
GLOBAL
HEALTH
LAW
JOURNAL

Global Health Law Journal

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

VOLUME 3 - Nº 01 - 2025



GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL

Health Law, International Health Law, Comparative Health Law, Health Policy, Health Cases, Medical and Biomedical Law

Global Health Law Journal

FEATURED AUTHORS

VOLUME 3 - Nº 01 – 2025

Carolina Aparecida Galvanese de Sousa

Daniel Freire e Almeida

Guilherme de Castro Machado Rabello

Jéssica Maria Grassi

Márcio Gonçalves Felipe

Maria Cristina Pontes de Oliveira

Mariana Guanabara

Renato Braz Mehanna Khamis

Ricardo Dourado dos Santos

Tatiana Barone Sussa

Verônica Scriptore Freire e Almeida

Editorial – Volume 3 – nº 01- 2025

We are pleased to present the latest issue of the **Global Health Law Journal-GHLJ**, which not only contains six exceptional articles, but also showcases the academic research of our master's in health law students at Santa Cecilia University.

Professors, master's students, postgraduate students and health professionals also contribute in an extraordinary way to the Global Health Law Journal-GHLJ, and it is a privilege to share their own academic work with you all.

The **Global Health Law Journal-GHLJ** is a biannual production, an open access, peer reviewed, and the outcome of a collaborative, widespread, and international effort.

The **GHLJ** strives to offer an opportunity for interdisciplinary discussion on topics in health law, international health law, comparative health law, health policy, health cases, medical, and biomedical law.

The Journal targets a broad and diverse audience of academicians, professionals, and students in Law, Medicine, Biomedicine, as well as policy makers, law operators, and legislators in health care.

Articles must be related to health law, international health law, comparative health law, health policy, health cases, medical and biomedical law, Medicine, and Biomedicine.

Articles can be submitted in English, Spanish, French, Italian or Portuguese.

Submissions to the Global Health Law Journal are peer-reviewed by our distinguished Editorial Board and reviewers, consisting of internationally recognized experts.

In short, the Global Health Law Journal is looking to become a dynamic and engaging forum for comparative and interdisciplinary research and commentary.

It has been created and raised in an innovative, cooperative and participatory spirit, and will always continue its commitment to these values.

We hope you will enjoy the Global Health Law Journal, and that you can contribute to future issues.

Verônica Scriptore Freire e Almeida

Editor-in-Chief

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief:

Verônica Scriptore Freire e Almeida - *Ph.D and Postdoctoral.*

Editorial Board:

Abbas Poorhashemi - *Ph.D and Postdoctoral - CIFILE - (Toronto, Canada).*

Ana Maria F. Palma Marques de Almeida – *Ph.D and Postdoctoral - Universidade Estadual Paulista- UNESP (São Paulo, Brasil).*

Ana Paula Zavarize Carvalhal - *Ph.D - Instituto Brasiliense de Direito Público -IDP (Brasília- Brasil).*

André Dias Pereira – *Ph.D – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra -FDUC (Coimbra- Portugal).*

Andrea Garín – *Ph.D- University of Heidelberg (Santiago -Chile).*

Cláudio Roberto Cordovil Oliveira – *Ph.D and Postdoctoral -Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (Rio de Janeiro – Brasil)*

Danilo Fontenele Sampaio Cunha – *Ph.D - Centro Universitário 7 de Setembro- UNI7 (Fortaleza, CE, Brasil).*

Diogo José Paredes Leite Campos – *Ph.D - Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra -FDUC (Coimbra- Portugal), Universidade Autónoma de Lisboa (Lisboa-Portugal).*

Edith Maria Barbosa Ramos – *Ph.D and Postdoctoral - Universidade Federal do Maranhão (São Luís, MA, Brasil).*

Global Health Law Journal

Elisa Mattias Sartori – *Ph.D and Postdoctoral - Ilapeo Faculty – (Curitiba, PR, Brasil).*

Ellen Cristina Rivas Leonel – *Ph.D - Universidade Federal de Goiás - UFG (Goiânia, GO, Brasil).*

Fernando Reverendo Vidal Akaoui – *Ph.D - Universidade Santa Cecília -UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Gabriel Wedy – *Ph.D – Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS (Porto Alegre, RS, Brasil).*

George Marmelstein Lima – *Ph.D – Centro Universitário 7 de Setembro - UNI7 – (Fortaleza, CE, Brasil).*

Joaquin Cayon-De Las Cuevas – *Ph.D - Universidad de Cantabria - (Santander, Spain)*

