma organização internacional de saúde” (p. 13, tradução nossa)⁴.

Com esta pressão pela convocação de uma conferência, segundo o site da OMS,

Um Comitê Técnico Preparatório reuniu-se em Paris de 18 de março a 5 de abril de 1946 e elaborou propostas para a Constituição que foram apresentadas à Conferência Internacional de Saúde na cidade de Nova York entre 19 de junho e 22 de julho de 1946. Com base nessas propostas, a Conferência redigiu e adotou a Constituição da

⁴ The neglect of health cooperation at the UN conference prompted the Brazilian and Chinese delegations to argue that “medicine is one of the pillars of peace.” The two delegations submitted a joint declaration recommending “a General Conference be convened within the next few months for the purpose of establishing an international health organization.”

Organização Mundial da Saúde, assinada em 22 de julho de 1946 por representantes de 51 membros da ONU e de 10 outras nações.

No entanto, foi somente no dia 7 de abril de 1948 que a OMS, de fato, começou suas atividades, após sua constituição ter entrado em vigor, e hoje em dia possui 194 Estados membros e é considerada uma organização global. Em seu tratado fundador consta que seu principal objetivo é que todos os povos do globo atinjam o estado mais pleno de saúde, definido como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Abrangendo esta definição em sua carta constitutiva, assegura-se a saúde como um direito humano, podendo se utilizar disso para confrontar os Estados (Ventura; Perez, 2014), além de se encaixar a outras áreas da política (Almeida; Romay; Oliveira, 2022).

Para a realização de seu objetivo, a OMS possui funções como: “fornecer cooperação técnica em saúde a seus países membros; combater doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, bem como suas causas; e fortalecer os sistemas de saúde e de resposta ante emergências e desastres” (OMS, 2022). Todo esse trabalho se deve à tríade de órgãos que formam a governança da OMS, denominados: (1) Assembleia Mundial da Saúde (AMS), que consiste em reuniões anuais, em que cada estado membro possui sua delegação composta por especialistas na área, tendo cada uma o poder do voto, e exigência de quórum de 2/3 de votos para tomada de decisões, tendo como pautas orçamentos, recomendações, normativas, regras; (2) Conselho Executivo, formado por 18 especialistas escolhidos pelos Estados membros em votação na AMS, eles é quem executam as decisões tomadas na Assembleia, além de serem encarregados de tomarem as decisões em situações de emergências; (3) Diretor Geral, o principal funcionário técnico e administrativo da Organização, escolhido através de indicações do conselho e votado pela Assembleia, estando sob o domínio do conselho (OMS, 1946).

Este atraso para seu funcionamento se deu pelo início da Guerra Fria, que também provocou debates ideológicos, influenciando nas atitudes da OMS. Estes embates giravam em torno de como seria o foco da atuação da OMS, podendo ser através da biomedicina, em que teria um enfoque no comportamento individual e na biologia, além da medicina social, que tem prioridade na compreensão e transformação das condições sociais ligadas à saúde e doenças. Porém, por mais que houvesse uma tentativa, das pessoas que formularam a constituição da OMS, de que a organização seguisse o caminho da medicina social, os Estados Unidos não aprovaram ações voltadas para a medicina social, visto que consideravam um viés comunista. Diante disso, com medo de ter o mesmo fim da OLNS, que em sua época não teve apoio dos EUA, a OMS teve suas primeiras ações voltadas para a biomedicina. Esta tensão moldou por muitas décadas a abordagem da OMS (Lee, 2009).

Nesta pesquisa será feito um recorte de dois momentos em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) combateu doenças infecciosas, para demonstrar como ela se comportou frente a esses desafios durante a sua história. Diante disso, serão abordadas as ações contra a Varíola e HIV. A escolha do caso da varíola se deve ao fato de ter sido a primeira e única doença a ser propositalmente erradicada na história da humanidade, além de a OMS ter conseguido uma cooperação técnica dos Estados Unidos e da União Soviética em meio às tensões da Guerra Fria. E o HIV foi escolhido porque mostra algumas lacunas, como a falta de resposta imediata da OMS diante dessa doença, e também evidencia como as abordagens de biomedicina e medicina social se portaram frente aos problemas peculiares do HIV, além de expor a perda do papel de liderança da OMS na coordenação para o enfrentamento da doença, e como ela faz para retomar o protagonismo. Outra questão que foi crucial para a escolha destas doenças é a incrível ação dos governos brasileiros para o combate de ambas infecções.

3.1.1 Varíola

A varíola vinha dizimando populações por todo o mundo há séculos. Houve diversas tentativas de controlar esta doença, em alguns lugares deram certo, como na União Soviética (URSS) em 1930, e nas Américas em 1949 (Cueto; Brown; Fee, 2019). Porém, no restante do mundo, principalmente em países pobres, a varíola ainda estava se proliferando, durante o século XX, e cerca de 300 milhões de pessoas vieram a falecer por conta desta doença (Lee, 2009). Na década de 1950, foi discutido durante a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) um programa de erradicação da varíola, mas foi considerado algo inviável pelos estados-membros. Somente em 1958, que a URSS defendeu um programa de erradicação da varíola, pois acreditava que, com a vacinação em massa nos países endêmicos, bastariam cinco anos para a erradicação da doença (Cueto; Brown; Fee, 2019). A URSS também doou 25 milhões de doses de vacinas liofilizadas, que possuíam uma resistência maior ao calor, não exigindo uma refrigeração, facilitando, assim, a logística de vacinar as populações rurais. Existem alguns motivos para a URSS ter tomado a frente nesta ação, visto que ela havia sido reincorporada à OMS há pouco tempo e tinha o anseio de deixar sua marca na saúde internacional, desafiando a influência dos EUA perante a OMS. Além de estar preocupada com casos endêmicos de países vizinhos, que poderiam acabar sendo importados para seu território (Cueto; Brown; Fee, 2019).

Apesar do apoio à proposta da URSS durante a AMS, o programa recebeu poucas verbas. Com esses recursos limitados foi difícil colocar em prática o programa, resultando na frustração dos soviéticos, visto que a OMS e os Estados-Membros estavam dando maior atenção

ao programa da malária (Lee, 2009). Apenas na metade da década de 1960 que começou a despertar um maior interesse na erradicação da varíola. A razão disso foi o surgimento de um injetor a jato e sua adaptação à vacina da varíola, que tinha a capacidade de vacinar 1000 pessoas por hora (Lee, 2009), e a sua combinação com a vacina liofilizada era perfeita para a vacinação em massa. Outro ponto importante foi o interesse dos EUA pela erradicação da varíola. Os especialistas americanos começaram a perceber uma potencial concretização desta erradicação, e por conta disso não poderiam deixar que a URSS tomasse todos os créditos de liderança de tal feito. Com isso, os Estados Unidos ofereceram pessoal especializado e 25% dos custos do programa, que deveriam ser gastos com insumos americanos. Então, na AMS de 1965 foi realizado um relatório que garantia o desempenho da OMS em executar um programa de erradicação da varíola. Logo após, o governo estadunidense anunciou que apoiaria o programa. Foi na AMS de 1967 que foi aprovado o início do Programa de Erradicação da Varíola. A URSS doou cerca de 75 milhões de doses da vacina para ajudar neste início (Cueto;Brown; Fee, 2019). Neste mesmo ano, no Brasil,

[...] seguindo a determinação da OMS, a Fiocruz começou a preparar-se para a erradicação da varíola. Em um primeiro momento, organizou-se em três frentes de trabalho: a primeira, responsável pelo diagnóstico em laboratório dos casos suspeitos; a segunda, formada por epidemiologistas, que investigavam surtos, ocorrências e a distribuição da doença; a terceira, encarregada da fabricação da vacina. “O grupo que formamos foi treinado pela Opas em 1968, em São Paulo, e durou até a erradicação no Brasil, em meados de 1977”, lembra o virologista Schatzmayr (Fiocruz, 2005, p. 2).

O Brasil também foi um dos lugares pilotos a usar o injetor a jato, devido ao convite da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), visto que o Brasil era um lugar endêmico com difíceis questões operacionais (Ogden, 1987). A campanha brasileira foi um sucesso, e no início dos anos 1970 já não havia mais casos no país. Desta forma,

Vários pesquisadores da Fiocruz foram então convocados para ajudar a OMS em outras frentes pelo mundo, na Índia, Somália e Etiópia. A produção de vacinas contra a varíola superou as 250 milhões de doses e a Fiocruz passou a exportá-la para outros países. “E em geral, nossos imunizantes eram considerados superiores aos estrangeiros”, afirma Schatzmayr (Fiocruz, 2005, p. 2).

No mundo, o último caso da doença, ocasionado de forma natural, foi no dia 26 de setembro de 1976, na Somália. Em vista disso, em maio de 1980, durante a AMS, foi declarado

que a varíola estava erradicada. Esta foi a primeira e única vez em que ocorreu uma erradicação de uma doença através de esforços humanos.

3.1.2 HIV/Aids

O surgimento da Aids/HIV ocorreu no começo da década de 1980. Em um primeiro momento a OMS acreditou que ela não seria alarmante para a saúde pública, além de ser fortemente negligenciada pelos governos conservadores, visto que as principais vítimas dessa doença eram pessoas marginalizadas pela sociedade, como os homossexuais, bissexuais e usuários de drogas injetáveis (Moreira; Santos; Sousa, 2020; Cueto; Brown; Fee, 2019).

Segundo Cueto, Brown e Fee (2019),

O número de casos começou a crescer exponencialmente e os profissionais de saúde pública e as ONG passaram a exercer pressão sobre as organizações oficiais de saúde. A identificação da sua origem etiológica, a descrição dos sintomas clínicos e a existência de testes laboratoriais convenceram muitos cépticos de que a AIDS era uma entidade biológica e clínica única e exigia uma resposta política (p. 207, tradução nossa)⁵.

Então, a partir de 1986, a OMS reconheceu a urgência da HIV/Aids e a tornou seu principal enfoque, criando assim o Programa Global sobre HIV/Aids (GPA) (Moreira; Santos; Sousa, 2020). Este programa estava fora da estrutura burocrática da OMS, tendo seu próprio orçamento, começando do zero, compondo apenas uma sala com uma máquina de escrever, três epidemiologistas e uma secretária. Porém, com o apoio do Diretor-Geral da OMS, Halfdan Mahler, Jonathan Mann, que estava à frente do programa, conseguiu tornar o GPA no mais forte programa da época (Cueto; Brown; Fee, 2019).

Segundo Lee (2008),

Em 1988, o GPA tinha estabelecido projetos em mais de 170 países, sendo o desenvolvimento de estratégias nacionais contra a Aids o foco destes esforços. Nomeadamente, as primeiras atividades do GPA procuraram desempenhar um papel abrangente na mobilização e canalizar recursos, formar profissionais de saúde, defender mudanças políticas, iniciar e coordenar investigação e aumentar a sensibilização do público. De particular interesse foram os esforços de Mann para aumentar a prioridade dada à doença na OMS, e fazê-lo dentro de um quadro de direitos humanos. A resolução da AMS de 1988 sobre a não discriminação contra as pessoas que vivem com Aids refletiu a importância fundamental dos direitos humanos para a visão de Mann (p. 59, tradução nossa)⁶.

⁵ The number of cases began to grow exponentially, and public health workers and NGOs came to put pressure on official health organizations. The identification of its etiological origin, description of clinical symptoms, and existence of laboratory tests convinced many skeptics that AIDS was a unique biological and clinical entity and required a political response.

⁶ By 1988 GPA had established projects in over 170 countries, with the development of national AIDS strategies the focus of these efforts. Notably, early GPA activities sought a wide-ranging role in mobilizing and channeling

Logo, é notável que Mann usava muito da vertente da medicina social, o que era essencial para um tema tão sensível e cheio de preconceitos. Entretanto, no final da década de 1980, com a troca do Diretor-Geral, assumindo então Hiroshi Nakajima, tudo mudou, visto que ele não via a Aids como uma urgência, reduzindo o seu orçamento, tendo como foco outras doenças, e deixando assim um clima de tensão e conflito dentro da OMS, resultando também na saída de Mann no começo dos anos 1990. Segundo Moreira, Santos e Sousa (2020, p. 117),

Ao mesmo tempo, outras agências vinculadas às Nações Unidas estavam com programas anti-Aids próprios em andamento. Nesse momento, o programa da OMS se aproximou mais do campo biomédico e técnico de maneira geral. Conflitos com movimentos sociais e Organizações não Governamentais (ONGs) também se tornaram mais intensos, os custos para os cuidados dos portadores do HIV geravam preocupação, as pesquisas por uma vacina eram inconclusivas, e os testes com medicações não indicavam aumento das chances de sobrevivência dos infectados em longo prazo.

Após complexas negociações, em 1996, foi criada a UNAIDS, um programa articulado pela ONU para coordenar os trabalhos sobre a HIV/Aids. As agências que participam da UNAIDS são a OMS, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e o Banco Mundial, além de co-patrocinadores que foram incorporados futuramente (Cueto; Brown; Fee, 2019).

Entre 1995 e 1996 surgiram os primeiros inibidores de protease do HIV, compilados de comprimidos que, juntos, eram capazes de reduzir a carga viral do paciente. Estes inibidores ainda não eram a cura para a doença, porém eram uma forma de tratar a Aids, aumentando a qualidade de vida e reduzindo o risco de morte. Entretanto, por serem altos os números de comprimidos diários, o custo do tratamento era elevado, restringido-o para países desenvolvidos. Todavia, o Brasil, em 1996, iniciou a produção de genéricos desses medicamentos, que são medicamentos idênticos aos originais, porém sem rótulos de marcas, confrontando a indústria farmacêutica e suas patentes, por conta da lei 9.313. Segundo Greco (2016, p.1557),

Promulgação da lei 9.313, apoiada e pressionada pela sociedade civil organizada, que transformou em direito o acesso universal no SUS aos ARVs. Esta decisão era contra o senso comum, vocalizado claramente pelo Banco Mundial, que afirmava que países em desenvolvimento deveriam se concentrar na prevenção, pois a complexidade dos

resources, training health workers, advocating policy change, initiating and coordinating research, and raising public awareness. Of particular note were Mann's efforts to raise the priority given to the disease within the WHO, and to do so within a human rights framework. The 1988 WHA resolution on non-discrimination against People Living with AIDS reflected the core importance of human rights to Mann's vision.

esquemas terapêuticos dificultaria a aderência, aumentando o risco de cepas resistentes. De 1996 a 2002, o investimento brasileiro com tratamento atingiu cerca de US\$ 1,6 bilhão, o qual além do inestimável impacto social ao diminuir mortalidade, morbidade, hospitalizações e aposentadorias, propiciou economia estimada em US\$2 bilhões.

Esta ação do governo brasileiro foi um marco internacional para o tratamento da Aids. Segundo Cueto, Brown e Fee (2019), a partir dos anos 2000, o Brasil foi espelho para países periféricos, visto que começaram a replicar suas ações. Além da OMS, em conjunto com o Banco Mundial, negociaram com as indústrias farmacêuticas a redução do custo dos remédios para países na África que estavam com muitos casos. As indústrias farmacêuticas juntamente com os EUA não estavam muito felizes com a produção dos genéricos, denunciando o Brasil e outros países em desenvolvimento à Organização Mundial de Comércio (OMC). Essa denúncia ocorreu devido ao Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio da OMC, de 1994, que estabelecia padrões mínimos de proteção a serem observados por todos seus membros, pelo período de 10 anos. Porém, segundo Cueto, Brown e Fee (2019),

A posição jurídica do Brasil era forte porque eles argumentavam que poderiam usar a “licença compulsória”, uma disposição que existia no direito internacional. Os governos concedem estas licenças unilateralmente em casos de emergência, sem procurar o consentimento do titular dos direitos. Em 2000, as empresas farmacêuticas mudaram a sua estratégia e decidiram reduzir o preço grossista dos medicamentos para o HIV em 70 por cento, num esforço para minar o chamado movimento de pirataria iniciado pelo Brasil (p. 228, tradução nossa)⁷.

Entre 2000 e 2001 a OMS criou um departamento sobre HIV e Aids inserido na unidade de Saúde Familiar e Comunitária, com o papel de deixar o tratamento mais acessível. Segundo Moreira, Santos e Sousa (2020, p. 119),

Em 2003, a OMS publicou uma lista de medicações de qualidade para HIV/Aids, incluindo versões patenteadas e genéricas. [...] Alguns anos depois, a OMS retoma seu protagonismo na promoção do tratamento global para Aids. Inicialmente, forma aliança com a UNAIDS, lançando um programa, a iniciativa “3 por 5”, que visava principalmente os povos em situação de maior pobreza, especialmente as nações na África subsaariana e na Ásia, declarando que a epidemia era uma emergência global de saúde. Essa iniciativa reduziu o número de combinações de drogas recomendadas como primeira linha de tratamento de trinta e cinco para quatro, simplificando o tratamento nos países periféricos.

⁷ Brazil’s legal position was strong because they argued that they could use to “compulsory license,” a provision that existed in international law. Governments grant these licenses unilaterally in cases of emergency without seeking the rights-holder’s consent. In 2000, pharmaceutical companies changed their strategy and decided to reduce the wholesale price of HIV medicines by 70 percent in an effort to undermine the so-called piracy movement initiated by Brazil.