Luciano Pereira de Souza – *Ph.D - Universidade Santa Cecília -UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Marcelo Lamy – *Ph.D – Universidade Santa Cecília - UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Marcello Novoa Colombo Barboza – *Ph.D and Postdoctoral- Centro Universitário Lusíada-UNILUS (São Paulo, SP, Brasil).*

Marisa Aizenberg – *Ph.D and Postdoctoral – Universidad de Buenos Aires (UBA) – (Buenos Aires, Argentina).*

Mónica Romano e Martinez Leite de Campos – *Ph.D - Universidade Portucalense (Porto, Portugal).*

Raimundo Nonato Chaves Neto – *Ph.D – Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa - FDUL (Lisboa, Portugal).*

Rosa Maria Ferreiro Pinto – *Ph.D - Universidade Santa Cecília -UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Sandra Mara Campos Alves – *Ph.D- Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ – (Brasília- Brasil)*

Verônica Scriptore Freire e Almeida – *Ph.D and Postdoctoral - Universidade Santa Cecília – UNISANTA (São Paulo, SP, Brasil).*

Wei Dan – Ph.D – Faculty of Law University of Macau (Macau, China)

Global Health Law Journal

Table of Contents

GLOBAL HEALTH LAW JOURNAL - Volume 3 - nº 01- 2025

1- INSUFFICIENT ENVIRONMENTAL PROTECTION MEASURES VIOLATE HUMAN RIGHTS: ELDERLY SWISS WOMEN WIN LAWSUIT AGAINST THE COUNTRY OVER CLIMATE CRISIS

Ricardo Dourado dos Santos

Verônica Scriptore Freire e Almeida

……15

2- ACORDO PANDÊMICO E OS DESAFIOS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

Mariana Guanabara

Jéssica Maria Grassi

……53

3- OFF-LABEL MEDICINES AND THE RIGHT TO HEALTH: REGULATORY CHALLENGES, LEGAL IMPLICATIONS AND COMPARISON BETWEEN BRAZIL, THE UNITED STATES AND THE EUROPEAN UNION.

Tatiana Barone Sussa

Renato Braz Mehanna Khamis

……105

4- A EFETIVIDADE DOS TEMAS 1069 E 952 DO STF DIANTE DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA ALTERNATIVA POSSIBILITADA PELA IMPLEMENTAÇÃO DO PATIENT BLOOD MANAGEMENT (PBM) NAS ENTIDADES DE SERVIÇO DE SAÚDE

Carolina Aparecida Galvanese de Sousa

Guilherme de Castro Machado Rabello

.....137

5- IMPACT OF THE SLOWNESS OF THE JUSTICE SYSTEM ON THE MENTAL HEALTH OF THE PARTIES INVOLVED

Maria Cristina Pontes de Oliveira

Verônica Scriptore Freire e Almeida

.....183

6- UM PROGRAMA AMBIENTAL VOLUNTÁRIO HOSPITALAR A PARTIR DO PACTO GLOBAL DA ONU E DO GLOBAL GREEN AND HEALTHY HOSPITALS

Márcio Gonçalves Felipe

Daniel Freire e Almeida

.....213

ACORDO PANDÊMICO E OS DESAFIOS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE[1]

Mariana Guanabara[2]

Jéssica Maria Grassi [3]

[1] **How to cite:**
GUANABARA, Mariana; GRASSI, Jéssica Maria. Acordo Pandêmico e os Desafios da Cooperação Internacional em Saúde. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 03, n. 01, p. 53-104, 2025, available at: https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index

[2] **Mariana Guanabara:**
Doutoranda em Relações Internacionais na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Estudos Estratégicos e Política Internacional Contemporânea (GEPPIC) e do Núcleo de Política Internacional, Segurança e Defesa (NPSeD).

[3] **Jéssica Maria Grassi**:
Doutora em Relações Internacionais pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
Professora no Curso de Relações Internacionais da Universidade Santa Cecília. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Estudos Estratégicos e Política Internacional Contemporânea (GEPPIC) e do Núcleo de Política Internacional, Segurança e Defesa (NPSeD)
.