Porém, esta iniciativa, desde seu início, não estava tendo resultados animadores, fazendo com que a OMS levasse especialistas ao Brasil, para entenderem como obtiveram resultados tão rápidos, para que desta forma pudessem replicar seus métodos em outros países. O programa enfrentou muitos problemas técnicos, como o fato de os Estados que seriam beneficiados não terem uma estrutura tanto de organizações civis e ativistas, como de profissionais de saúde e hospitais, como a do Brasil, além de questões financeiras e o prazo ser muito curto. Devido a isso, a iniciativa “3 por 5” acabou não atingindo seu objetivo de tratar 5 milhões de pessoas, alcançando apenas o número de 1,6 milhões (Cueto; Brown; Fee, 2019).

Em dezembro de 2013, o Conselho de Coordenação do programa da UNAIDS recorreu à UNAIDS para impulsionar os empenhos nacionais, criando uma meta de objetivos a serem cumpridos após 2015. Desse modo, foram feitas consultas em todas as regiões, além de reuniões com todas as partes interessadas, negociando diversas temáticas sobre o HIV/Aids. Então, em 2016, através da Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas para acabar com a Aids, os Estados se comprometem a atingir os objetivos conhecido como 90-90-90. Segundo a UNAIDS, os objetivos a serem cumpridos são: que 90% das pessoas que vivem com HIV conheçam o seu estado serológico; que 90% das pessoas diagnosticadas com HIV recebam terapia antirretroviral contínua; que 90% das pessoas que recebem terapia antirretroviral tenham supressão viral (UNAIDS, 2020). Porém, segundo os dados divulgados pela UNAIDS (2020),

No final de 2019, 81% das pessoas que viviam com HIV conheciam o seu estatuto serológico e mais de dois terços (67%) estavam em terapêutica anti-retroviral [...] um número que mais do que triplicou desde 2010. [...] os níveis de supressão da carga viral entre as pessoas que vivem com HIV aumentou 18% entre 2015 e 2019. Quase 59% das pessoas que vivem com HIV em todo o mundo conseguiram suprimir a sua carga viral em 2019. No entanto, para atingir as metas 90-90-90, é necessário um mínimo de 73% das pessoas que vivem com o HIV suprimam a sua carga viral, pelo que parece impossível que este objetivo global se torne uma realidade até ao final de 2020 (tradução nossa)⁸.

Assim, por mais que os objetivos não tenham sido alcançados, é notória a grande evolução nos números e todo esse trabalho é muito importante para que, seguindo este caminho, possa ser atingido o objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS) da ONU. Os ODS são uma

⁸ “At the end of 2019, 81% of people living with HIV knew their HIV status, and more than two thirds (67%) were on antiretroviral therapy [...] a number that has more than tripled since 2010. [...] viral load suppression levels among all people living with HIV increased by 18 percentage points between 2015 and 2019. Almost 59% of people living with HIV globally had suppressed viral loads in 2019. However, achieving the 90–90–90 targets results in a minimum of 73% of people living with HIV having suppressed viral loads, so the global target for the end of 2020 [...]”.

agenda mundial aprovada na Cúpula das Nações Unidas em 2015. Durante a cúpula, foram estabelecidos 17 objetivos, com o intuito de uma ação coordenada de todo o mundo “para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade” (ONU Brasil). Foram discutidos objetivos para saúde e bem-estar, e uns dos objetivos prevê o fim da epidemia de Aids até 2030.

3.2 ATUAÇÃO DA OMS NA PANDEMIA DE COVID-19

Foram por conta dos esforços na coordenação do controle de doenças globais durante toda sua história que a OMS desenvolveu uma autoridade epistêmica. Assim como nos casos de combate a doenças descritos acima, durante a pandemia da COVID-19, a OMS teve um papel de liderança na coordenação internacional do controle do novo coronavírus. Segundo Almeida, Romy e Oliveira (2022, p. 1618),

O papel da OMS na regulação da saúde global e, especificamente, na gestão da crise COVID-19, pode ser dividido em quatro funções primordiais, quais sejam: produzir normas e standards em saúde global, fornecer apoio e gerenciar a cooperação técnica entre os Estados, em qualquer nível de desenvolvimento; levantar e gerir o financiamento destinado ao campo da saúde; e coordenar as respostas às emergências de saúde global.

Dentre essas ações se destaca a produção normativa, que é elaborada através de abordagens técnicas por seus órgãos decisórios. Durante a COVID-19, o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e as recomendações da OMS foram mecanismos vitais para esta atividade.

Em 2005, foi aprovado, na 58ª AMS, o Regulamento Sanitário Internacional, entrando em vigor apenas em 2007. Segundo o art. 2 do RSI (2005, p.18)

O propósito e a abrangência do presente Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais.

Este regulamento, então, tornou-se essencial para o combate a pandemias e epidemias nos anos seguintes, como no caso da H1N1, Ebola e COVID-19 (Almeida, 2020). Posto que, em seu extenso regimento, possui normas vinculantes cruciais para que se cumpra seu propósito, cujo seguimento é obrigação dos Estados Parte. Um exemplo destas normas está no artigo 6, em que consta o dever dos Estados Membros de notificar a OMS, dentro de 24 horas, “sobre todos os eventos em seu território que possam se constituir numa emergência de saúde

pública de importância internacional” (Art. 6, RSI, 2005). Depois de comunicar a OMS, o Estado em questão terá que continuar notificando, de modo adequado, informações relevantes sobre o caso, incluindo números de casos e de óbitos (Art. 6(2), RSI, 2005). Outro exemplo é do Art. 42, o qual menciona que os Estados devem implementar de maneira transparente e sem demora as medidas de saúde citadas dentro do regulamento. Além do Art. 43, que permite que os Estados reforcem as medidas recomendadas pela OMS (RSI, 2005; Almeida; Romy; Oliveira, 2022).

Segundo o Art. 12 do RSI (2005), o Diretor Geral da OMS detém a capacidade de declarar uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII). Para isso, é necessário consultar o Comitê de Emergência, composto por especialistas; considerar também as informações fornecidas pelo Estado em que se deu o início da doença, além de uma “avaliação do risco para a saúde humana, do risco de propagação internacional da doença e do risco de interferência com o tráfego internacional” (Art. 12(4), RSI, 2005). Assim, caso seja declarada uma ESPII, de acordo com o Art. 15, o Diretor Geral pode criar recomendações temporárias (RSI, 2005; Ventura; Aith; Rached, 2021). Outra forma de produzir estas recomendações seria através da AMS, conforme o artigo 23 da constituição da OMS. Isto permite que a OMS possa criar recomendações mais específicas e adaptadas para a doença, permitindo assim uma melhor resposta à ESPII (Almeida; Romy; Oliveira, 2022).

Considerando as funções da OMS perante a uma emergência de saúde pública de importância internacional, a fim de atingir o objetivo da pesquisa, o presente trabalho irá abordar as ações realizadas pela OMS para conduzir uma resposta internacional para o controle da COVID-19.

Entre os dias 10 e 12 de janeiro de 2020, enquanto havia casos do vírus somente na China, a OMS publicou um vasto documento de orientações para toda a comunidade internacional sobre como identificar e lidar com casos desta nova doença. A OMS, no dia 3 de fevereiro de 2020, já com o vírus sendo considerado emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), finaliza seu Plano Estratégico de Preparação e Respostas (PEPR). O PEPR era uma forma de declarar, conforme as medidas de saúde pública, e com base tanto no apoio da literatura vigente do RSI quanto nos conhecimentos obtidos até então sobre o novo coronavírus, que a comunidade internacional estava pronta para fornecer apoio técnico e científico a todos os países. Tinha como principal objetivo interromper a transmissão do novo coronavírus dentro e fora da China, aliviando os impactos dos surtos em todos os países. Para isso, segundo a OPAS (2020a, p. 6), era necessário

- A) Estabelecimento rápido de coordenação internacional para prestar suporte técnico e operacional estratégico com base nos mecanismos e parcerias existentes.
- B) Intensificação das operações de preparação e resposta dos países, incluindo fortalecimento da prontidão para identificar, diagnosticar e tratar rapidamente os casos; identificação e acompanhamento de contatos, quando possível (com prioridade para locais de alto risco, como unidades de saúde); prevenção e controle de infecções em serviços de saúde; implementação de medidas de saúde para viajantes; e conscientização da população com base na comunicação de riscos e engajamento comunitário.
- C) Aceleração de pesquisa e inovação prioritárias para suporte a um processo global claro e transparente de priorização de pesquisa e inovação para agilizar e ampliar a pesquisa, o desenvolvimento e a disponibilidade equitativa de terapias, vacinas e métodos diagnósticos candidatos. Isso cria uma plataforma comum para processos, protocolos e ferramentas padronizadas e para facilitar a pesquisa multidisciplinar e colaborativa, integrada à resposta.

O PEPR foi atualizado em 14 de abril de 2020, baseando-se nesse primeiro documento e agregando os novos conhecimentos adquiridos desde então. Entretanto, agora com um olhar mais voltado para o nível nacional, visando que os países controlassem a pandemia, desta forma retardando a transmissão e reduzindo a mortalidade da COVID-19. Além disso, possuía a finalidade de instruir os Estados a como transacionarem entre os diferentes níveis de transmissão. O PEPR atualizado tinha como objetivos principais,

Mobilizar todos os setores e comunidades para garantir que todos os setores do governo e da sociedade se apropriem e participem na resposta e na prevenção de casos através da higiene das mãos, da etiqueta respiratória e do distanciamento físico a nível individual.

Controlar casos e aglomerações esporádicos e prevenir a transmissão comunitária, encontrando e isolando rapidamente todos os casos, prestando-lhes cuidados adequados e rastreando, colocando em quarentena e apoiando todos os contatos.

Suprimir a transmissão comunitária através de medidas de prevenção e controle de infecções adequadas ao contexto, medidas de distanciamento físico ao nível da população e restrições apropriadas e proporcionais a viagens domésticas e internacionais não essenciais.

Reduzir a mortalidade, fornecendo cuidados clínicos adequados às pessoas afetadas pela COVID-19, garantindo a continuidade dos serviços sociais e de saúde essenciais e protegendo os trabalhadores da linha da frente e as populações vulneráveis.

Desenvolver vacinas e terapias seguras e eficazes que possam ser fornecidas em grande escala e que sejam acessíveis com base na necessidade.
(OMS, 2020, p. 5, tradução nossa)⁹.

⁹ **Mobilize** all sectors and communities to ensure that every sector of government and society takes ownership of and participates in the response and in preventing cases through hand hygiene, respiratory etiquette and individual-level physical distancing. **Control** sporadic cases and clusters and prevent community transmission by rapidly finding and isolating all cases, providing them with appropriate care, and tracing, quarantining, and supporting all contacts.

Suppress community transmission through context-appropriate infection prevention and control measures, population level physical distancing measures, and appropriate and proportionate restrictions on non-essential domestic and international travel.

Reduce mortality by providing appropriate clinical care for those affected by COVID-19, ensuring the continuity of essential health and social services, and protecting frontline workers and vulnerable populations.

Develop safe and effective vaccines and therapeutics that can be delivered at scale and that are accessible based on need.

Logo após a primeira publicação do PEPR, a OMS produziu um documento chamado Diretrizes de Planejamento Operacional para Suporte à Preparação e Resposta dos Países, que serviu para complementar o PEPR. Com base em 9 pilares, sendo o último adicionado apenas em sua atualização em maio de 2020, a OMS ofereceu orientações práticas aos governos dos Estados, que deveriam usá-las para elaborar ou atualizar seus planos nacionais contra a COVID-19. Do mesmo modo, deveria ser utilizado pelas agências da ONU na produção de um plano multiagência. As diretrizes de cada pilar eram divididas em três passos, sendo o primeiro medidas de preparação, o segundo para a resposta e o terceiro de ajustes (ver Quadro 2).

Quadro 2 - Diretrizes de Planejamento Operacional para Suporte à Preparação e Resposta dos Países

Pilar 1: Coordenação, planejamento e monitoramento em nível de país
Objetivo: Estabelecer ou adaptar estruturas de evolução, sistemas de gestão e planos nacionais e subnacionais para garantir uma resposta integrada e eficiente à COVID-19. Passos: (1) Realizar uma análise inicial de risco e capacidade, incluindo o mapeamento de populações vulneráveis, com foco em reduzir desigualdades sociais e em saúde que afetam mulheres e meninas. Além disso, inicie o estabelecimento de métricas e sistemas de avaliação para monitorar a efetividade das medidas planejadas; (2) Envolver doadores locais, autoridades nacionais, ministérios das finanças, parceiros-chave e partes interessadas para mobilizar recursos e capacidades. Implementar e publicar orientações sobre medidas sociais e de saúde pública, incluindo proteção individual, isolamento de casos, restrições de circulação e redução de contato entre indivíduos; (3) Realizar revisões operacionais periódicas para avaliar implementações, situação epidemiológica e ajustar planos conforme necessário. Além disso, usar o surto da COVID-19 para testar planos existentes, documentar lições aprendidas e desenvolver capacidades futuras.
Pilar 2: Comunicação de risco e engajamento comunitário
Objetivo: Garantir a disseminação de informações precisas, claras e consistentes para o público e partes interessadas, promovendo comportamentos preventivos e combatendo a desinformação, enquanto fortalece a participação comunitária na resposta. Passos: (1) Realizar avaliações qualitativas e/ou quantitativas rápidas para entender as comunidades afetadas, preparar mensagens locais em evidências e pré-testá-las através de um processo participativo, identificar grupos em quem a comunidade confia e redes locais para engajamento; (2) Administrar a infodemia para garantir informações factuais e baseadas em evidências, estabelecendo um envolvimento em larga escala da comunidade para mudanças sociais e comportamentais com as recomendações nacionais de saúde pública; (3) Estabelecer sistematicamente mecanismos de feedback através de diferentes métodos, como redes sociais e pesquisas de percepção da comunidade, monitorar boatos e desinformação, e reagir de maneira eficaz para garantir que o feedback da comunidade seja considerado nas medidas de resposta.
Pilar 3: Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos
Objetivo: Detectar, relatar e investigar casos suspeitos de COVID-19 de forma rápida e eficiente, implementando medidas de controle preventivas para prevenir a propagação do vírus.

Passos: (1) Divulgar protocolos de definição e investigação de caso aos profissionais da saúde do setor público e privado, alinhados com as orientações da OMS, e avaliar as lacunas na busca ativa de casos, vigilância da mortalidade e sistemas de vigilância baseados em eventos; (2) Capacitar e equipar equipes multidisciplinares de resposta rápida, baseada na comunidade, para investigar imediatamente casos e clusters, expandir a gestão de casos e realizar o isolamento individual de casos, além de ampliar o rastreamento e a quarentena de contatos, elaborando relatórios para a OMS dentro de 24 horas conforme RSI (2005); (3) Continuar realizando avaliações de risco conforme proteção, utilizando avaliações locais, regionais e/ou nacionais para orientar as ações ou mudanças na estratégia de resposta, e apresentar uma análise robusta e oportuna de dados de ciências sociais e epidemiológicos às partes interessadas relevantes para informar continuamente a avaliação de risco e apoiar a tomada de decisão operacional.

Pilar 4: Pontos de entrada, viagens e transporte internacional

Objetivo: Implementar medidas de triagem e controle em pontos de entrada (aeroportos, portos, fronteiras terrestres) para reduzir o risco de importação e exportação do vírus.

Passos: (1) Elaborar, ajustar e implementar um plano de emergência em saúde pública para os pontos de entrada; (2) Divulgar informações atualizadas sobre a doença, procedimentos operacionais padrão e capacitar equipes para medidas específicas em caso de pacientes, incluindo limpeza e desinfecção. Preparar atividades de busca ativa de casos em cooperação com operadores nos pontos de entrada e transporte, em preparação para retomada do tráfego internacional; (3) Monitore e avalie periodicamente a efetividade das medidas de prontidão e resposta nos pontos de entrada, e ajuste os planos de prontidão e resposta conforme segurança.

Pilar 5: Laboratórios nacionais

Objetivo: Garantir a capacidade de testar e diagnosticar casos de COVID-19 de forma rápida e precisa, estabelecendo redes de laboratórios equipados e treinados.

Passos (1) Estabelecer acesso a laboratórios de diagnóstico de COVID-19 no país, utilizando sistemas públicos, privados, acadêmicos e possivelmente laboratórios veterinários. Garantir que os laboratórios adotem teste molecular (PCR) e tenham acesso a reagentes, kits de teste e equipe capacitada; (2) Certifique-se de que a coleta, gestão, encaminhamento e procedimentos das amostras estejam operando corretamente. Desenvolver e implementar planos para lidar com picos de demanda e gerenciar o aumento na necessidade de testes, considerando a economia de recursos laboratoriais diante da potencial disseminação da COVID-19; (3) Elaborar um mecanismo de garantia da qualidade para a testagem laboratorial, incluindo indicadores de qualidade

Pilar 6: Prevenção e Controle de Infecções (PCI)

Objetivo: Minimizar a transmissão do vírus nos estabelecimentos de saúde e na comunidade por meio da implementação de medidas eficazes de prevenção e controle de infecções.