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Resumo

Após mais de dois anos de discussões no âmbito da Organização Mundial da Saúde, a última rodada de negociações para desenvolver um acordo internacional para prevenção e combate às pandemias encerrou-se sem consenso entre os Estados. Tendo isso em vista, o presente artigo tem por objetivo analisar o processo de negociação até a última rodada de 2024, explorando as dificuldades e avanços, explicitando qual o cenário para a retomada em 2025. Busca-se, portanto, responder a seguinte pergunta de partida: Que obstáculos são observados para a aprovação do Acordo Pandêmico no seio da OMS? Parte-se da hipótese de que, apesar dos grandes impactos causados pela covid-19 e da janela de oportunidades de cooperação aberta pela pandemia, as negociações multilaterais esbarram em questões estruturais da instituição, das assimetrias e divergências históricas, fruto da divisão de interesses entre países do Norte e do Sul Global. O artigo parte de um viés neoinstitucionalista, assim como utiliza a geopolítica como plano de fundo teórico. Esta é uma pesquisa descritivo-analítica, que utiliza como técnica de pesquisa a revisão bibliográfica e assim como utiliza de documentos oficiais para alcançar os resultados esperados.
Palavras-chave: Regulamento Sanitário Internacional, Acordo Pandêmico, Organização Mundial da Saúde.

Abstract

After nearly two years of discussions within the World Health Organization, the last round of negotiations to develop an international agreement to prevent and combat pandemics ended without consensus among States. Based on this, this article aims to analyze the negotiation process up to the last round in 2024, exploring the difficulties and advances, and explaining the scenario for the resumption in 2025. Therefore, the aim is to answer the following question: What obstacles are observed for the approval of the pandemic agreement within the WHO? The hypothesis is that, despite the major impacts caused

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

by covid-19 and the window of opportunities for cooperation opened by the pandemic, multilateral negotiations come up against structural issues of the institution asymmetries and historical divergences, resulting from the division of interests between countries of the Global North and the Global South. The article adopts a neo-institutionalist perspective, as well as uses geopolitics as a theoretical background. This is descriptive-analytical research, which uses bibliographic review as a research technique and also uses official documents to achieve the expected results.
Keywords: International Health Regulations, Pandemic Agreement, World Health Organization.

Introdução

Ao iniciar da terceira década do século XXI o Sistema Internacional como um todo sofreu com os impactos do surto epidêmico causado pela covid-19. Diante disso, Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) propuseram iniciar negociações no âmbito da instituição para a formulação de um tratado internacional sobre resposta a pandemias. Assim, em dezembro de 2021 os países entraram em consenso sobre o início do processo de elaboração de um instrumento internacional para prevenção, preparação e respostas a pandemias (Malone, 2024).

Ademais, as diversas falhas de uma governança da saúde global evidenciaram a necessidade da OMS, como instituição central sanitária multilateral, de reformar seu regulamento responsável por combater doenças infecciosas. Mas do que isso, com as fragilidades e desigualdades evidenciadas pela

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

resposta, surge uma janela de oportunidade para se estabelecer um novo documento legal que possa fortalecer e garantir a devida atenção política para a temática. Dessa forma, paralelamente ao acordo sobre pandemias, os membros também passariam a discutir a reformulação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), instrumento-chave para a governança global em saúde (Moon, 2024).

Com base nessas discussões, a pergunta central que norteia o desenvolvimento desta pesquisa pode ser posta da seguinte forma: Que dificuldades são observadas nas negociações para o estabelecimento do acordo pandêmico no seio da OMS? Parte-se da hipótese de que, apesar dos grandes impactos causados pela covid-19 e da janela de oportunidades de cooperação aberta pela pandemia, as negociações multilaterais esbarram em questões estruturais da instituição e divergências históricas, fruto da divisão de interesses entre países do Norte e do Sul Global.

A partir da questão central elencada, surge uma questão secundária: tendo em vista os resultados obtidos nas negociações até então, de qual cenário os Estados partirão na nova rodada de negociações em 2025? Esse cenário poderá ser traçado a partir da análise dos obstáculos e dos avanços obtidos até então. Sendo assim, o objetivo geral do artigo é

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

analisar o processo de negociação até a última rodada de 2024, explorando as dificuldades e avanços, explicitando qual o cenário para a retomada em 2025.

O artigo parte de um viés neoinstitucionalista, compreendendo a interdependência entre os Estados e o papel das instituições na resolução de problemas internacionais, facilitando a comunicação entre os atores, promovendo a cooperação, contribuindo para a redefinição das percepções e interesses estatais e diminuindo os custos de implementação e monitoramento das regras acordadas. A pesquisa também utiliza a geopolítica como plano de fundo teórico para analisar a atuação dos Estados e os interesses que permeiam o acordo pandêmico, visando compreender os entraves nas rodadas de negociações a partir da perspectiva da divisão Norte-Sul. Esta é uma pesquisa descritivo-analítica, que utiliza como técnica de pesquisa a revisão bibliográfica, assim como utiliza de documentos oficiais para alcançar os resultados esperados.