Passos: (1) Avaliar a capacidade em PCI em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo público e privado, garantindo sistema de triagem funcional, pessoal capacitado e materiais suficientes. Aumentar a conscientização pública sobre medidas preventivas, incluindo o distanciamento físico, higienização frequente das mãos e etiqueta respiratória como o uso de máscaras, por meio de campanhas educativas abrangentes; (2) Implementar triagem, reconhecimento precoce e controle de fontes, garantindo alertas visuais e acesso a serviços de saneamento e higiene em locais públicos. Assegurar disponibilidade de estações para higienização das mãos em áreas afetadas pela

COVID-19; (3) Monitorar a implementação de PCI e saneamento básico, capacitando profissionais de saúde e avaliando o cumprimento das práticas de higiene, utilizando ferramentas específicas de avaliação e treinamento
Pilar 7: Gestão de casos
Objetivo: Prover cuidados clínicos protetores e seguros para pacientes com COVID-19, reduzindo a mortalidade e complicações associadas à doença. Passos: (1) identificar a capacidade de oxigênio e ventilação mecânica, avaliando continuamente a carga do sistema de saúde local e a capacidade de prestar serviços de saúde essenciais de forma segura; (2) Divulgar informações atualizadas periodicamente, capacitar e atualizar a força de trabalho em saúde no atendimento a casos de COVID-19, incluindo protocolos específicos e criação de áreas de tratamento dedicadas. Manter a prestação de serviços de saúde rotineiros e emergenciais; (3) Avaliar a implementação e efetividade dos procedimentos de gestão de casos, incluindo gestantes, crianças e pacientes idosos, ajustando a orientação conforme necessário.
Pilar 8: Apoio operacional e logística
Objetivo: Garantir que os recursos necessários (EPI, medicamentos, vacinas etc.) sejam distribuídos e utilizados de maneira eficiente para apoiar as operações de resposta à pandemia. Passos: (1) Mapear recursos disponíveis e sistemas de suprimentos no setor da saúde, verificar estoques de insumos com base em listas específicas da OMS e identificar reservas do estoque central para gestão de casos de COVID-19; (2) Implementar um sistema de gestão de controle da cadeia de abastecimento para insumos médicos essenciais, realizar revisões periódicas dos estoques e desenvolver uma reserva de estoque central para gestão de casos de COVID-19. Elaborar mecanismos de capacidade e mobilização de pessoal para picos de demanda; (3) identificar e apoiar funções críticas durante um surto generalizado de COVID-19, como saneamento básico, energia, alimentos, telecomunicações, finanças, transporte e força de trabalho essencial.
Pilar 9: Manutenção de sistemas e serviços de saúde essenciais
Objetivo: Garantir a continuidade dos serviços de saúde essenciais, minimizando as interrupções causadas pela pandemia e assegurando o atendimento às necessidades de saúde da população. Passos: (1) Estabelecer uma governança elaborada, com mecanismos financeiros e de cooperação para complementar os protocolos de resposta, e identificar os serviços essenciais relevantes; (2) abrir plataformas locais para prestação de serviços, estabelecendo mecanismos de atendimento comunitário conformes necessários para garantir a prestação de serviços essenciais; (3) Redistribuir rapidamente a capacidade de força de trabalho em saúde, incluindo redesignação e compartilhamento de tarefas, e identificar mecanismos para manter a disponibilidade de medicamentos, equipamentos e insumos essenciais.

Fonte: OPAS (2020b).

O Diretor Geral da OMS, sempre que possível, reiterava a aplicação imediata destas práticas, pois cada medida aplicada ajudava a frear a propagação do vírus, desta forma evitando um colapso e salvando vidas. Com isso, dando tempo para o desenvolvimento de tratamento eficazes e vacinas. Além destas orientações, durante a pandemia, foi mantido o encontro anual da Assembleia Mundial da Saúde, que entre 18 e 19 de maio de 2020 foi realizada virtualmente de maneira inédita, tendo participação recorde de mais de 130 países. A resolução teve como principais temas o reconhecimento da OMS como líder no papel de coordenar

internacionalmente a resposta à COVID-19, pedidos para que os Estados elaborassem uma ação governamental conforme as recomendações da OMS, e apelos para o acesso universal a todas as tecnologias da saúde eficazes e seguras para o combate a COVID-19, além de reconhecer que a vacinação em massa era um bem público global para a saúde (AMS, 2020).

Outra forma de a OMS coordenar a resposta à pandemia foi criando programas e parcerias para ajudar no desenvolvimento de tecnologias para combater a COVID-19, além de garantir acesso universal a elas. Em abril de 2020, a OMS, em conjunto com os líderes da França, da Comissão Europeia e da Fundação Bill & Melinda Gates, lançaram o Access to COVID-19 Tools (ACT), uma parceria com governos, sociedades civis, cientistas, empresas, organizações internacionais e filantropos (OMS, 2020g). Em seu discurso durante o lançamento, o Diretor Geral da OMS disse:

Este é um projeto colaborativo histórico com o objetivo de acelerar o desenvolvimento e a produção de vacinas, diagnósticos e tratamentos contra a COVID-19, bem como o acesso equitativo aos mesmos. Temos o compromisso comum de garantir que todos tenham acesso a todas as ferramentas para derrotar a COVID-19 (OMS, 2020h, tradução nossa)¹⁰.

Este projeto foi essencial para a produção em escala das vacinas e sua distribuição equitativa. Já no final de maio, a OMS, juntamente com o presidente da Costa Rica, lançou o programa *COVID-19 Technology Access Pool* (C-TAP), com o objetivo de tornar as tecnologias para o combate a COVID-19, como vacinas e medicamentos, acessíveis rapidamente para todos os países. A C-TAP consistia em uma plataforma global, na qual os cientistas que desenvolviam essas tecnologias poderiam compartilhar sua propriedade intelectual, dados e conhecimentos de modo voluntário (OMS, 2020a).

Paralelamente ao desenvolvimento da vacina, os pesquisadores estavam também em busca por um terapêutico já existente para reaproveitá-lo no tratamento dos hospitalizados pela COVID-19, a fim de uma redução na mortalidade. Boa parte das pesquisas era feita pelo programa da OMS *Solidarity Trial*, pelo qual se iniciaram as pesquisas para tratamento da COVID-19 com base em 4 remédios: o Remdesivir; a hidroxicloroquina ou cloroquina; o Ritonavir ou lopinavir; e a interferon-beta (Galileu, 2020). Em 16 de junho de 2020, a OMS acolheu os resultados obtidos por cientistas do Reino Unido sobre a Dexametasona, e pela primeira vez se viu resultados na redução de mortalidade em pacientes que necessitavam ser

¹⁰ “Se trata de un proyecto histórico de colaboración con el objetivo de acelerar el desarrollo y la producción de vacunas, medios de diagnóstico y tratamientos contra la COVID-19, así como el acceso equitativo a los mismos. Tenemos el compromiso compartido de velar por que todas las personas tengan acceso a todas las herramientas para derrotar la COVID-19”.

entubados (OMS, 2020b). No outro dia, a OMS interrompeu as pesquisas com a hidroxicloroquina, devido às evidências do *Solidarity Trial* e outros grupos de pesquisa, concluindo que o tratamento com o remédio não reduzia a mortalidade de pacientes hospitalizados (OMS, 2020c). Posto isto, em julho de 2020, as pesquisas tanto da hidroxicloroquina quanto da ritonavir/lopinavir foram abandonadas pela OMS, pois foram apresentadas evidências de estudos em que ambos remédios foram comparados a tratamentos padrões. Os resultados mostraram que a hidroxicloroquina e o ritonavir/lopinavir tinham muito pouca ou nenhuma redução nas mortes dos pacientes de COVID-19 em comparação a tratamentos padrões (OMS, 2020d).

Nota-se que os estudos para tratamento giravam em torno de pacientes hospitalizados. Segundo Lemos (2020),

Entidades, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), esclarecem que não existem opções para tratamentos profiláticos, ou seja, medicamentos que usados precocemente impeçam o desenvolvimento de formas graves da covid-19. Por ora, não há comprovação científica de que uma medicação possa prevenir a doença ou evitar, se usada no início dos sintomas, que o quadro de um paciente infectado se agrave.

Após seis meses de estudos sobre o reaproveitamento de terapêuticos para pacientes hospitalizados da COVID-19, o *Solidarity Trial* concluiu que todas as quatro terapias analisadas pelas pesquisas eram ineficientes (OMS, 2020e). A OMS, em conjunto com a Coligação Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos, fez uma declaração para garantir que os pacientes hospitalizados da COVID-19 de todo o mundo pudessem ter acesso a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade o mais rápido possível (OMS, 2020f).

Em 2021, a OMS realizou estudos sobre a efetividade da ivermectina, porém desta vez em todos os pacientes de COVID-19, em qualquer nível de gravidade. Com a coleta de dados de 16 ensaios clínicos, segundo a ONU News (2021), os pesquisadores concluíram,

[...] que as evidências sobre se “a ivermectina reduz a mortalidade, a necessidade de ventilação mecânica, a necessidade de internação hospitalar e o tempo para a melhora clínica” em pacientes com Covid-19 é certamente muito baixa.

No decorrer do ano de 2021, a OMS continuou com as pesquisas sobre os tratamentos e, conforme foram sendo feitas novas descobertas, ela atualizava as diretrizes terapêuticas contra a COVID-19.

Após abordar como foram conduzidas as recomendações da OMS sobre terapêuticos contra COVID-19, esta pesquisa voltará o olhar para a questão chave que ajudou o mundo a

responder à pandemia, que foi a coordenação da OMS pela busca do desenvolvimento da vacina e sua distribuição equitativa para a imunização em massa.

O programa supramencionado, ACT, possui um pilar voltado para a vacina, chamado COVAX. Este pilar tinha o objetivo de acelerar o desenvolvimento e produção da vacina, além de garantir sua distribuição equitativa. Para garantir este último objetivo, em julho de 2020, foi lançado o *COVAX Facility*, em que 75 países demonstraram interesse em financiar vacinas, tanto para sua população, quanto para a de 90 países de baixo rendimento. Segundo o CEO da *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations*,

A COVAX oferece uma solução inovadora para a mais grave crise de saúde pública de que há memória. Irá acelerar a disponibilidade de vacinas seguras e eficazes através do investimento precoce na capacidade de produção e maximizar as possibilidades de sucesso ao apoiar uma carteira ampla e diversificada de vacinas candidatas. Através da COVAX, a nossa aspiração é sermos capazes de vacinar os 20% mais vulneráveis da população de todos os países participantes, independentemente do nível de rendimento, até ao final de 2021. Garantir um acesso justo não é apenas uma questão de equidade; é a maneira mais rápida de acabar com esta pandemia (OMS, 2020i, tradução nossa)¹¹.

Sabendo da importância do programa, no dia 31 de julho de 2021, durante o quarto encontro do Diretor Geral com o Conselho de Emergência, foi recomendado aos países que participassem do ACT e se envolvessem com os ensaios clínicos relevantes, além de oferecerem tratamentos eficazes e seguros e se preparem para a introdução das vacinas (OMS, 2020j.). Outro momento em que foi instigado aos países a se envolverem com a ACT, foi durante a 75ª Assembleia da ONU, em que a OMS conduziu, com parceiros, eventos paralelos, nos quais mostraram as evoluções obtidas pelos programas, tanto da ACT quanto da C-TAP (OMS, 2020k). Também durante a Assembleia da ONU, houve um amplo espaço para debater sobre a desinformação, a qual prejudicou muito a resposta à pandemia. Segundo o Diretor Geral da OMS,

A *misinformation* e a desinformação colocam a saúde e as vidas em risco e minam a confiança na ciência, nas instituições e nos sistemas de saúde. [...] Para combater a pandemia precisamos de confiança e solidariedade e quando há desconfiança há muito menos solidariedade. As informações falsas estão a dificultar a resposta à pandemia, por isso devemos unir forças para combatê-la e promover conselhos de saúde pública com base científica. Os mesmos princípios que se aplicam à resposta à COVID-19

¹¹ COVAX offers an innovative solution to the gravest public health crisis in living memory. It will speed up the availability of safe and effective vaccines through early investment in manufacturing capacity, and maximise the chances of success by backing a broad and diverse portfolio of vaccine candidates. Through COVAX our aspiration is to be able to vaccinate the most vulnerable 20% of the population of every country that participates, regardless of income level, by the end of 2021. Ensuring fair access is not only a matter of equity; it is the fastest way to end this pandemic.

aplicam-se à gestão da infodemia. Precisamos prevenir, detectar e responder a isso, juntos e em solidariedade (OMS, 2020l, tradução nossa)¹².

No final de outubro de 2020, em seu quinto encontro com o Comitê de Emergência, o Diretor Geral da OMS disse em seu discurso de abertura,

Além dos testes rápidos e da dexametasona, várias vacinas estão agora na fase final de testes três. Se se revelarem seguros e eficazes, serão implementados através do braço de vacinas do Acelerador ACT – o Mecanismo COVAX, que é agora apoiado por 186 países. [...] O comitê recomendou que, para se prepararem para as novas vacinas contra a COVID-19, a OMS e os governos devem trabalhar em estreita colaboração para desenvolver estratégias de implementação, formar profissionais de saúde e garantir comunicações claras com o público em geral sobre a vacinação (OMS, 2020m, tradução nossa)¹³.

O comitê também recomendou que os países não politizassem a resposta do combate à COVID-19, pois isso impactava negativamente nos resultados locais e até globais. Ao invés disso, era necessário seguir a resposta com base na ciência (OMS, 2020n). Com a cúpula dos líderes do G20 se aproximando, o Diretor Geral da OMS, com mais três líderes, escreveu uma carta para o G20, pedindo um financiamento para a ACT, no valor de 4 bilhões de dólares para vacinas (OMS, 2020o). No dia da cúpula do G20, em seu discurso de abertura, disse:

É possível garantir que as vacinas sejam distribuídas de forma justa, como bens públicos globais. [...] Uma vacina ajudará a controlar a pandemia. Mas não existe vacina para a pobreza, a fome, as alterações climáticas ou a desigualdade. Meus irmãos e irmãs, a pandemia é uma demonstração poderosa de que a saúde não é um subproduto do crescimento; é a base essencial de economias produtivas, resilientes e estáveis. Este é o momento para uma liderança ousada que olhe para além do próximo ciclo eleitoral, para o mundo que os nossos filhos e netos irão herdar (OMS, 2020o, tradução nossa)¹⁴.

Com algumas vacinas já aprovadas, em dezembro de 2020, especificamente no dia 8, uma britânica de 90 anos, Margaret Keenan, foi a primeira pessoa no mundo a ser vacinada contra COVID-19, desconsiderando os ensaios. Dias depois, alguns países iniciaram a

¹² Misinformation and disinformation put health and lives at risk, and undermine trust in science, in institutions and in health systems [...] To fight the pandemic we need trust and solidarity and when there is mistrust, there is much less solidarity. False information is hindering the response to the pandemic so we must join forces to fight it and to promote science-based public health advice. The same principles that apply to responding to COVID-19 apply to managing the infodemic. We need to prevent, detect and respond to it, together and in solidarity.

¹³ As well as rapid tests and dexamethasone, several vaccines are now in final phase three trials. If proved safe and effective they will be rolled out through the ACT Accelerator's vaccine arm – the COVAX Facility, which is now supported by 186 countries. [...] The committee recommended that to prepare for new COVID-19 vaccines, WHO and governments must work closely to develop rollout strategies, train health workers and ensure clear communications with the general public about.

¹⁴ You can ensure vaccines are allocated fairly, as global public goods. [...] A vaccine will help to control the pandemic. But there's no vaccine for poverty, hunger, climate change or inequality. My brothers and sisters, The pandemic is a powerful demonstration that health is not a by-product of growth; it is the essential underpinning of productive, resilient and stable economies. This is the moment for bold leadership that looks beyond the next election cycle to the world our children and grandchildren will inherit.

vacinação, porém de forma bem lenta (CNN, 2020a). Então, a OMS lançou uma meta para todos os países, de que fosse iniciada a vacinação para todos os profissionais da saúde e os grupos de alto risco durante os 100 primeiros dias de 2021, a fim de impulsionar a imunização (OMS, 2021a). Durante o 148o. Conselho Executivo, exaltou a conquista do desenvolvimento de vacinas eficazes e seguras contra a COVID-19, isso em menos de um ano, afirmando também, que graças ao programa ACT e seu braço da vacina COVAX, tinham conseguido arrecadar mais de 2 bilhões de vacinas a serem distribuídas aos países mais pobres até fevereiro. Porém, era exposta também uma frustração, visto que, até aquele momento, não havia distribuição equitativa das vacinas pelo mundo. Havia consenso de que os países não medissem esforços para a vacinação de seus profissionais de saúde e população de alto risco, mas não era justo começarem a vacinar pessoas jovens e saudáveis antes mesmo dos países pobres vacinarem sua população de risco e profissionais da saúde. Prova dessa injusta distribuição era que enquanto os países ricos, um montante de 39 países, administravam 39 milhões de doses, nos países pobres somente um conseguiu acesso a vacinas, administrando apenas 29 vacinas (OMS, 2021b). Então, o Diretor Geral afirmou que

Preciso ser franco: o mundo está à beira de um fracasso moral catastrófico – e o preço deste fracasso será pago com vidas e meios de subsistência nos países mais pobres do mundo. Embora falem a linguagem do acesso equitativo, alguns países e empresas continuam a dar prioridade a acordos bilaterais, contornando a COVAX, aumentando os preços e tentando saltar para a frente da fila. Isto está errado. Foram assinados 44 acordos bilaterais no ano passado e pelo menos 12 já foram assinados este ano. A situação é agravada pelo fato de a maioria dos fabricantes ter dado prioridade à aprovação regulamentar nos países ricos, onde os lucros são mais elevados, em vez de submeter dossiês completos à OMS (OMS, 2021b, tradução nossa)¹⁵.

Para tentar minimizar este fato, juntamente com a UNICEF, a OMS recorreu aos produtores de vacinas para que aumentassem a sua produção, além de pedir aos países que já tinham vacinado seus profissionais de saúde e grupo de risco a fornecerem doses para que os países pobres também conseguissem este feito (OMS, 2021c). No final de fevereiro, a COVAX *Facility* deu início à entrega global das doses de vacina, enviando 600 mil doses à Gana, primeiro país a receber doses pela COVAX *Facility*, desconsiderando a Índia. O objetivo era partilhar mais de 2 bilhões de doses até o final de 2021 (OMS, 2021d). Durante a 74ª

¹⁵ I need to be blunt: the world is on the brink of a catastrophic moral failure – and the price of this failure will be paid with lives and livelihoods in the world's poorest countries. Even as they speak the language of equitable access, some countries and companies continue to prioritize bilateral deals, going around COVAX, driving up prices and attempting to jump to the front of the queue. This is wrong. 44 bilateral deals were signed last year, and at least 12 have already been signed this year. The situation is compounded by the fact that most manufacturers have prioritized regulatory approval in rich countries where the profits are highest, rather than submitting full dossiers to WHO.

Assembleia Mundial da Saúde, na qual um dos principais temas foi o fortalecimento da OMS como líder de saúde global e a recomendação da elaboração de um tratado para resposta a futuras pandemias, o Diretor Geral aproveitou para estabelecer uma meta de 10% de vacinados no mundo até setembro de 2021 (OMS, 2021e). Com o fim de setembro, 56 países não conseguiram atingir a meta de 10%, grande parte destes países eram africanos e do Oriente Médio. Portanto, no início de outubro de 2021, a OMS lançou uma estratégia para atingir a meta de 40% de vacinados em todos os países até o fim de 2021, além de 70% de vacinados até o fim de junho de 2022 (OMS, 2021f). Segundo o Diretor Geral da OMS,

vacinar 70% da população mundial requer pelo menos 11 mil milhões de doses de vacina. Até o final de setembro, pouco mais de 6 bilhões de doses já tinham sido administradas em todo o mundo. Com a produção mundial de vacinas a atingir agora quase 1,5 bilhões de doses por mês, existe vacina suficiente, do ponto de vista da oferta, para atingir as metas globais de vacinação, desde que haja uma distribuição equitativa dessas doses (OMS, 2021f, tradução nossa)¹⁶.

Para atingir estas metas, recomendava-se que todos os países tivessem um plano de vacinação atualizado, a fim de responder à quantidade de doses necessárias, desta forma orientando o investimento na produção e distribuição da vacina. Além de responder também com a necessidade de recursos financeiros e programáticos, para nortear o planejamento interno e a ajuda externa. Era recomendado também aos países que já estivessem com sua vacinação muito adiantada que financiassem cronogramas de entregas de vacina com a COVAX e AVAT, desta forma melhorando a cobertura da imunização para os países necessitados. Para os países em que ocorria produção de vacinas, era recomendado que permitissem o livre fluxo transfronteiriço das vacinas prontas e de suas matérias-primas (OMS, 2021f).

E, desta maneira, foi conduzida a questão de desenvolvimento, implementação e distribuição da vacina contra COVID-19 pela OMS. Por fim, após expostas algumas das ações e recomendações da OMS durante os anos de 2020 e 2021, é perceptível o caráter não vinculativo das políticas públicas difundidas pela OMS durante a pandemia da COVID-19, ou seja, não se tinha nenhum tipo de penalização, como sanções econômicas.

Esta maneira de difundir suas políticas públicas é a mais recorrente e bem sucedida pela OMS (Burci; Cassels, 2017), por isso não faz sentido o fato dela usar estes instrumentos estar ligado com a limitação da sua atuação (Almeida; Romy; Oliveira, 2022). Além de que, para o

¹⁶ Vaccinating 70% of the global population requires at least 11 billion vaccine doses. By the end of September, just over 6 billion doses had already been administered worldwide. With global vaccine production now at nearly 1.5 billion doses per month, there is sufficient vaccine from a supply perspective to achieve the global vaccination targets provided that there is equitable distribution of those doses.

uso de instrumentos vinculativos, iguais à constituição da OMS, que é um tratado, deve-se passar por um processo muito demorado, pois a elaboração desses instrumentos demanda um extenso período, além da espera até que entrem em vigor, se restringindo apenas aos Estados que assinarem. Ademais, é muito complexo de se realizar alguma alteração do tratado que possa se tornar necessária futuramente (Chinkin, 1989).

Tendo em vista o cenário durante a pandemia da COVID-19, em que era necessária uma resposta imediata, além da necessidade de atualizações conforme iam avançando as pesquisas sobre o vírus para a elaboração de recomendações mais específica para as situações naquele momento, não seria viável o uso de instrumentos vinculantes. Levando em consideração as características flexíveis dos instrumentos não vinculantes, como as recomendações do Diretor Geral da OMS, elas foram essenciais para a resposta à pandemia da COVID-19, pois permitiram uma coordenação com mais prontidão (Almeida; Romy; Oliveira, 2022). Além de poderem ser mais maleáveis conforme o tempo e o local, permitindo uma ação mais específica perante a situação vigente, conforme as descobertas científicas, por exemplo, sobre a recomendação de terapêuticos eficazes. A autoridade epistêmica da OMS também foi um dos requisitos que lhe permitiu esta flexibilidade, visto que este tipo de OI tende a usar estes instrumentos como padrão científico (Burci; Cassels, 2017).

4 POPULISMO E A RESPOSTA DO GOVERNO BOLSONARO À PANDEMIA

Durante a COVID-19 se entendeu a importância das produções de política pública por Organizações Internacionais, ou seja, a burocracia e a autoridade epistêmica da OMS permitiram que ela fabricasse, com base na ciência e sua *expertise*, soluções altamente técnicas e eficazes para este problema transfronteiriço, o qual foi o novo coronavírus. Desta forma, facilitando para que os governos solucionassem este problema dentro de seus territórios. A OMS ofereceu uma prateleira de receitas globais para que os Estados pudessem pegá-las e traduzi-las para seus ambientes. Assim, evitando que os Estados caíssem no ciclo de tentativa e erro, exposto no modelo *garbage can*, em que levariam muito tempo para achar uma solução para o problema. No caso da pandemia, devido à característica perigosa do vírus, eles não teriam este tempo para responder à COVID-19, por isso, foi fundamental a liderança da OMS coordenando o sistema internacional, em forma de difundir suas políticas públicas. Além de possibilitar uma ação coordenada em todos os países, pois para o mundo vencer a pandemia era preciso que todos os países agissem conforme as recomendações da OMS, pois como postulou o Diretor-Geral da OMS, “nenhum país estará seguro, até que estejamos todos seguros” (OMS, 2020p).

4.1 POPULISMO MÉDICO E O GOVERNO BOLSONARO

Entretanto, foram percebidas durante a pandemia da COVID-19 divergências nas respostas dos líderes de diferentes países. Segundo Oliveira (2021), a difusão de políticas públicas vem enfrentando uma barreira nos últimos tempos, que ficou mais explícita durante a pandemia do novo coronavírus. Esta barreira são os governos de extrema-direita, que se utilizam de estratégias neopopulistas, baseadas no uso de notícias falsas com o objetivo de fortalecer suas crenças sobre políticas públicas, resultando em um entrave para difundir receitas globais. O populismo é definido, segundo Mudde e Kaltwasser (2017, p. 6, tradução nossa), como

[...] uma ideologia centrada na escassez que considera que a sociedade está, em última análise, separada em dois campos homogêneos e antagônicos, “o povo puro” *versus* “a elite corrupta”, e que argumenta que a política deve ser uma expressão da *volonté générale* (vontade geral) das pessoas¹⁷.

¹⁷[...] thin-centered ideology that considers society to be ultimately separated into two homogeneous and antagonistic camps, “the pure people” versus “the corrupt elite,” and which argues that politics should be an expression of the *volonté générale* (general will) of the people.

Portanto, no populismo, a ideia de “povo” é vaga, tornando ainda mais poderosa a sua ideologia e ferramenta política ao combinar esta ideia com uma identidade partilhada em diferentes grupos, assim possibilitando o apoio destes grupos a uma causa comum (Laclau, 2005 *apud* Casarões; Magalhães, 2021). Mesmo que o significado de “povo” seja muito flexível, Mudde e Kaltwasser (2017) abordam as três definições mais recorrentes: o povo como soberano, como povo comum e como nação. Nesta presente pesquisa, será aprofundado apenas o conceito de “povo comum”. Esta definição aborda um conceito de classe mais amplo, pois traz uma combinação de várias características para a identificação do povo, como em relação a uma situação socioeconômica, uma tradição cultural específica e até mesmo valores populares. Ou seja, quando o populismo aborda esta definição, temos o líder elogiando estas características do “povo comum”, ao mesmo tempo que repudia o sistema e as elites econômica, cultural e midiática, que supostamente veriam com desprezo os costumes e valores dos cidadãos comuns, além de excluírem-nos do poder. Desta forma, o líder devolve ao povo comum um lugar na política, restaurando “a dignidade, a sabedoria popular e o conhecimento tradicional de grupos que foram marginalizados do poder graças ao seu estatuto cultural ou econômico” (Mudde; Kaltwasser, 2017 *apud* Casarões; Magalhães, 2021, p. 200, tradução nossa)¹⁸. Segundo Mudde e Kaltwasser (2017, p. 11, tradução nossa),

Vale a pena notar que este significado de povo tende a ser ao mesmo tempo integrador e divisivo: não só tenta unir uma maioria irada e silenciosa, mas também tenta mobilizar esta maioria contra um inimigo definido (por exemplo, “o sistema”). Este ímpeto anti-elitista acompanha uma crítica a instituições como os partidos políticos, as grandes organizações e as burocracias, que são acusadas de distorcer as ligações “verdadeiras” entre os líderes populistas e “as pessoas comuns”¹⁹.

Ultimamente esta ideia de elitismo tem abordado também comunidades científicas, institutos de investigação de prestígio e os responsáveis pela saúde pública (Greer, 2017 *apud* Casarões; Magalhães, 2021). Ao entender o conceito de populismo e suas estratégias políticas, será abordado o populismo perante as emergências de saúde, questão fundamental para entender as ações do governo Bolsonaro.

¹⁸ dignity, the popular wisdom, and the traditional knowledge of groups that have been sidelined from power thanks to their cultural or economic status.

¹⁹ It is worth noting that this meaning of the people tends to be both integrative and divisive: not only does it attempt to unite an angry and silent majority, but it also tries to mobilize this majority against a defined enemy (e.g., “the establishment”). This anti-elitist impetus goes together with a critique of institutions such as political parties, big organizations, and bureaucracies, which are accused of distorting the “truthful” links between populist leaders and “the common people.”

Durante crises sanitárias, como a da COVID-19, é comum gerar um pânico moral. Lasco e Curato (2019) notam duas respostas diferentes dos governos: (1) resposta tecnocrática, quando o Estado, presidente ou outros atores importantes da política recorrem ao conhecimento do sistema médico para controlar a situação e acalmar a população. Ou seja, o presidente cede o controle aos especialistas científicos, pois eles possuem mais capacidade técnica para conduzir melhor o problema; (2) resposta populista, em que os líderes intencionalmente atuam para perpetuar a crise. Ao invés de solucionar, como os tecnocratas, eles incendeiam o pânico moral, pois isso fornece condições para que os líderes possam realizar reivindicações em nome do “povo”, “bem como a legitimação de soluções espetaculares e simplistas exigidas de acontecimentos “extraordinários”” (Moffitt, 2015 *apud* Lasco; Curato, 2019, p. 3, tradução nossa)²⁰.

Então, Lasco e Curato (2019) criam o conceito de populismo médico, que caracteriza um estilo de liderança política fundamentado nas ações durante crises de saúde pública que coloca o “povo” contra o “sistema”. Características de um populista médico são: (1) A simplificação da pandemia, quando os populistas usam de senso comum para resolver questões complexas, como o tema da saúde (Lasco; Curato, 2019). Isto inclui subestimar a potência do vírus, e tentar trazer soluções rápidas sem comprovações científicas (Lasco, 2020); (2) A dramatização e espetacularização da pandemia, em que dramatizam e distorcem a ameaça à qual prometem oferecer proteção (Brubaker, 2017 *apud* Lasco, 2020). Embora a primeira característica mencione que os líderes tendem a simplificar a crise de saúde, eles podem transformá-la em um espetáculo, às vezes se utilizando de linguagens conspiracionistas (Lasco, 2020); (3) Forjar divisões, em que o líder populista médico cria uma identidade fantasiosa partilhada pelo “povo”, dizendo que eles estão sendo prejudicados por esta doença por culpa da negligência do sistema. Como exposto, o populismo pode se revoltar contra diferentes “elites”, e o populismo médico se revolta contra organizações internacionais e o “sistema médico”, que são chamadas de divisões verticais. Do mesmo modo, podem incluir como inimigos os imigrantes que vieram de onde se iniciou o vírus, pois eles são retratados como uma fonte de contágio, e nesses casos estes inimigos são chamados de divisão horizontal (Lasco, 2020); (4) A invocação de afirmação de conhecimento, quando os líderes políticos tentam se apropriar de conhecimentos, ainda que fantasiosos. No caso da COVID-19, sobre estes conhecimentos, Lasco (2020) diz que “no caso COVID-19, estes incluíram afirmações sobre a origem do vírus (por exemplo, “veio de um laboratório na China”), epidemiologia e fisiopatologia verdadeiras,

²⁰ as well as the legitimisation of spectacular and simplistic solutions demanded of ‘extraordinary’ events.

curas e soluções propostas, bem como projeções e prognósticos sobre o futuro” (p. 3, tradução nossa)²¹.

Conforme as ações do governo Bolsonaro durante a pandemia, pode-se observar que estas características estão presentes. Como na simplificação da pandemia, em que Bolsonaro minimizou o vírus, chamando-o de “gripezinha”, e dias depois afirmou que, pelo seu histórico de atleta, não seria acometido por uma gripezinha ou resfriadinho (BBC, 2020). Ainda em março de 2020, o presidente sugeriu que brasileiros não deveriam se preocupar com o vírus, visto que pulam em esgotos e nada acontece (Lascos, 2020; Istoé, 2020). Do mesmo modo, trouxe soluções rápidas e ineficazes como a medicação milagrosa, que seria a cloroquina.

O presidente brasileiro também espetacularizou sua resposta ao vírus, visto que seu governo criou uma campanha chamada “O Brasil não pode parar”, divulgada por meio de um vídeo que exibia feiras e escolas lotadas, ao mesmo tempo que dizia que, para os 40 milhões de trabalhadores autônomos, feirantes, ambulantes e comerciantes de bairro, o Brasil não podia parar (Migalhas, 2020). Ao final do vídeo, é dito que “para quem defende a vida dos brasileiros e as condições para que todos vivam com qualidade, saúde e dignidade, o Brasil definitivamente não pode parar” (Migalhas, 2020). Além disso, em um de seus pronunciamentos, o presidente dramatizou a situação alegando que os governos estaduais estavam fraudando o número de mortes de COVID-19 para uso político (Maia; Gullino, 2020).

Nota-se que, com essas ações, Bolsonaro contrariava o sistema de saúde, assim como as medidas compartilhadas pela OMS, além de contrariar governos estaduais e prefeituras, usando da dignidade do “povo comum” contra o sistema da saúde. Com isso, Bolsonaro forjou divisões entre o “povo”, que estava supostamente sendo impedido de trabalhar, viver sua vida normalmente, e a “elite”, como OMS, com suas recomendações, e governos estaduais, que as estavam seguindo. A mesma elite que estaria “aterrorizando” a população, fraudando números de mortos, além de estar impedindo a liberdade da população comum de trabalhar. Prova desta divisão entre o “povo” e a OMS é uma fala em que Bolsonaro diz: “ou a OMS trabalha sem o viés ideológico, ou nós vamos estar fora também. Não precisamos de gente de fora dar palpite na saúde aqui dentro” (Garcia, 2020). Do mesmo modo, houve uma fala para a TV Record, em que o presidente provocou ainda mais uma divisão entre o “povo” e os governadores e a mídia, dizendo que “brevemente, o povo saberá que foi enganado por esses governadores e por grande parte da mídia nessa questão do coronavírus” (Saldaña, 2020).