Para desenvolver o estudo proposto, o artigo está dividido em três seções. Na primeira, é explorado através de uma análise histórica das instituições internacionais de saúde o que é a OMS: por que foi criada, quais seus objetivos e como funciona. Esta primeira parte fornecerá o pano de fundo para entender tanto os dispositivos da OMS (como o Regulamento

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Sanitário Internacional) como também os interesses e atuação dos Estados-membros na Organização. Na segunda seção é analisado o funcionamento da OMS, observando as limitações e problemáticas enfrentadas na governança global em saúde frente a eventos sanitários internacionais, os quais serviram como grandes pontos de inflexão para um processo de mudanças e reformas na atuação da instituição. Por fim, o processo de negociação do Acordo Pandêmico é aprofundado na última parte, ressaltando os principais avanços e dificuldades.

1. Cooperação e diplomacia internacional da saúde: das Conferências Sanitárias Internacionais à OMS

Para entender o processo de reforma e negociação no âmbito da OMS, se faz necessário analisar, ainda que brevemente, como se deu a criação das instituições internacionais sanitárias. A OMS, como será visto, é essencialmente um produto da evolução da cooperação e diplomacia em saúde. Sua estrutura, ferramentas e objetivos, portanto, não podem ser vistos como um processo institucional isolado (Guanabara, 2024). Ademais, o objetivo de criação da OMS foi de instituir uma organização multilateral única, incumbida de centralizar todos os esforços de cooperação e

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

diplomacia mundial em temas sanitários - prova disso é a incorporação de todas as organizações internacionais sanitárias existentes para o guarda-chuva da OMS (WHO, 2014).

A criação de instituições internacionais criadas para a regulação de temas sanitários se iniciou a partir do século XX. Durante o século XIX, três desenvolvimentos (relacionados entre si) são importantes de serem destacados: a criação de novas tecnologias de transporte, as práticas imperialistas e a expansão do comércio internacional. Isso resulta na diminuição de distâncias (tempo e espaço) entre diversas regiões do mundo, revolucionando a forma de movimentação de bens e pessoas. Naturalmente, este maior fluxo resultou em uma maior circulação de patógenos e a ocorrência e disseminação de maiores e mais recorrentes surtos de doenças infecciosas (Cueto; Brown; Fee, 2019).

A partir do momento que as rotas comerciais entre a Ásia e Europa tornam-se grandes corredores para surtos epidêmicos, surge a preocupação das grandes potências imperialistas no estabelecimento de regimes de quarentenas que impeçam que doenças infecciosas específicas (peste bubônica, cólera e febre amarela), vindas das colônias, adentre ao território europeu. Dessa forma, o problema se torna a

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

diferença entre estes regimes, que passou a afetar o fluxo do comércio internacional. Com o objetivo central de harmonização destas quarentenas entre 12 países europeus, surge, em 1851 na cidade de Paris, a 1ª Conferência Sanitária Internacional. A intenção era impedir que aquelas ameaças específicas de lugares específicos entrassem nas metrópoles, garantindo que as medidas de contenção (como as quarentenas) interferissem no mínimo possível no comércio internacional/colonial (Cueto; Brown; Fee, 2019; Fidler, 2005; Kamradt-Scott, 2015).

Foram ao todo quatorze Conferências Sanitárias Internacionais estabelecidas ao longo do século XIX[4], cada uma criada a partir da necessidade de combater um surto específico. De forma geral, foram responsáveis por terem estabelecido relatórios, diretrizes para resposta a epidemias, e sistemas de vigilância. Para além dos Estados europeus, a quinta Conferência é estabelecida em Washington, o que vai marcar a entrada dos Estados Unidos (EUA) como ator em destaque na governança internacional da saúde. Ao mesmo tempo que inicia seu desenvolvimento internacional, lidera as

[4] Lista de todas as Conferências: Paris (1851), Paris (1859), Constantinopla (1866), Viena (1874), Washington (1881), Roma (1885), Veneza (1892), Dresden (1893), em Paris (1894), Veneza (1897), Paris (1903,1911/12, 1926, 1938) (Howard-Jones, 1950).

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

negociações internacionais regionalmente, a partir da criação nas Américas em 1902 da primeira organização intergovernamental de saúde: o Escritório Sanitário Internacional (que em 1923 se tornaria o Escritório Sanitário Pan-Americano, ou OPAS) (Harrison, 2006). Digno de nota nesta nascente governança internacional é a atuação, junto aos EUA, da Divisão de Saúde da Fundação Rockefeller, que via na propagação da medicina ocidental um requisito para o aumento de produtividade econômica dos estados periféricos. Na prática, segundo Cueto et. al (2019), o Escritório Pan-Americano servia inicialmente como complemento do trabalho dos EUA e de sua embaixadora não formal, a Fundação Rockefeller.