²¹ In the case of COVID-19, these have included assertions about the virus’ origin (e.g. ‘It came from a laboratory in China’), true epidemiology and patho-physiology, proposed cures and solutions, as well as projections of and prognostications about the future.

Um ponto que também marca a resposta de Bolsonaro como populista médico, ao invés de tecnocrata, é o fato de expulsar especialistas médicos que eram ministros da saúde em meio à pandemia, pois estavam seguindo as recomendações da OMS e contrariando suas ideias. Desta forma, Bolsonaro foi renovando e militarizando o ministério da saúde até junho de 2020, mês em que nomeou 25 militares para trabalhar no ministério. Estas trocas ocorreram para que o Ministério da Saúde pudesse agir conforme as orientações do presidente (Braziliense, 2020).

4.2 A RESPOSTA DO GOVERNO BOLSONARO À COVID-19 E SUA DIVERGÊNCIA EM FACE DAS RECOMENDAÇÕES DA OMS

A partir disso, a presente pesquisa irá expor de forma descritiva as ações de Bolsonaro que foram contrárias às recomendações da OMS, desta forma demonstrando como governos populistas são uma barreira para a difusão das receitas globais promovidas por OIs. Ao descrever as ações em que o governo brasileiro de Bolsonaro foi contrário à OMS, é perceptível que muitas delas foram acompanhadas de desinformações. Uma das recomendações da OMS era o combate a informações falsas, pauta representada pelo segundo pilar das diretrizes de planejamento operacional, além do Diretor Geral sempre reforçar essa pauta, pois as *fake news* estavam dificultando o enfrentamento ao vírus.

Uma das medidas que Bolsonaro violou foi a da aglomeração, visto que, enquanto a OMS recomendava aos países que restringissem a circulação de pessoas, com o intuito de reduzir o contato entre indivíduos para prevenir uma transmissão comunitária, Bolsonaro ia contra elas, uma vez que, desde a declaração de pandemia em 11 de março de 2020 até maio de 2021, segundo Mergulhão e Castro (2021), o presidente participou de 84 aglomerações. A cada cinco dias, durante este período, ele estava no meio de um aglomerado de pessoas. Um desses casos de aglomeração foi no começo de abril de 2020, com o Brasil ultrapassando 200 óbitos e 6000 casos de COVID-19 (G1, 2020a), quando Bolsonaro foi a uma padaria em Brasília, onde comeu, cumprimentou apertando as mãos e abraçando as pessoas, além de posar para fotos.

No dia seguinte, Bolsonaro foi a uma farmácia, tirou fotos com apoiadores e disse “ninguém vai tolher meu direito de ir e vir” (R7, 2020a). Segundo o Mergulhão e Castro (2021), dentre essas aglomerações, Bolsonaro utilizou máscara apenas em três das 84 ocasiões, em contraposição à recomendação do uso de máscara. Além de não utilizar máscaras, em novembro de 2020, Bolsonaro atacou a sua eficácia para inúmeros apoiadores durante uma *live* em seu canal do *Youtube*, ao dizer: “A questão da máscara, ainda vai ter um estudo sério falando sobre a efetividade da máscara... é o último tabu a cair” (Folhapress, 2020).

Eduardo Pazuello, militar nomeado por Bolsonaro como Ministro da Saúde, que até ocupar o cargo não tinha conhecimento sobre o que era o Sistema Único de Saúde (SUS) (André, 2020), fez diversos ataques a testes de COVID-19. Enquanto a OMS construiu o quinto pilar para recomendar a testagem e como operar os laboratórios para isso, o Ministro da Saúde dizia que

O diagnóstico é clínico, é do médico. Pela anamnese, pela temperatura, por um exame de tomografia, por uma radiografia do pulmão, por exame de sangue, podendo até ter um teste. Criaram a ideia de que tem de testar para dizer que é coronavírus. Não tem de testar, tem de ter diagnóstico médico para dizer que é coronavírus. E, se o médico atestar, deve-se iniciar imediatamente o tratamento (Cerioni, 2020).

Mais uma ação de Bolsonaro foi incentivar seus apoiadores a invadirem hospitais, ocasionando confusões, infringindo as normas de prevenção de infecção, colocando os profissionais da saúde em risco e até mesmo seus seguidores. O presidente dizia:

Seria bom você, na ponta da linha, tem um hospital de campanha aí perto de você, um hospital público, arranja uma maneira de entrar e filmar. Muita gente tá fazendo isso, mas mais gente tem que fazer para mostrar se os leitos estão ocupados ou não, se os gastos são compatíveis ou não (Gomes, 2020).

O fato ocorreu pois pessoas estavam morrendo por falta de leitos ou respiradores, então ele lançou uma dúvida em relação a isso, além de afirmar que “pode ser que tenha acontecido um caso ou outro” (Gomes, 2020). Enquanto isso, a OMS recomendava, de acordo com os pilares 8 e 7, respectivamente, que o governo deveria garantir que os insumos necessários para combater a COVID-19 fossem distribuídos por todo seu território, mapeando seu estoque e identificando recursos disponíveis. Deveria também identificar a capacidade de oxigênio e ventilação mecânica, avaliando continuamente a carga do sistema de saúde local e a capacidade de prestar este tratamento. Uma das vezes que o governo brasileiro contrariou estas recomendações foi quando, ao final de novembro de 2020, Vargas (2020) relata

um total de 6,86 milhões de testes para o diagnóstico do novo coronavírus comprados pelo Ministério da Saúde perde a validade entre dezembro deste ano e janeiro de 2021. Esses exames RT-PCR estão estocados num armazém do governo federal em Guarulhos e, até hoje, não foram distribuídos para a rede pública.

Para se ter uma noção, este número de testes era superior à soma dos testes (RT-PCR) usados até aquela fase da pandemia da COVID-19. Ou seja, o Brasil estava prestes a perder mais testes do que todos os até então aplicados (Vargas, 2020). Se tivessem seguido as recomendações de logística da OMS, estes testes estariam sendo usados em tempo hábil.

Outro caso aconteceu nos primeiros dias de 2021, na cidade de Manaus, capital do estado do Amazonas. O caso foi mais noticiado na reportagem de Sassine (2021), vinculado à Folha de São Paulo, e por isso neste trabalho será abordado. No dia 14 de janeiro de 2021, houve um colapso na rede de saúde da capital amazonense, os oxigênios medicinais se esgotaram, levando o povo manauara ao sofrimento, causando mortes por asfixia. Todavia, esse colapso não ocorreu de forma repentina, foi gradativamente.

Durante dezembro de 2020, notou-se através dos dados de vigilância que as infecções e as mortes por COVID-19 estavam crescendo extraordinariamente na cidade. Com isso, o governo amazonense criou um decreto restringindo serviços não essenciais, além de ordenar o distanciamento social. Entretanto, o decreto foi revogado, devido a comerciantes que foram às ruas se manifestar contra as medidas restritivas, motivados por políticos bolsonaristas. Sem as restrições, os casos do novo coronavírus continuaram crescendo, consequentemente os casos graves também.

Desse modo, já no início de janeiro, os hospitais começaram a lotar, logo não havia leitos para todos. Além disso, o consumo de oxigênio para tratar casos graves tinha aumentado exponencialmente. Para se ter uma base, o consumo de oxigênio usado durante o pico da primeira onda, no começo da pandemia, era de 30 mil metros cúbicos (m^3). No dia do colapso (14/01), o consumo era de 76 mil m^3 , que continuou crescendo conforme os dias, chegando próximo aos 100 mil m^3 . Então esta necessidade abundante de oxigênios medicinais, em conjunto com a omissão do governo federal, ocasionou a falta de oxigênio nos hospitais de Manaus durante os dias 14 e 15 de janeiro, resultando em cerca de 31 mortes (G1 AM, 2021). Ou seja, para que a crise tivesse chegado a este nível, foi preciso que o Ministério da Saúde não agisse em conformidade com os pilares 7 e 8 da OMS. Uma das poucas ações do governo para tentar ajudar Manaus foi a reunião do ministro da saúde, Eduardo Pazuello, com seu secretariado, a fim de falar sobre a onda que estava a crescer na capital amazonense. Nesta reunião determinou-se que uma comitiva fosse a Manaus apenas no dia 3 de janeiro. Ele mesmo também compareceu à cidade, chegando no dia 10 e ficou até um dia antes do colapso. O governo enviou cilindros de oxigênio, porém em quantias muito inferiores em relação à necessidade (Sassine, 2021).

Segundo Sassine (2021), “o Ministério da Saúde não dimensionou o problema e não calculou quanto seria necessário de oxigênio para evitar o colapso”. Há provas de que o governo tinha consciência do tamanho da gravidade, mas mesmo assim não agiu para solucionar o problema. Algumas dessas provas seriam o envio de relatórios e e-mails para o Ministério da Saúde (MS), avisando sobre o possível colapso. Como o e-mail enviado no dia 7 de janeiro,

pela *White Martins*, empresa responsável por produzir os cilindros de oxigênio usados pela região de Manaus, em que se apontava a escalada da escassez de oxigênio. A empresa também enviou outro email, no dia 11, pedindo apoio logístico para o MS, que não respondeu. Além disso, houve um relatório da Força Nacional do SUS que continha apontamentos sobre a ascensão da crise, entre o período dos dias 8 a 13 de janeiro.

Outra evidência sobre o conhecimento da gravidade foi a própria visita do ministro Pazuello a Manaus, onde presenciou a situação alarmante na cidade. Pois, durante sua visita, foi pessoalmente até a *White Martins*, empresa que enviou os e-mails. Ainda, durante sua estadia, foi abordado por sua cunhada, no dia 10, dizendo que o irmão dela estava sem oxigênio para passar o dia. Além destas comprovações de que o ministério tinha o conhecimento sobre a crise e a falta de oxigênio, existe um relatório assinado por Pazuello, que afirma sua consciência sobre o caso. Neste documento assinado pelo ministro, há informações sobre atividades realizadas entre os dias 6 a 16 de janeiro, em que relata ter detectado “gravíssima situação dos estoques de oxigênio hospitalar em Manaus”, “logo no início do período”. Ou seja, mesmo tendo detectado a necessidade de oxigênio, existe um documento do dia 10, no qual se expõe prioridade zero no suprimento de oxigênio (Sassine, 2021).

Então, com este caso, fica clara a inatividade do governo Bolsonaro frente às recomendações de identificar e suprir as necessidades de oxigênios em seu território. Além de não agir, segundo o G1 (2021),

O presidente Jair Bolsonaro disse neste sábado (30) que "não é competência" e "nem atribuição" do governo federal levar oxigênio para o Amazonas, que sofre com a falta do insumo para atender pacientes da Covid-19. Bolsonaro elogiou ainda a atuação do ministro da Saúde, Eduardo Pazuello, dizendo que "não há omissão" diante da crise.

Uma das ações do governo Bolsonaro que também foi contrária às recomendações da OMS foi a questão de terapêuticos para COVID-19. Enquanto os estudos sobre a eficácia do terapêutico hidroxiclороquina (HCQ) ou cloroquina (CQ) ainda eram imprecisos, Bolsonaro já estava a divulgar o remédio como uma solução para a COVID-19. Como no dia 8 de abril, quando em uma rede social disse que já estava falando do tratamento da HCQ havia 40 dias (R7, 2020b). Segundo o R7 (2020b), Bolsonaro afirmou que “cada vez mais o uso da Cloroquina se apresenta como algo eficaz”. A defesa da cloroquina foi um dos principais pontos de discordância com ministros da saúde. O primeiro foi Mandetta, que, entre vários embates de como Bolsonaro lidava com a pandemia, criticava o uso da cloroquina, principalmente para um tratamento precoce (Mazui, 2020a; Coletta; Machado; Cancian 2020). Mandetta foi demitido no dia 16 de abril de 2020, e seu sucessor, Teich, não ficou um mês no cargo, pois também foi

demitido (Mazui, 2020a; G1, 2020b). Dias antes da demissão, Teich disse que a cloroquina possuía efeitos colaterais e era necessário que, para seu uso, fosse realizado um acordo entre médico e paciente, além do paciente ter de assinar um termo de aceite (Mazui, 2020b). Após comunicado de Teich, jornalistas indagaram Bolsonaro, que afirmou que os ministros deveriam estar afinados com ele (Mazui, 2020b). Segundo Casarões (2020), as relações de Bolsonaro com o Ministério da Saúde só se apaziguaram após a entrada de Pazuello.

Mesmo depois de a OMS declarar que os estudos sobre a HQC para o tratamento da COVID-19 estavam sendo interrompidos, pois os dados mostravam que seu uso não reduzia em nada as chances de morte, Bolsonaro se utilizou da sua própria melhora após se infectar da COVID-19 para estimular o uso da cloroquina. Enquanto Bolsonaro estava infectado, fez um vídeo tomando o remédio e alegou que já era sua terceira dose (Venaglia, 2020). Neste vídeo ele diz: “estou me sentindo muito bem. Estava mais ou menos domingo, mal na segunda-feira e hoje, terça, estou muito melhor do que sábado. Então, com toda a certeza, está dando certo” (Venaglia, 2020). Mesmo sabendo que não possuía eficácia, Bolsonaro afirmava que cada dia mais pessoas estavam se curando com o remédio. Bolsonaro então se utilizou de seu caso para propagar sua crença na cloroquina. O antigo ministro, Teich, falou sobre os riscos de Bolsonaro relacionar sua melhora com o uso da cloroquina. Segundo Venaglia (2020), Teich disse:

O grande problema é que o fato de usar o remédio não significa que foi ele que te curou. Para a pessoa que não tem um lado mais matemático, mais técnico, isso é difícil de entender. As pessoas falam que usaram o remédio e ficaram curadas, que prescreveram o remédio e os pacientes ficaram curados. Mas uma coisa pode não ter nada a ver com a outra.

Como descrito no capítulo 2, em julho a OMS declarou que não tinha até o momento nenhum vestígio de eficácia de que algum remédio, administrado precocemente, iria evitar o desenvolvimento dos sintomas, ou até mesmo a hospitalização. Mesmo assim, Bolsonaro, no dia 24 de agosto, afirmava que

Fomos vendo devagar que existia sim, uma sinalização, que se ministrando precocemente esse protocolo, por assim dizer, não é? Usando hidroxiclороquina com azitromicina, as pessoas tinham muito mais chances de viver (Guerra, 2021).

Desta forma, Bolsonaro fomentava o tratamento precoce, se utilizando de desinformações. Dias depois, dando continuidade à desinformação, afirmou que a HQC tinha salvado milhares e milhares de vidas (Guerra, 2021). Nem em discursos internacionais Bolsonaro deixou de falar sobre sua crença no tratamento precoce da COVID-19 e de HQC.

Durante a assembleia da ONU, onde Bolsonaro discursou, disse que em seu país ele tinha estimulado o tratamento precoce, além de ter aumentado a produção de HQC em 500% (Agência Brasil, 2020). Segundo Anjos *et al.* (2021), as produções da cloroquina pelo Laboratório Químico e Farmacêutico do Exército (LQFEx) e pelo Laboratório Farmacêutico da Marinha (LFM) aumentaram em 25 vezes, visto que durante 2020 foram produzidos 3,2 milhões de comprimidos, enquanto antes da pandemia a fabricação era de 250 a cada dois anos. Bolsonaro, em mais um discurso, propagou desinformação em relação à cloroquina, em que dizia que, no país, com o uso precoce da cloroquina, havia 100% de cura para quem estava com COVID-19 (Lima, 2020).

Com Manaus à beira do colapso, no dia 7 de janeiro de 2021, um ofício foi enviado pelo Ministério da Saúde para a prefeitura de Manaus. Este ofício, segundo Zanini, Seto e Brant (2021) pedia autorização à prefeitura para realizar visitas nas Unidades Básicas de Saúde da cidade, a fim de disseminar o tratamento precoce, para que fosse adotado, desta forma diminuindo casos graves e óbitos pela COVID-19. Também, segundo o ofício,

Aproveitamos a oportunidade para enfatizar a comprovação científica sobre o papel das medicamentos antivirais orientados pelo Ministério da Saúde, tornando, dessa forma, inadmissível, diante da gravidade da situação de saúde em Manaus a não adoção da referida orientação (Zanini; Seto; Brant, 2021).

Enquanto Manaus estava suplicando por oxigênio, o governo, ao invés de saciar a necessidade da cidade, enviou “120 mil comprimidos de hidroxicloroquina e 335 mil cápsulas de Tamiflu, ambos sem eficácia comprovada contra a Covid-19” (Sassine, 2020).