Enquanto isso nas Conferências Sanitárias Internacionais, na décima primeira edição, a França defende que os encontros esporádicos dessem lugar para uma organização internacional permanente. Surge então, em 1907, o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, na sigla em francês), ou como é comumente chamado, Escritório de Paris. A instituição iria servir para coleta e monitoramento de dados epidemiológicos globais e supervisão de padrões de quarentena executados. Ademais, foi criado de maneira a não interferir sob qualquer forma na condução administrativa dos Estados, ou seja, não

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

tinha poderes executivos. Logo, não representava uma união internacional (majoritariamente europeia) para o combate de doenças infecciosas, mas uma cooperação diplomática em informações, monitoramento e medidas de contenção que não interferissem demasiadamente na economia (Carvalho; Zacher, 2001; Kamradt-Scott, 2015).

Ao final da 1ª Guerra mundial, emerge a preocupação de que os campos de batalha e cidades afetadas pela guerra dessem lugar para grandes surtos epidêmicos que pudessem ameaçar o ocidente. Por isso, no interior da recém-criada Liga das Nações, surge a Organização de Saúde da Liga das Nações (LNHO, na sigla em inglês), ou Organização de Genebra. Fruto de negociações entre França, Reino Unido, Itália, Canadá, Japão, Polônia, EUA, representantes do OIHP e da recém-criada League of Red Cross Societies (LRCS)[5], o intuito era que a nova organização incorporasse as instituições internacionais sanitárias já existentes. Isso não aconteceu, principalmente por conta da decisão posterior dos EUA de não

[5] A LRCS foi uma instituição criada essencialmente por cidadãos estadunidenses de altos cargos políticos e econômicos, que se distinguiam da instituição suíça de 1863 (a *International Comittee of the Red Cross*). Além de prover auxílio durante os conflitos, a LRCS oferecia serviços de saúde em tempos de paz. Sua presença na reunião da Liga devia-se principalmente como apoio aos EUA, e de sua presença esperava que também pudesse arcar com parte dos gastos da então nova instituição sanitária que estava nascendo (Cueto; Brown; Fee, 2019).

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

participar da Liga das Nações e da França que possuía um senso de autoridade sob o Escritório de Paris e não concordava em dividi-lo com os países da LNHO (Howard-Jones, 1978).

Com o tempo, a instituição de Genebra passou a mudar o foco da cooperação sanitária: enquanto para Paris se prezava pela difusão de informações com vistas à contenção de doenças infecciosas para o ocidente, à LNHO passou a interessar as condições sanitárias de países e regiões de forma mais abrangente. Além disso, a LNHO era formada também por especialistas de saúde selecionados por suas qualificações técnicas, e não atuavam como representantes nacionais. Como consequência, a organização passou a incluir a medicina social como princípio norteador de seu trabalho, ou seja, abordagens que enfatizavam fatores sociais e econômicos. Se construía uma instituição verdadeiramente técnica de cooperação sanitária internacional, se afastando da principal preocupação centrada nas potências europeias em termos comerciais (Cueto; Brown; Fee, 2019).

Com a irrupção da Segunda Guerra Mundial e, com isso, novamente a preocupação do surgimento de surtos epidêmicos, os países Aliados[6] criaram as Nações Unidas para

[6] Aliados eram o grupo majoritariamente ocidental de Estados que buscavam derrotar as forças do eixo (Alemanha, Japão e Itália). Com o fim

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Administração de Auxílio e Reabilitação (United Nations Relief and Rehabilitation Administration, ou na sigla UNRRA) voltada para contenção dos surtos e substituição e reconstrução de sistemas de saúde destruídos (Kamradt-Scott, 2015).

Portanto, ao final da Segunda Guerra, o cenário de cooperação internacional sanitário era complexo e precário. Ao mesmo tempo que existiam muitos atores relevantes estatais e não-estatais, os objetivos distintos e a divisão entre arranjos independentes impossibilitava uma atuação internacional eficaz e com robustez suficiente que desse conta dos desafios sanitários deste contexto dramático em que o sistema internacional se encontrava (resultantes tanto de conflitos armados, como de fragilidades em termos de estrutura de saúde de países menos desenvolvidos) (Guanabara, 2024).

Destaca-se aqui duas questões relevantes desse breve contexto histórico pré-OMS. A primeira é o propósito que predomina nos arranjos sanitários até o momento: de que saúde internacional se resume à prevenção, contenção e erradicação de doenças infecciosas; principalmente em territórios europeus e de colonização europeia e estadunidense (apesar de se observar um início de mudança de foco para

do conflito próximo, os Aliados passaram a se denominar Nações Unidas (Kamradt-Scott, 2015).

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

saúde de forma mais holística a partir da organização de Genebra). E a segunda é a relevância dos EUA (através do governo e atores privados) na governança de saúde principalmente através da instituição pan-americana, da Fundação Rockefeller, da League of Red Cross Societies, e da UNRRA.

É neste contexto de multiplicidade de atores, de objetivos, e de interesse das potências aliadas (notadamente dos EUA) em questões sanitárias, que nasce a OMS. Em 1945 durante a Conferência de São Francisco, reunião responsável pela negociação e aprovação da Carta das Nações Unidas, os funcionários da UNRRA - o brasileiro Geraldo de Paula Souza e o chinês Simon Sze - por meio das delegações do Brasil e China, propuseram uma organização exclusivamente voltada para a saúde. A nova instituição seria aprovada como uma agência especializada, ou seja, uma organização onusiana mas com autonomia de membresia, programa, funcionários e finanças da ONU. Em 1948 a Constituição da OMS é ratificada dissolvendo todas as organizações multilaterais sanitárias[7], e

[7] Por uma imposição dos EUA de que a instituição Pan-Americana mantivesse sua independência, uma concessão foi feita para que a OPAS integrasse a OMS conservando sua autonomia (com orçamento e programa de trabalho próprios). Com o tempo, outras organizações regionais foram estabelecidas de mesma forma, resultando em seis escritórios regionais ao todo. (Cueto; Brown; Fee, 2006).

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

que mais tarde passa a incorporar todos os acordos aprovados nas Conferências Sanitárias Internacionais em um só documento obrigatório a todos os Estados-membros, o Regulamento Sanitário Internacional (Cueto; Brown; Fee, 2019; Kamradt-Scott, 2015).

A OMS nasce então do objetivo de criação de uma instituição central, de caráter universal (assim não-membros da ONU podiam ser membros da OMS), responsável por lidar com a saúde global (e não somente cooperação internacional de contenção de epidemias). Isso significa que apesar de intergovernamental, atores não estatais e temas sanitários variados estavam contemplados: a OMS era criada para ser o centro da Governança Global da Saúde e o RSI como principal mecanismo de um Regime Sanitário. Isso é consolidado no Artigo 2º de sua Constituição, que descreve a OMS como a autoridade que deve dirigir e coordenar o trabalho de saúde global. Ademais, semelhante aos Escritórios de Paris e Genebra, deve-se ressaltar o uso das palavras “dirigir” e “coordenar” em sua Constituição: o papel da OMS deve ser o de supervisionar, coordenar, e elaborar ações práticas - apenas quando são permitidas e/ou requeridas pelos Estados membros. Ou seja, não existe nenhum poder supranacional ou intervencionista dado à instituição, além de não possuir poder

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

de impor sanções ao descumprimento de seus dispositivos vinculativos (Cueto; Brown; Fee, 2019; WHO, 2014).

Outrossim, é importante ressaltar que através da incorporação de organizações internacionais com interesses e membros diferentes, a OMS nasce com um mandato dividido em duas visões, chamadas na academia de idealista e tecnocrática. A idealista/medicina social, que vê a saúde como direito humano e pilar para a paz; saúde portanto é vista de forma holística (como ausência de doenças, mas incorporando também condições de bem-estar) e que deve ter como princípio a equidade. E a tecnocrática/biomédica, que objetiva a eliminação de doenças infecciosas através principalmente da criação de vacinas e medicamentos; preza, portanto, pelo uso da tecnologia para a preservação da produtividade econômica dos Estados afetados e pela segurança nacional e internacional (ou seja, a interrupção da disseminação dos surtos para outros Estados) (Cueto; Brown; Fee, 2019). Consequentemente, a divisão do que a OMS deve ser, e quais devem ser suas prioridades, acaba afetando no estabelecimento de suas prioridades e uso de suas ferramentas.

Acrescido a isso, apesar da aprovação de seus programas e ações dependerem da votação dos Estados-membros, a

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

forma que a OMS é financiada acaba afetando diretamente seu funcionamento. Além dos fundos orçamentários regulares (financiamento obrigatório de cada membro a partir da riqueza e população), a OMS é, desde 1991, majoritariamente financiada por fundos extraorçamentários ou voluntários (de Estados ou outros atores, como fundações e outras organizações internacionais). Ademais, estes últimos podem ser earmarked, ou seja, devem ser utilizados para o motivo e tempo especificado pelo doador (Lee, 2009).