Além das falas de Bolsonaro defendendo medicamentos ineficazes, também foram adotadas quatro medidas durante o ano de 2020 até janeiro de 2021, que impulsionavam e flexibilizavam a compra e consumo destes terapêuticos (Ventura; Reis, 2021; Idoeta, 2021). A primeira foi no dia 20 de maio, em que um protocolo do Ministério da Saúde recomendou o uso de cloroquina para todos os casos da COVID-19 (Ventura; Reis, 2021). A segunda foi em 22 de julho, com a Resolução nº 405 da Diretoria Colegiada da Anvisa que facilitava a prescrição médica de remédios como ivermectina, nitazoxanida (Annita), cloroquina e hidroxicloroquina (Ventura; Reis, 2021). A terceira ocorreu em 01 de setembro, quando, via resolução nº 420, a Diretoria Colegiada da Anvisa flexibilizou “ainda mais prescrição de ivermectina e nitazoxanida, dispensando a retenção de receita médica para venda em farmácias” (Ventura; Reis, 2021). A quarta medida foi o lançamento do aplicativo TrateCov. Criado com o intuito de ajudar os médicos a diagnosticarem o paciente com COVID-19, desta forma auxiliando a

prescrever remédios para o tratamento, sugeria remédios como hidroxiclороquina, cloroquina, ivermectina, azitromicina e doxiciclina (Teófilo; Lima; Cardim, 2021).

No dia 10 de março de 2021, em um Ato no Palácio do Planalto, Bolsonaro disse

Muitos foram salvos no Brasil com esse atendimento imediato, neste prédio mesmo, mais de 200 pessoas contraíram a Covid e quase todas, pelo que eu tenha conhecimento, inclusive eu, buscou esse tratamento imediato com uma cesta de produtos como a ivermectina, a hidroxiclороquina, a Anita, a Azitromicina, vitamina D, entre outros, que não tiveram sucesso, desconheço que uma só pessoa deste prédio tenha ido ao hospital para se internar (Guerra, 2021).

Bolsonaro, ao longo da pandemia, sempre apresentou um discurso de que a HQC ou CQ salvaram vidas, como no discurso acima. Porém, estudos realizados na Bélgica, França, Itália, Espanha, Estados Unidos e Turquia apontam o contrário. Além do remédio não apresentar eficácia na melhora de casos graves de COVID-19, ele causa um aumento de 11% de chances de levar o paciente com COVID-19 ao óbito. Então os estudos apontam que o uso impróprio do terapêutico ocasionou 17 mil mortes, dentro dos seis países estudados (Lisboa, 2024).

É importante relatar que o governo Bolsonaro não agiu sozinho; houve atores domésticos que validaram suas ações. No caso da cloroquina, por exemplo, o Conselho Federal de Medicina legitimou a divulgação desse remédio ao emitir, no começo da pandemia, um parecer liberando o uso off-label da cloroquina. Bolsonaro utilizou esse documento como respaldo para fundamentar suas ações (Jucá, 2021). Entretanto, até outubro de 2021, o Conselho não atualizou o documento nem se retratou em relação às falas do presidente, como em seu discurso na 76ª Assembleia das Nações Unidas, em que disse: “Desde o início da pandemia, apoiamos a autonomia do médico na busca do tratamento precoce, seguindo recomendação do nosso Conselho Federal de Medicina (CFM)”(Jucá, 2021).

Enquanto a OMS, ao final de julho de 2020, pediu para que os países se preparassem para a introdução das vacinas em seu território, Bolsonaro negava ofertas de compras de vacinas. A primeira a ser negada foi a vacina do Butantan, Coronavac, que no dia 30 de julho enviou um ofício com a oferta da vacina, porém não teve resposta. O mesmo aconteceu com o ofício de oferta do dia 18 de agosto. Então, resolveram entregar pessoalmente um documento com a oferta para o ministro Pazuello, no dia 7 de outubro. Por não terem obtido nenhuma resposta, o Butantan realizou mais três videoconferências com membros do Ministério da Saúde para tratar da compra da vacina, porém nada foi resolvido (Guedes, 2021a). No entanto, em 20 de outubro, o ministro Pazuello fechou acordo em conjunto com o Governo de São Paulo para

a compra de 46 milhões destas doses (DW, 2020). No dia seguinte, Bolsonaro desautorizou a compra e publicou em uma rede social a seguinte mensagem:

A vacina chinesa de João Doria: Para o meu Governo, qualquer vacina, antes de ser disponibilizada à população, deverá ser COMPROVADA CIENTIFICAMENTE PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE e CERTIFICADA PELA ANVISA. O povo brasileiro NÃO SERÁ COBAIA DE NINGUÉM. Não se justifica um bilionário aporte financeiro num medicamento que sequer ultrapassou sua fase de testagem. Diante do exposto, minha decisão é a de não adquirir a referida vacina (Soares, 2020a).

Ainda no mesmo dia, voltou a comentar o assunto, dizendo "já mandei cancelar. O presidente sou eu, não abro mão da minha autoridade" (Jornal Nacional, 2020). Então no outro dia, o ministro Pazuello recebeu visita do presidente em sua casa, juntos gravaram um vídeo em que o ministro disse: "é simples assim: um manda e o outro obedece" (Mazui, 2020c). Somente no dia 7 de janeiro de 2021 foi assinado um contrato para a compra da vacina Coronavac, sendo 46 milhões de doses, entregues em quatro parcelas até abril de 2021 (Pinhoni, 2021). Esta vacina foi a primeira a ser utilizada no país, no dia 17 de janeiro de 2021, pelo governo de São Paulo, após a liberação da Anvisa para uso emergencial (BBC, 2021).

Outra empresa que ofereceu o imunizante para compra foi a Pfizer. Houve seis ofertas da empresa. Os documentos que continham as propostas foram enviados ao governo nos dias 14, 18 e 26 de agosto, 11 e 24 de novembro de 2020 e 15 de fevereiro de 2021 (Guedes, 2021b). Nas três primeiras ofertas da Pfizer, a empresa oferecia 70 milhões ou 30 milhões de doses, cobrando a metade do valor pago por outros compradores como EUA, Reino Unido e União Europeia (RBA, 2021; Guedes, 2021b). Ambas as propostas teriam uma parcela entregue em dezembro de 2020, além disso, no terceiro contato a empresa garantiu entrega parcelada dos imunizantes, com uma entrega de 1,5 milhões de doses ainda em dezembro de 2020, mais três milhões no primeiro trimestre de 2021 (BBC, 2021).

Nenhuma destas ofertas foram respondidas, então em novembro a Pfizer retornou com as propostas da vacina, agora apenas vendendo 70 milhões e as primeiras entregas somente no primeiro trimestre de 2021, sendo 8,5 milhões de doses (Chaib, 2021). Segundo a empresa, o Brasil relatou que só fecharia contrato após a Anvisa aprovar o uso do imunizante, por isso novas ofertas foram feitas apenas em 2021 (BBC, 2021). A oferta de fevereiro de 2021, oferecia 100 milhões de doses, porém o governo não aceitou (Chaib, 2021). Apenas foi fechado um acordo em 8 de março de 2021, com um total de 100 milhões de doses, com a primeira leva de 1 milhão sendo entregue em abril e 14 milhões no segundo trimestre (BBC, 2021). O imunizante da Pfizer chegou quatro meses depois do que chegaria se o governo tivesse aceitado a primeira

oferta. Não era necessário a espera da aprovação da Anvisa para fechar o contrato, poderia ter aceito as primeiras propostas e pedido uma aprovação de uso emergencial para a Anvisa, como aconteceu com a Coronavac, e assim poderia ter sido iniciada a vacinação ainda em dezembro (BBC, 2021).

O governo Bolsonaro também deixou de comprar mais de 40 milhões de vacinas, pelo consócio da *Covax Facility*. Através do mecanismo da COVAX, seria possível a compra máxima para imunizar 50% da população e mínima para vacinar 10% da população. Com os esforços da diplomata Maria Nazareth Farani, desde junho se tentou convencer o governo brasileiro a participar, pois havia muitas vantagens. Somente depois de quase dois meses, o ministro das Relações Exteriores enviou uma carta com a intenção de comprar 85 milhões de doses. Era o suficiente para vacinar 20% da população, mesma porcentagem negociada pela maioria dos países. Porém, perto de fechar o contrato, a diplomata Farani enviou uma carta dizendo que o país tinha decidido reduzir a compra para 43 milhões de doses, capaz de vacinar 10% da população, quantidade mínima que poderia ser comprada (Landim, 2021).

Além das recusas de compras, o presidente Bolsonaro também teve falas que deslegitimaram a eficácia das vacinas, desmotivando a população a se imunizar, enquanto a OMS pedia para não desinformar e não politizar a vacina. Uma das primeiras falas de Bolsonaro a respeito da vacina foi no final de agosto, quando disse que ninguém seria obrigado a se vacinar (Paz, 2020). Continuou a negar a obrigatoriedade quando, em uma rede social, publicou uma foto com a legenda “vacina obrigatória só aqui no Faísca”, nome do cachorro que estava ao seu lado na foto (Jovem Pan, 2020). Bolsonaro, no final de outubro, também indagava sobre a rapidez do desenvolvimento da vacina, visto que, de acordo com seu conhecimento, a criação mais rápida de um imunizante teria sido de quatro anos (Andrade, 2020). Desta forma, lançando dúvida para a capacidade da ciência em desenvolver uma vacina segura tão rápido. Existem outras falas que comprovam isso, como quando o presidente comemorou a suspensão do estudo clínico da vacina do Butantan. Após a Anvisa declarar a suspensão dos testes da vacina, Bolsonaro publicou em rede social,

Morte, invalidez, anomalia. Esta é a vacina que o Doria queria obrigar todos os paulistanos a tomá-la. O presidente disse que a vacina jamais poderia ser obrigatória. Mais uma que Jair Bolsonaro ganha (DW, 2020).

Vacina esta que estava a ser apoiada pelo governador de São Paulo, João Doria, e vinha sendo pauta para a disputa política entre o presidente e o governador. Dias antes, Bolsonaro disse que a pandemia estava acabando, por isso o Dória queria vacinar as pessoas muito rápido

e na marra, para depois dizer que foi por conta da vacina dele que tinha acabado a pandemia (Coletta, 2020). Deste modo, mais uma vez politizava a imunização contra a COVID-19. No dia 15 de dezembro, o presidente afirmou que não iria tomar a vacina e ponto final (Soares, 2020b). Assim, Bolsonaro se tornava exemplo para seus apoiadores, inflando seus ânimos, gerando um movimento negacionista em razão da vacina. Nesse mesmo dia, Bolsonaro aconselhou o ministro da saúde a alertar o povo sobre os perigos da vacina, visto que o conteúdo da bula do imunizante ‘acende uma luz amarela’ (Último Segundo, 2020). A intriga de Bolsonaro com a bula da vacina é cômica, tendo em vista que não considera esta questão em relação a HQC e CQ, para as quais recomendava seu uso off-label. Três dias depois, Bolsonaro voltou a atacar a eficácia da vacina, ao se indignar com o termo de responsabilização:

Lá no contrato da Pfizer, está bem claro: nós (a Pfizer) não nos responsabilizamos por qualquer efeito secundário. Se você virar um jacaré, é problema seu [...] Se você se transformar em Super-Homem, se crescer barba em alguma mulher aí, ou algum homem começar a falar fino, eles (Pfizer) não têm nada com isso. E, o que é pior, mexem no sistema imunológico das pessoas (Diário de Notícias, 2020).

Nota-se que o governo de Bolsonaro se esforçou para adiar a imunização contra COVID-19, além de postergar as compras das doses, politizou a vacina, atacou sua eficácia, afirmou que não tomaria a vacina, assim influenciando seus apoiadores a também não se imunizar. Tudo isso enquanto propagava *fake news* sobre a eficácia de um remédio que estava comprovado cientificamente que não era eficiente.

Segundo Magenta (2021), estudos mostram que, se Bolsonaro tivesse aceitado as primeiras ofertas das vacinas, teria 50% a mais de doses do que tinha no período de maio de 2021. Caso isso acontecesse, o Brasil também poderia ter sido o primeiro país a iniciar a imunização (Agência Senado, 2021). Então, em um cenário em que isso viesse acontecer, Pedro Hallal, médico epidemiologista, afirma que teriam salvado a vida de 95 mil pessoas até maio de 2021 (Magenta, 2021). Quantitativo que, segundo ele, poderia alcançar números maiores, se utilizados dados mais precisos (Magenta, 2021). Além das vidas perdidas pelo atraso da vacina, é importante lembrar do aumento da letalidade da cloroquina, remédio propagado por Bolsonaro durante a pandemia, que pode ter influenciado na morte de mais pessoas. Ademais, as vidas perdidas em Manaus por conta do colapso da falta de oxigênio. Todas essas vidas foram perdidas por conta de um governo que se negou a seguir as recomendações da OMS para combater a COVID-19.

É importante ressaltar ainda que as ações do governo Bolsonaro durante a pandemia da COVID-19, de acordo com Ventura e Reis (2021), não foram incompetentes, nem negligentes.

Pelo contrário, segundo os dados referentes à disseminação do vírus no país, bem como seus infectados e óbitos, é perceptível o empenho e a eficácia das ações do governo Bolsonaro para seu propósito. Até o dia 6 de maio de 2023, um dia após a OMS declarar o fim da ESPIL, o Brasil acumulou 37,5 milhões de infectados e 702.116 óbitos pela COVID-19 (Ministério da Saúde, 2024). Testemunho deste propósito é o presidente ter afirmado em entrevista que o Brasil só estaria livre após uma certa parte da população pegasse e criasse anticorpos (Tupi, 2020). Ou seja, Bolsonaro coordenou sua resposta ao coronavírus com o objetivo de disseminar o vírus e acelerar a contaminação em massa para materializar a falsa e criminosa imunização de rebanho, pois acreditava que ela permitiria retomar a atividade econômica normalmente. Outra prova da priorização da proteção econômica em relação à vida da população está nos gastos para combater a pandemia. Segundo Ventura e Reis (2021), o TCU percebeu, ao analisar os gastos desde o começo da pandemia até o final de julho de 2020, que somente 7,67% foram direcionados ao combate a doença em si, outros 78,35%, foram para proteger a economia, isto desconsiderando o auxílio prestado para estados e municípios.

Conforme descrito, as atitudes do governo brasileiro durante a pandemia da COVID-19, lideradas por Jair Bolsonaro, demonstram que, tal como disse Oliveira (2021), governos da extrema-direita e populistas, são uma barreira para a difusão de receitas globais das OIs. Porém, não deixam de transferir políticas públicas, visto que este tipo de governo cria novos “curto-circuitos” de transferência de políticas públicas, desta forma transferindo políticas públicas entre os líderes da extrema-direita e populistas (Oliveira; Osorio, 2019 *apud* Oliveira, 2021). Ou seja, é criada uma rede em que a política viaja somente entre os países com as características destes líderes. Prova disso foi a transferência do uso da cloroquina como algo milagroso, para combater a COVID-19. Esta política foi altamente difundida em países com líderes da extrema-direita que usaram estratégias populistas durante a pandemia da COVID-19. Como exemplo, dois dos países que difundiram foram Estados Unidos, governados por Donald Trump, e Brasil, governado por Jair Bolsonaro (Casarões; Magalhães, 2021; Oliveira, 2021). É importante ressaltar que não foram apenas os governos de extrema-direita que utilizaram a estratégia populista para lidar com a pandemia, visto que governos de outros espectros políticos também adotaram essa estratégia. Como por exemplo os governos negacionistas da Nicarágua, Bielorrússia e México, também dificultaram a ação e a difusão de políticas públicas da OMS (Giovanaz, 2020; Cohen, 2020; Reuters, 2020; Díaz, 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No começo do trabalho, argumentamos que doenças globais são um perigo para o sistema internacional, como no caso da pandemia da COVID-19, a qual necessitava de uma coordenação global para solucionar o problema. Com isso vimos a importância de entender a atuação da OMS em coordenar as respostas dos Estados conforme difundia suas políticas públicas para combater o novo coronavírus.

Os objetivos da pesquisa foram atingidos na medida em que foi entendido que a política pública é uma forma do governo solucionar um problema. De acordo com o modelo do ciclo de política pública, este problema é definido conforme a perspectiva de problematização do eleitorado que conseguir eleger seus representantes. Além disso, o *garbage can* traz que não há muitas soluções para os problemas, por isso os governos ficam procurando soluções na lata de lixo, até que encontrem uma que resolva o problema, perdendo tempo entrando em um ciclo de tentativa e erro. Além disso, os problemas a serem solucionados não respeitam as linhas fronteiriças, como por exemplo o problema da COVID-19, por isso os modos para solucioná-los também atravessam fronteiras.

Com isso, temos os estudos que pesquisam esta travessia das políticas públicas, a transferência e a difusão de políticas públicas. A primeira, focada no micro, analisa como esta política pública estrangeira é traduzida para o novo Estado. A segunda, voltada para o macro, explicando que esta política pública não “viaja” sozinha, é necessário a utilização de alguns mecanismos para que ela seja difundida. Também é compreendido que as Organizações Internacionais conseguem produzir políticas públicas graças a sua burocracia e autoridade, e são altamente eficazes, devido ao seu corpo técnico com especialistas científicos da área. Estas políticas públicas são difundidas pelas OIs através de seis instrumentos; dependendo das variáveis da política específica, altera-se a necessidade de quais instrumentos devem ser utilizados.

É entendido também que as primeiras convenções internacionais da saúde foram essenciais para a abertura de um espaço para debater sobre as doenças globais, porém com um poder de atuação ainda muito precário. Com isso surgiram as primeiras instituições internacionais da saúde, preocupadas mais com a questão econômica, agindo nas fiscalizações de mercadorias internacionais, além também de realizações de boletins. Porém, também houve avanços ao entender que, para resolver a saúde, é preciso olhar além da doença, surgindo a medicina social, com preocupações como saneamento básico. Desta forma, estas tentativas de alcançar a governança global pavimentaram a questão sanitária no sistema internacional para

que a OMS, trazendo consigo na sua criação algumas características das suas instituições predecessoras, viesse a atingir uma governança global da saúde. O maior feito da OMS foi a coordenação para o combate à varíola. Ao conseguir com que os países cooperassem em meio à Guerra Fria, juntamente com a utilização das tecnologias que surgiram na época para a realização de uma imunização global, a OMS teve sucesso com essa que é a primeira e única doença a ser erradicada propositalmente por humanos na história do mundo.

Este trabalho também acompanhou as reviravoltas da OMS no combate ao HIV/Aids, pois no primeiro momento a organização demorou a responder ao problema. Depois, em sua resposta se utilizou de estratégias da medicina social, enfoque que deu muito certo. Porém, por questões políticas internas, essa deixou de ser a prioridade, além de voltar o olhar mais biomédico para o problema. Consequentemente, perdeu o papel na liderança da coordenação do combate ao HIV/Aids, porém se renovou e buscou novamente seu espaço na liderança com lançamentos de programas para ofertar medicamentos baratos para países com baixa renda.

Finalmente, no assunto de interesse desta pesquisa, vimos como a OMS agiu de várias maneiras para coordenar a resposta global no combate à COVID-19, atuando fortemente através de normativas. Como as já existentes no RSI, e principalmente as recomendações divulgadas pelo Diretor Geral e as elaboradas através da AMS. Algumas destas recomendações incluíram distanciamento social, uso de máscara, a importância dos testes, como estruturar a logística do país para não faltar insumos, para alertar sobre quais são os tratamentos eficazes, além de pedir para se prepararem para a imunização e não desinformar a população.

É sabido que governos populistas tendem a não seguir recomendações das Organizações Internacionais, o que foi comprovado na análise das ações do governo Bolsonaro durante a pandemia. O governo foi um caso de populista médico, por ter minimizado o vírus, o chamando de gripezinha, dramatizando a resposta, criando o programa “o Brasil não pode parar”, além de forjar divisões entre o “povo” e a OMS. Também vimos que o presidente contrariou todas as recomendações tidas no parágrafo acima. Tendo em vista que se aglomerou com apoiadores, não utilizou máscaras, além de atacá-las, e seu ministro atacou a necessidade de testes e deixou a cidade de Manaus em colapso por falta de oxigênio. O governo ainda propagou tratamentos com remédios ineficazes, como a cloroquina e a hidroxicloroquina; rejeitou ofertas de compras da vacina, atrasando a imunização do país; e atacou a eficácia das vacinas ao politizá-las..

A hipótese testada na pesquisa foi a de que a coordenação da OMS para uma resposta ao combate do coronavírus foi dificultada por governos populistas, como o do governo Bolsonaro no Brasil, que não seguiram suas recomendações. Nesse sentido, a proposição foi confirmada, visto que observamos que as estratégias de governos populistas, no caso o governo

Bolsonaro, dificultam que receitas globais sejam difundidas em seu país. Além disso, o governo brasileiro inflamou seu povo para que também rejeitasse essas medidas, visto que atacam suas dignidades e valores.

O vírus que era combatido demandava uma ação coordenada de todos os países, assim como disse o Diretor Geral da OMS, de que nenhum país estaria seguro se o resto do mundo não tivesse seguro. Então, países que não seguiram as recomendações da OMS durante a pandemia, como o Brasil, tiveram dificuldades em enfrentar o vírus, aumentando a crise de saúde, postergando a solução. Desta forma, como o Brasil demorou para controlar o vírus, dificultou para a OMS conseguir ter uma resposta mais eficaz para controlar a COVID-19 no mundo.

Finalmente, este trabalho possui algumas limitações, como não abranger as recomendações do período integral da pandemia, focando apenas até outubro de 2021, em que a OMS estabeleceu, as metas de vacinação. Igualmente, ao relatar as ações de Bolsonaro, o período de análise se limitou até as primeiras compras da vacina. A pesquisa também não explorou possíveis respostas para que a OMS consiga se sobressair diante das dificuldades de países que não aderem a suas políticas públicas, deste modo melhorando a resposta global. Caso queira se aprofundar nesta última limitação, recomenda-se ler “Os desafios do sistema de governança da saúde global na pandemia de COVID-19: Limitações atuais e possibilidades de reforma” por Almeida, Romy e Oliveira (2022).

6 REFERÊNCIAS

ADAMS, V. A History of International Health Encounters: Diplomacy in Transition. In: ADAMS, V. NOVOTNY, T. E.; LESLIE, H. **21st Century Global Health Diplomacy**. World Scientific, 2013.

AGÊNCIA BRASIL. **Veja a íntegra do discurso de Bolsonaro na 75ª Assembleia Geral da ONU**. Brasília, 22 set. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-09/veja-integra-do-discurso-de-bolsonaro-na-75a-assembleia-geral-da-onu>. Acesso em: 20 jun. 2024.

AGÊNCIA SENADO. Brasil poderia ter sido primeiro do mundo a vacinar, afirma Dimas Covas à CPI. **Senado Notícias**, 27 mai. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/05/27/brasil-poderia-ter-sido-primeiro-do-mundo-a-vacinar-afirma-dimas-covas-a-cpi>. Acesso em: 20 jun. 2024.

ALMEIDA, P. W.; ROMAY, G. T.; OLIVEIRA, M. G. DE. Os desafios do sistema de governança da saúde global na pandemia de COVID-19: Limitações atuais e possibilidades de reforma. **Revista Direito e Práxis**, v. 13, n. 3, p. 1613–1652, jul. 2022.

ALMEIDA, P. W. **O Direito Internacional frente à pandemia COVID-19: Possibilidades de atuação da OMS, limites e responsabilidade internacional da China**. Jota, 09 abr. 2020. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/o-direito-internacional-frente-a-pandemia-covid-19-09042020>. Acesso em: 10 jun. 2024.

ANDRADE, H. 'Não sei por que correr', diz Bolsonaro sobre vacina contra a covid-19... **UOL**, Brasília, 26 out. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/10/26/bolsonaro-volta-a-falar-em-cautela-para-adquirir-vacina.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 22 jun. 2024.

ANDRÉ, N. Pazuello diz que, antes de cargo no governo, não sabia o que era o SUS. **CNN**, Brasília, 07 out. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/pazuello-diz-que-antes-de-cargo-no-governo-nao-sabia-o-que-era-o-sus/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

ANJOS, A. B.; MUNIZ, B.; FONSECA, B.; FERNANDES, L. O Mapa da cloroquina: como governo Bolsonaro enviou 2,8 milhões de comprimidos para todo o Brasil. **Pública**, 1 mar. 2021. Disponível em: https://apublica.org/2021/03/o-mapa-da-cloroquina-como-governo-bolsonaro-enviou-28-milhoes-de-comprimidos-para-todo-o-brasil/#_. Acesso em: 22 jun. 2024.

BARNETT, M. N.; FINNEMORE, M. **Rules for the World: International Organizations In Global Politics**. Ithaca, NY/London: Cornell University Press, 2004.

BBC NEWS BRASIL. 2 momentos em que Bolsonaro chamou covid-19 de 'gripezinha', o que agora nega. 27 nov. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55107536>. Acesso em: 19 jun. 2024.

BBC NEWS BRASIL. CPI da Covid: executivo da Pfizer confirma que governo Bolsonaro ignorou ofertas de 70 milhões de doses de vacinas. 13 mai. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57104347>. Acesso em: 21 jun. 2024.

BESSION, S. COVID-19 and the WHO's Political Moment. **EJIL: Talk! – Blog of the European Journal of International Law**, 25 mai. 2020. Disponível em: https://www.ejiltalk.org/covid-19-and-the-whos-political-moment/?utm_source=mailpoet&utm_medium=email&utm_campaign=ejl-talk-newsletter-post-title_2. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 NO BRASIL**. 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 20 jun. 2024.

BURCI, G. L.; CASSELS, A. Health. In: KATZ COGAN, Jacob; HURD, Ian; JOHNSTONE, Ian (Eds.). **The Oxford Handbook of International Organizations**. OUP, 2017, p. 447-471.

CARVALHO, T.; FERNANDES, J. S.; FARIA, C. A. P. Organizações Internacionais e Políticas Públicas Nacionais: variáveis organizacionais e instrumentos de difusão. **Rev. Carta Internacional**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. e1112, 2021. DOI: 10.21530/ci.v16n2.2021.1112. Disponível em: <https://www.cartainternacional.abri.org.br/Carta/article/view/1112>. Acesso em: 20 jan. 2024.

CASARÕES, G.; MAGALHÃES, D. The hydroxychloroquine alliance: how far-right leaders and alt-science preachers came together to promote a miracle drug. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 1, p. 197–214, jan. 2021.

CERIONI, C. Brasil vai ser um exemplo positivo ao mundo, diz Pazuello sobre a covid-19. **Exame**, 17 jul. 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/brasil-vai-ser-um-exemplo-positivo-ao-mundo-diz-pazuello-sobre-a-covid-19/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

CHAIB, J. Brasil teria evitado pelo menos 5.000 mortes com oferta inicial da Pfizer, diz pesquisador. **Folha de S. Paulo**, Brasília, 13 mai. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/05/brasil-teria-evitado-pelo-menos-5000-mortes-com-oferta-inicial-da-pfizer-diz-pesquisador.shtml>. Acesso em: 22 jun. 2024.

CHINKIN, C. The Challenges of Soft Law: Development and Change in International Law. **The International and Comparative Law Quarterly**, v. 38, p. 850, 1989.

CNN. Veja quais países iniciaram a vacinação contra a Covid-19; Brasil está fora. 24 dez. 2020a. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-os-paises-que-já-começaram-a-vacinacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 16 jun. 2024.

COHEN, S. Ditador Ortega da Nicarágua age como se a pandemia não existisse. **G1**, 06 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/blog/sandra-cohen/post/2020/05/06/ditador-ortega-da-nicaragua-age-como-se-a-pandemia-nao-existisse.ghtml>. Acesso em: 25 jun. 2024.

COLETTA, R. D. Bolsonaro diz que Doria é 'autoritário' e que pandemia no Brasil 'está acabando'. **Folha de S. Paulo**, Brasília, 30 out. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/10/bolsonaro-diz-que-doria-e-autoritario-e-que-pandemia-no-brasil-esta-acabando.shtml>. Acesso em: 22 jun. 2024.

COLETTA, R.; MACHADO, R.; CANCIAN, N. Contrariando Bolsonaro, Mandetta mantém críticas ao uso irrestrito da cloroquina. **Folha de S. Paulo**, Brasília, 15 abr. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/contrariando-bolsonaro-mandetta-mantem-criticas-ao-uso-irrestrito-da-cloroquina.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

CORREIO BRAZILIENSE. Chega a 25 o número de militares nomeados no Ministério da Saúde. Brasília, 05 jun. 2020. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/06/05/interna_politica,861378/chega-a-25-o-numero-de-militares-nomeados-no-ministerio-da-saude.shtml. Acesso em: 20 jun. 2024.

CUETO, M.; BROWN, T. M.; FEE, E. **The World Health Organization: A History**. Cambridge University Press, p.388, 2019.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS. Bolsonaro sobre a vacina da Pfizer: "Se você virar jacaré, é problema seu". 18 dez. 2020. Disponível em: <https://www.dn.pt/mundo/bolsonaro-sobre-a-vacina-de-pfizer-se-voce-se-transformar-num-jacare-e-problema-e-seu-13155253.html/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

DÍAZ, M. G. Coronavírus: 'No México, não é que não soubessem o que fazer com a pandemia, é que decidiram não fazer'. **BBC News Brasil**, México, 2 mar. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-56257413>. Acesso em: 25 jun. 2024.

DW. Bolsonaro comemora suspensão de testes da Coronavac. 10 nov. 2020. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/bolsonaro-comemora-suspens%C3%A3o-de-testes-da-coronavac/a-55558007#:~:text=O%20presidente%20Jair%20Bolsonaro%20comemorou,Sinovac%2C%20contra%20o%20novo%20coronav%C3%ADrus>. Acesso em: 20 jun. 2024.

FARIA, C. A. P. de (org). **Políticas públicas e relações internacionais**. Brasília: ENAP, 2018.

FERNANDES, J. S. **The World Health Organization and policy transfer: the transfer of tobacco control policy to Brazil**. 2021. Tese (Dourado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2021.

FIOCRUZ. Os últimos dias da Varíola. **Revista de Manguinhos**, n. 8, p. 44–45, 2005. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/revistaManguinhosMateriaPdf/RM8pag44a45FioDaHistoria.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2024.

FOLHAPRESS. Máscara é último tabu a cair, diz Bolsonaro sobre prevenção à Covid-19. **Folha de Pernambuco**, 26 nov. 2020. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/mascara-e-ultimo-tabu-a-cair-diz-bolsonaro-sobre-prevencao-a-covid-19/163655/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

G1 AMAZONAS. Documentos mostram que mais de 30 morreram nos dois dias de colapso por falta de oxigênio em Manaus. 25 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/25/documentos-mostram-que-mais-de-30-morreram-nos-dois-dias-de-colapso-por-falta-de-oxigenio-em-manaus.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

G1. Assim como Teich, Mandetta caiu após discordar de Bolsonaro sobre cloroquina e isolamento. 15 mai. 2020b. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/15/mandetta-tambem-caiu-apos-discordancias-com-o-presidente-sobre-cloroquina-e-isolamento-vertical.ghml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

G1. Bolsonaro diz que não é atribuição do governo levar oxigênio para o Amazonas. 30 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/30/bolsonaro-diz-que-nao-e-atribuicao-do-governo-levar-oxigenio-para-o-amazonas.ghml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

G1. Casos de coronavírus no Brasil em 1º de abril. São Paulo, 01 abr. 2020a. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/01/casos-de-coronavirus-no-brasil-em-1-de-abril.ghml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

G1. Últimas notícias de coronavírus de 11 de março de 2020. 11 mar. 2020c. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/ultimas-noticias-de-coronavirus-de-11-de-marco.ghml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

GALILEU. OMS lança estudo global para testar 4 medicamentos contra Covid-19. 23 mar. 2020. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2020/03/oms-lanca-estudo-global-para-testar-4-medicamentos-contr-covid-19.html>. Acesso em: 10 jun. 2024.

GARCIA, G. Bolsonaro aponta 'viés ideológico' na OMS e ameaça tirar Brasil da organização. **G1**, Brasília, 05 jun. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/05/bolsonaro-aponta-vies-ideologico-na-oms-e-ameaca-tirar-brasil-da-organizacao.ghml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

GIOVANAZ, D. O que está acontecendo na Bielorrússia, único país europeu que não adotou isolamento. **Brasil de Fato**, Nova Delhi, Índia, 02 maio 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/02/o-que-esta-acontecendo-na-bielorrussia-unico-pais-europeu-que-nao-adotou-isolamento#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20de%20casos%20dobrou,93%20mortes%20por%20covid%2D19>. Acesso em: 25 jun. 2024.

GOMES, B. Bolsonaro incentiva invasão de hospitais para filmar leitos. **Terra**, 11 jun. 2020. Disponível em: https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-incentiva-invasao-de-hospitais-para-filmar-leitos,d6d91d6b5d4ede0c0afeaa23f1b5d16fuukb4x1w.html?utm_source=clipboard. Acesso em: 20 jun. 2024.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016.

GUEDES, O. CPI da Covid: Governo Bolsonaro recusou 11 vezes ofertas para compras de vacina. **G1**, 27 abr. 2021a. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/octavio-guedes/post/2021/04/27/cpi-da-covid-governo-bolsonaro-recusou-11-vezes-ofertas-para-compras-de-vacina.ghml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

GUEDES, O. Sobe para 14 o número de vezes que governo Bolsonaro deixou vacinas contra Covid para lá. **G1**, 13 mai. 2021b. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/blog/octavio-guedes/post/2021/05/13/sobe-para-14-numeros-de-vezes-que-governo-bolsonaro-deixou-vacinas-para-la.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2024

GUERRA, R. Bolsonaro defendeu uso de cloroquina em 23 discursos oficiais; leia as frases. **O Globo**, Rio de Janeiro, 20 mai. 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/bolsonaro-defendeu-uso-de-cloroquina-em-23-discursos-oficiais-leia-as-frases-25025384>. Acesso em: 20 jun. 2024.

HERZ, M.; HOFFMANN, A. R. **Organizações Internacionais-histórias e práticas**, v. 1, 2004.

IDOETA, A. A história de Bolsonaro com a hidroxicloroquina em 6 pontos: de tuítes de Trump à CPI da Covid. **BBC News Brasil**, 21 mai. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743>. Acesso em: 20 jun. 2024.

INTERNATIONAL LAW ASSOCIATION. Statement of the Global Health Law Committee of the International Law Association (ILA) regarding the COVID-19 pandemic. **Global Health Law Committee of the International Law Association**, 5 abr. 2020.