É, portanto, um círculo entre a OMS como organização central e universal que elabora as normas e ações, mas que depende do financiamento para seu pleno desempenho, o que está condicionado muitas vezes às suas ações serem efetivas e relevantes ao doador. Este círculo acaba revelando como as dinâmicas de poder entre a instituição e os atores a que dela pertencem e/ou financiam resultam na forma que a OMS é formada e instrumentalizada. Desta maneira, ainda que uma organização revestida de autoridade e liderança na coordenação em assuntos de saúde global, isso não significa que ela é supranacional (ou seja, ela não possui poderes de intervenção, nem de sanção pelo descumprimento de suas normas), o que a torna passível de constrangimentos políticos e econômicos que acabam criando controles secundários na

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

sua construção e forma de atuação. Dito de outra forma, a OMS pode possuir autonomia da ONU enquanto instituição/estrutura organizacional, mas não de seus Estados-membros, e muito menos de seus maiores financiadores; é técnica, mas não deixa de sofrer implicações políticas (ou geopolíticas) (Guanabara, 2024).

Partindo disso, e ao adotar uma lente neoinstitucionalista, percebe-se então a criação de instituições sanitárias, que culminam na criação da OMS, como necessidade de redução de problemas sanitários que demandam ação coletiva, bem como a atuação dos Estados como atores racionais de buscar nesta Organização formas de garantir seus próprios interesses. Cabe destacar que embora não negue a natureza conflituosa do Sistema Internacional, o neoinstitucionalismo argumenta que as instituições podem ajudar a moldar o comportamento dos Estados, facilitar o fluxo de informações, ampliar a comunicação entre os diversos atores envolvidos na agenda e diminuir as incertezas do sistema anárquico, garantindo resultados positivos e aumentando a estabilidade internacional (Keohane, 1989).

Assim, da necessidade de se manter relevante, da divergência entre visões internas sobre seu foco de atuação e do surgimento de grandes desafios externos (como novos

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

grandes surtos epidêmicos), o desempenho da OMS vai, muitas vezes, ser criticado e reformas institucionais vão ser defendidas - justamente para garantir a cooperação e estabilidade frente aos desafios. Partindo disso, a seção seguinte discutirá críticas à atuação da organização e os obstáculos enfrentados no processo de cooperação multilateral em saúde.

2. Atuação da OMS frente às crises sanitárias: um novo RSI e o desempenho da instituição ao longo dos anos

Quando foi ratificado em 1951, o RSI era, como já foi dito acima, uma continuação do que já existia sobre combate a epidemias. Para David Fidler (2005), pode-se resumir este regime (que chama de clássico) em duas questões: obrigação dos Estados-parte em notificar sobre surtos de doenças infecciosas específicas em seus territórios; e limitação das medidas de prevenção e contenção destas doenças de maneira que afete o mínimo possível o movimento e comércio internacional, ao mesmo tempo que devem ser baseadas a partir de evidências científicas e princípios de saúde pública.

Contudo, com o passar dos anos, três fatores principais pressionam para uma reforma do Regulamento: a inclusão da visão idealista na Constituição da OMS, ou seja, saúde como

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

algo além de contenção daquelas doenças infecciosas específicas que datam do século XIX; o uso pelos países de outros instrumentos legais mais amplos e atualizados de outras áreas - por exemplo o uso do acordo internacional do comércio (General Agreement on Tariffs and Trade, ou GATT); e o descumprimento do RSI por Estados-membros, principalmente no que concerne às notificações de novos surtos pelos países onde estes ocorrem e nas medidas exageradas de contenção epidêmica. Ou seja, como o RSI contava somente com informações fornecidas de forma voluntária pelos Estados-membros, recorrentemente as autoridades governamentais ocultavam informações porque receavam as possíveis consequências econômicas potencialmente desastrosas a partir do isolamento exagerado por outros Estados (Cueto; Brown; Fee, 2019).

Em 2005, impulsionado principalmente por estas questões e pelo recente surto de SARS[8] na China, o RSI foi modificado para incluir a menção de outras doenças possíveis a serem abarcadas pelo instrumento, a possibilidade de novos atores

[8] Síndrome Respiratória Aguda Grave, epidemia causada por um novo coronavírus, o SARS-CoV, identificada pela primeira vez em 2002. Essa crise sanitária deu ao mundo as dimensões do que seria uma pandemia na era da globalização (Ventura; Peres, 2014). O surto de SARS é considerado um ponto de inflexão para o processo de revisão do RSI, o qual já vinha sendo discutido desde os anos 1990 (Fidler, 2005).