ISTOÉ. "Brasileiro pula em esgoto e não acontece nada", diz Bolsonaro em alusão ao coronavírus. 27 mar. 2020. Disponível em: <https://istoe.com.br/brasileiro-pula-em-esgoto-e-nao-acontece-nada-diz-bolsonaro-em-alusao-ao-coronavirus/>. Acesso em: 19 jun. 2024.

JORNAL NACIONAL. Bolsonaro desautoriza Pazuello e suspende compra da vacina CoronaVac. **G1**, 21 out. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/10/21/bolsonaro-desautoriza-pazuello-e-suspende-compra-da-vacina-coronovac.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2024

JOVEM PAN. Bolsonaro posta foto com cão e diz: 'vacina obrigatória só no Faísca'. 24 out. 2020. Disponível em: <https://jovempan.com.br/noticias/brasil/bolsonaro-posta-foto-com-cao-e-diz-vacina-obrigatoria-so-no-faisca.html>. Acesso em: 20 jun. 2024.

JUCÁ, Beatriz. Como o Conselho de Medicina silenciou diante do negacionismo de Bolsonaro e abraçou a cloroquina. **El País**, Fortaleza, 15 out. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-10-15/como-o-conselho-de-medicina-silenciou-diante-do-negacionismo-de-bolsonaro-e-abracou-a-cloroquina.html>. Acesso em: 25 jun. 2024.

KICKBUSCH, I.; SZABO, M. A new governance space for health. **Global Health Action**, 1 ed. v.7, 2014.

LANDIM, R. Documentos indicam que Brasil desistiu de mais de 40 milhões de doses do Covax. **CNN**, 10 jun. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/documentos-indicam-que-brasil-desistiu-de-mais-de-40-milhoes-de-doses-do-covax/>. Acesso em: 22 jun. 2024.

LASCO, G. Medical populism and the COVID-19 pandemic. **Global Public Health**, v. 15, n. 10, p. 1417-1429, 2020.

LASCO, G; CURATO, N. Medical populism. **Social Science & Medicine**, v. 221, p. 1-8, 2019.

LEE, K. **The World Health Organization (WHO)**, 1 ed. Routledge, 2008.

LEE, K., KAMRADT-SCOTT, A. The multiple meanings of global health governance: a call for conceptual clarity. **Globalization and Health**, v.10, 2014.

LEMOES, V. A polêmica sobre o tratamento precoce para a covid-19, criticado por entidades médicas. **BBC News Brasil**, São Paulo, 7 jul. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53303287>. Acesso em: 20 jun. 2024.

LIMA, D. Bolsonaro a franceses, em Brasília: 'No Brasil, cloroquina tem 100% de cura'. **Estado de Minas**, 24 out. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2020/10/24/interna_politica,1197790/bolsonaro-a-franceses-em-brasilia-brasil-cloroquina-tem-100-cura.shtml. Acesso em: 21 jun. 2024.

LISBOA, V. Estudo estima 17 mil mortes em seis países por uso de cloroquina contra Covid. **CNN**, 12 jan. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/estudo-estima-17-mil-mortes-em-seis-paises-por-uso-de-cloroquina-contr-covid/>. Acesso em: 23 jun. 2024

MAGENTA, M. Vacinas teriam salvado 95 mil vidas se governo Bolsonaro não tivesse ignorado ofertas, calcula pesquisador. **BBC News Brasil**, Londres, 28 mai. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57286762#:~:text=A%20primeira%20oferta%20de%20vacinas,delas%20em%20mar%C3%A7o%20de%202021>. Acesso em: 23 jun. 2024.

MAIA, G.; GULLINO, D. Sem provas, Bolsonaro questiona número de mortos por Covid-19 e fala em fraude para 'uso político'. **O Globo**, Brasília, 27 mar. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/sem-provas-bolsonaro-questiona-numero-de-mortos-por-covid-19-fala-em-fraude-para-uso-politico-24333952>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MAZUI, G. Após Teich alertar sobre risco da cloroquina, Bolsonaro defende o remédio e pede ministros 'afinados' com ele. **G1**, Brasília, 13 mai. 2020b. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/13/apos-teich-fazer-alerta-sobre-cloroquina-bolsonaro-defende-o-medicamento-e-pede-ministros-alinhados-com-ele.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MAZUI, G. 'É simples assim: um manda e o outro obedece', diz Pazuello ao lado de Bolsonaro. **G1**, Brasília, 22 out. 2020c. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/10/22/e-simples-assim-um-manda-e-o-outro-obedece-diz-pazuella-ao-lado-de-bolsonaro.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MAZUI, G. Mandetta anuncia em rede social que foi demitido por Bolsonaro do Ministério da Saúde. **G1**, Brasília, 16 abr. 2020a. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/16/mandetta-anuncia-em-rede-social-que-foi-demitido-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MERGULHÃO, A.; CASTRO, R. Bolsonaro participou de pelo menos 84 aglomerações desde o início da pandemia de Covid-19. **O Globo**, Rio de Janeiro, 05 jun. 2021. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/politica/bolsonaro-participou-de-pelo-menos-84-aglomeracoes-desde-inicio-da-pandemia-de-covid-19-25048811>. Acesso em: 20 jun. 2024.

MIGALHAS. **Governo lança campanha "O Brasil não pode parar"**. 1 minuto e 27 segundos, 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hQQZE7LQIGk&ab_channel=Migalhas. Acesso em: 20 jun. 2024.

MOREIRA, R. S.; SANTOS, L. F. R.; SOUSA, M. H. O. Organização Mundial da Saúde: origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19. **Estudos Universitários**, [S. l.], v. 37, n. 1/2, p. 111–135, 2020. DOI: 10.51359/2675-7354.2020.247678. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/estudosuniversitarios/article/view/247678>. Acesso em: 19 jan. 2024.

MUDDE, C; KALTWASSER, C. R. **Populism: A very short introduction**. Oxford University Press, 2017.

Nações Unidas Brasil. Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 01 jun. 2024.

OGDEN, H. G. **CDC and the Smallpox Crusade**. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, 1987.

OLIVEIRA, O.P. A prelude to policy transfer research. In: OLIVEIRA, O. P. (org). **Handbook of Policy Transfer, Diffusion and Circulation**. Cheltenham: Edward Elgar, 2021.

OLIVEIRA, O.P.; FARIA, C. A. P. Policy transfer, diffusion, and circulation: research traditions and the state of the discipline in Brazil. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v.36, p. 13–32, 2017.

ONU NEWS. **OMS recomenda ivermectina contra Covid-19 apenas em ensaios clínicos**. 31 mar. 2021. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/03/1746312>. Acesso em: 12 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da pandemia de COVID-19**. 2020c. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid19#:~:text=Em%2011%20de%20mar%C3%A7o%20de,pa%C3%ADses%20e%20regi%C3%B5es%20do%20mundo>. Acesso em: 10 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Diretrizes de planejamento operacional para suporte à preparação e resposta dos países**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020a. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Novo Coronavírus 2019 (2019-nCoV): Plano estratégico de preparação e resposta**. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020b. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PAZ, M. Bolsonaro diz que ninguém é obrigado a tomar vacina contra Covid-19. **Metrópoles**, 31 ago. 2020. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/politica-brasil/bolsonaro-diz-que-ninguem-e-obrigado-a-tomar-vacina-contr-covid-19>. Acesso em: 22 jun. 2024.

PINHONI, M. Butantan assina contrato para fornecimento de doses da CoronaVac para o Ministério da Saúde. **G1 São Paulo**, São Paulo, 07 jan. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/07/butantan-assina-contrato-para-fornecimento-doses-da-coronavac-para-o-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 22 jun. 2024.

R7. **Bolsonaro reforça a eficácia da cloroquina e alfineta governo Doria**. 08 abr. 2020b. Disponível em: <https://noticias.r7.com/brasil/bolsonaro-reforca-a-eficacia-da-cloroquina-e-alfineta-governo-doria-29062022/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

R7. **'Ninguém vai tolher meu direito de ir e vir', diz Bolsonaro em passeio**. 10 abr. 2020a. Disponível em: <https://noticias.r7.com/brasil/ninguem-vai-tolher-meu-direito-de-ir-e-vir-diz-bolsonaro-em-passeio-29062022/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

RÁDIO TUPI. **"Nós íamos passar por isso. O que está errado é a histeria, como se fosse o fim do mundo. Uma nação como o Brasil, por exemplo, só estará livre quando um certo número de pessoas for infectado e criar anticorpos."**, finalizou Bolsonaro. 17 mar. 2020. X: @radiotupi. Disponível em: <https://x.com/radiotupi/status/1239922470746013696>. Acesso em: 20 jun. 2024

REDE BRASIL ATUAL (RBA). **Bolsonaro recusou vacina da Pfizer pela metade do preço pago por outros países**. 7 jun. 2021. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/bolsonaro-recusou-vacina-da-pfizer-pela-metade-do-preco-pago-por-outros-paises/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

REUTERS. Presidente da Bielorrússia, um dos principais negacionistas da Covid-19, afirma que contraiu o vírus mas sem sintomas. **O Globo**, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/mundo/presidente-da-bielorrussia-um-dos-principais-negacionistas-da-covid-19-afirma-que-contraiu-virus-mas-sem-sintomas-24555146>. Acesso em: 25 jun. 2024.

ROSE, R. What is Lesson-Drawing?. **Journal of Public Policy**, [S.l.]. v. 11, p.3-30.

SALDAÑA, P. População saberá que foi enganada por governadores e imprensa sobre coronavírus, diz Bolsonaro. **Folha de S. Paulo**, Brasília, 22 mar. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/povo-sabera-que-foi-enganado-por-governadores-e-imprensa-sobre-coronavirus-diz-bolsonaro.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

SARAIVA, E. Política Pública: dos clássicos às modernas abordagens. Orientação para a leitura. In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (orgs). **Políticas Públicas; coletânea**. Brasília: ENAP, 2006.

SASSINE, V. Entenda a crise da Covid no Amazonas e os sinais de negligência do governo que serão investigados na CPI. **Folha de S. Paulo**, Brasília, 28 abr. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/04/entenda-a-crise-da-covid-no-amazonas-e-os-sinais-de-negligencia-do-governo-que-serao-investigados-na-cpi.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2024.

SOARES, I. Bolsonaro desautoriza Pazuello e diz que vacina chinesa 'não será comprada'. **Correio Braziliense**, 21 out. 2020a. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2020/10/4883614-bolsonaro-desautoriza-pazuello-e-diz-que-vacina-chinesa-nao-sera-comprada.html>. Acesso em: 22 jun. 2024.

SOARES, I. Bolsonaro: "Eu não vou tomar a vacina e ponto final. Problema meu". **Correio Braziliense**, 15 dez. 2020b. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2020/12/4895094-eu-nao-vou-tomar-a-vacina-e-ponto-final--problema-meu.html>. Acesso em: 22 jun. 2024.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20–45, 2006.

TEÓFILO, S.; LIMA, B.; CARDIM, M. E. Covid-19: Saúde lança app que incentiva uso de remédios sem eficácia. **Correio Braziliense**, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/01/4900367-covid-19-saude-lanca-app-que-incentiva-uso-de-remedios-sem-eficacia.html>. Acesso em: 20 jun. 2024

UNAIDS. **90–90–90**: good progress, but the world is off-track for hitting the 2020 targets, 2020. 21 set. 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/september/20200921_90-90-90. Acesso em: 01 jun. 2024.

UNAIDS. **90-90-90**: Treatment for all. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/909090>. Acesso em: 01 jun. 2024.

UNITED NATIONS. **History of the United Nations**. Disponível em: <https://www.un.org/es/about-us/history-of-the-un>. Acesso em: 23 de fev. 2024.

VARGAS, M. Prazo de validade pode levar governo federal a jogar fora 6,8 milhões de testes. **Estadão**, 22 nov. 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/prazo-de-validade-pode-levar-governo-federal-a-jogar-fora-6-8-milhoes-de-testes/>. Acesso em: 20 jun. 2024.

VENAGLIA, G. Bolsonaro publica vídeo tomando hidroxicloroquina e se diz melhor da Covid-19. **CNN**, São Paulo, 07 jul. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/bolsonaro-divulga-video-tomando-hidroxicloroquina-e-se-diz-melhor-da-covid-19/>. Acesso em: 21 jun. 2024.

VENTURA, D.; PEREZ, F. A. Crise e reforma da organização mundial da saúde. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 92, p. 45-77, 2014.

VENTURA, D. de F. L.; REIS, R. **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19**. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil, n. 10, p. 6-31, 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2024.

VENTURA, D. F. L.; AITH, F. M. A.; RACHED, D. H. A emergência do novo coronavírus e a "lei de quarentena" no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, vol. 12, n. 1, p. 102-138, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **History of WHO**. Disponível em: <https://www.who.int/about/history>. Acesso em: 23 de fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19): Solidarity Trial and hydroxychloroquine**. 19 jun. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-hydroxychloroquine>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19 pandemic: countries urged to take stronger action to stop spread of harmful information**. New York, 23 set. 2020l. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/23-09-2020-covid-19-pandemic-countries-urged-to-take-stronger-action-to-stop-spread-of-harmful-information>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19 technology access pool**. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/covid-19-technology-access-pool>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **COVID-19 vaccine doses shipped by the COVAX Facility head to Ghana, marking beginning of global rollout**. 24 fev. 2021d. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/24-02-2021-covid-19-vaccine-doses-shipped-by-the-covax-facility-head-to-ghana-marking-beginning-of-global-rollout>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **In the COVID-19 vaccine race, we either win together or lose together**. New York/Geneva, 10 fev. 2021c. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/10-02-2021-in-the-covid-19-vaccine-race-we-either-win-together-or-lose-together>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **More than 150 countries engaged in COVID-19 vaccine global access facility**. Geneva/London 15 jul. 2020i. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/15-07-2020-more-than-150-countries-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Solidarity Therapeutics Trial produces conclusive evidence on the effectiveness of repurposed drugs for COVID-19 in record time**. Geneva, 15 out. 2020e. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/15-10-2020-solidarity-therapeutics-trial-produces-conclusive-evidence-on-the-effectiveness-of-repurposed-drugs-for-covid-19-in-record-time>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Statement on the fifth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic**. 30 out. 2020n. 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](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). Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Statement on the fourth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19)**. 1 ago. 2020j. 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-\(covid-19\)](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)). Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Seventy-fourth World Health Assembly closes**. 31 mai. 2021e. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/31-05-2021-the-seventy-fourth-world-health-assembly-closes>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is the ACT-Accelerator**. 2020g. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/about>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO at the high-level session of the 75th UN General Assembly (UNGA)**. New York, 2 out. 2020k. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/09/15/default-calendar/who-at-the-high-level-session-of-the-75th-un-general-assembly-\(unga\)](https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/09/15/default-calendar/who-at-the-high-level-session-of-the-75th-un-general-assembly-(unga)). Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the launch of the Access to COVID-19 Tools Accelerator**. 24 abr. 2020h. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-launch-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 30 October 2020**. 30 out. 2020m. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---30-october-2020>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the G20 Leaders Summit**. 21 nov. 2020o. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-g20-leaders-summit>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 6 August 2020**. 6 ago. 2020p. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---6-august-2020>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 January 2021**. 11 jan. 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-january-2021>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board**. 18 jan. 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO discontinues hydroxychloroquine and lopinavir/ritonavir treatment arms for COVID-19**. 4 jul. 2020d. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/04-07-2020-who-discontinues-hydroxychloroquine-and-lopinavir-ritonavir-treatment-arms-for-covid-19>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO welcomes preliminary results about dexamethasone use in treating critically ill COVID-19 patients**. 16 jun. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/16-06-2020-who-welcomes-preliminary-results-about-dexamethasone-use-in-treating-critically-ill-covid-19-patients>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO, UN set out steps to meet world COVID vaccination targets**. 7 out. 2021f. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/07-10-2021-who-un-set-out-steps-to-meet-world-covid-vaccination-targets>. Acesso em: 13 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO-ICMRA joint statement on the need for improved global regulatory alignment on COVID-19 medicines and vaccines**. 6 nov. 2020f. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/06-11-2020-who-icmra-joint-statement-on-the-need-for-improved-global-regulatory-alignment-on-covid-19-medicines-and-vaccines>. Acesso em: 12 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Response. **Seventy-Third World Health Assembly**, WHA73.1, Agenda item 3, 19 mai. 2020. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf. Acesso em: 07 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 Strategy Update**. 14 abr. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update---14-april-2020>. Acesso em: 01 jun. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Health Regulations**. 3a ed. Geneva: **World Health Organization**, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>. Acesso em: 06 jun. 2024.

ZANINI, F.; SETO, G.; BRANT, D. Ministério da Saúde pressiona Manaus e diz ser 'inadmissível' não usar cloroquina contra Covid-19. **Folha de S. Paulo**, 12 jan. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2021/01/ministerio-da-saude-pressiona-manaus-e-diz-ser-inadmissivel-nao-usar-cloroquina-contr-covid-19.shtml>. Acesso em: 20 jun. 2024

ZURN, M.; BINDER, M.; ECKER-EHRHARDT, M. International authority and its politicization. **International Theory**. v. 4, p 69-106, 2012.