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

para além dos Estados-membros notificam a OMS sobre novos surtos e a preocupação de criação de core capabilities para todos os Estados terem capacidade mínima de cumprirem com o RSI. Ademais, tem-se a introdução do conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII ou PHEIC, na sigla em inglês), um evento extraordinário que constitui grave risco para a saúde pública que ultrapassam a fronteira de um Estado, podendo resultar em riscos à saúde global, e que, portanto, exige uma resposta internacional coordenada (Burci, 2020; Fidler, 2005). Conforme o novo RSI, a OMS, na figura do Diretor Geral, teria o poder de declarar ESPII e emitir recomendações aos Estados sobre como lidar com tais emergências. Por exemplo, em casos de ESPII pode-se determinar as formas mais adequadas de estabelecimento de quarentena, isolamento, restrições de atividades e de movimentação de pessoas (OMS, 2005).

Concebido como um instrumento-chave para a governança global, o novo RSI é compreendido também como resultado de um processo discursivo, embasado no novo paradigma de segurança sanitária mundial, inaugurado a partir da Global Health Security - Epidemic Alert and Response, de 2001, que reconhece o impacto da globalização no aumento de casos de doenças infecciosas, ou seja, reconhece os possíveis impactos

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

globais de doenças que se iniciam em qualquer lugar do mundo. O documento ressalta os impactos do aumento dos movimentos populacionais, do desmatamento, das alterações climáticas, das mudanças de hábitos de consumo, da possível liberação acidental ou intencional de agentes infecciosos, a ausência de informações ou presença de desinformação, a falta de capacidades estatais de reconhecer e conter eventos sanitários e a falta de mecanismos internacionais legais e técnicos. Diante disso, reitera a necessidade de estreita parceria entre a comunidade internacional no âmbito da saúde pública, no que concerne: estabelecer padrões globais, apoiar países na vigilância de doenças infecciosas e estabelecer mecanismos para preparação e resposta diante de epidemias (WHO, 2001).

O novo RSI vinha, portanto, para superar as lacunas do documento anterior, ampliando os eventos abrangidos, incluindo a ocorrência de eventos naturais mas também a liberação intencional ou acidental de agentes químicos e biológicos e material nuclear. Também apresentou novas ferramentas de identificação e notificação de eventos e permitiu o uso de fontes não oficiais para coleta de informações como forma de não depender apenas dos dados fornecidos pelos Estados. Além disso, previu a possibilidade de

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

desenvolvimento de um sistema internacionalizado de vigilância (Gomes; Castro, 2012).

Ao mesmo tempo, o novo regulamento relaciona os conceitos de segurança e saúde a estratégias globais para prevenir a propagação de doenças transmissíveis, sendo o processo de revisão do RSI o passo inicial da estratégia de segurança da saúde global (Pagotto, 2016). Isso já era observado no relatório divulgado 2003, já que no Global Defence Against the Infectious Disease Threat a instituição insere explicitamente questões sanitárias no arcabouço da segurança ao apresentar doenças infecciosas como ameaças à segurança humana (WHO, 2003).

Nesse sentido, ao considerar eventos sanitários como riscos à segurança humana, procura-se elevar os temas sanitários na agenda internacional e dos países, pressionando-os a cumprir com os dispositivos e recomendações da OMS e do RSI, bem como assegurando um maior financiamento para a temática (Guanabara, 2024). Por outro lado, é importante sempre problematizar que esta inserção securitária não se torne uma lógica de segurança nacional/internacional. A crescente lógica de securitização da saúde pública, ao propor uma doença como ameaça existencial, insere a questão no binômio ameaça-defesa, podendo ativar uma lógica de guerra,

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

restrição de liberdades individuais e coletivas sem necessariamente trazer benefícios efetivos à saúde coletiva, mas se utilizando da crise sanitária como justificativa para a tomada de decisões políticas-militares, representando, portanto, risco para a democracia e os direitos humanos (Ventura; Peres, 2014; Pagotto, 2016; Ventura, 2016). Por isso, na negociação do novo RSI e na OMS em geral, apesar de países do Norte Global (principalmente dos EUA) pressionarem para um movimento de segurança nacional/internacional, isso não se reflete até o momento no entendimento da OMS, muito por conta da completa objeção por países do Sul Global, como o Brasil (Guanabara, 2024).

O RSI é considerado instrumento promissor para auxiliar os Estados diante de crises sanitárias e a OMS possui papel fundamental de coordenadora da cooperação em saúde global, aproximando os países, fornecendo apoio técnico, uniformizando os princípios e padrões em saúde, principalmente pelo fato de que as informações, diretrizes e práticas produzidas e propagadas pelos especialistas da instituição são consideradas relevantes e respeitáveis. Assim, esta torna-se basilar na estruturação de políticas sanitárias em nível nacional, regional e internacional e possui mandato direto para atuar em pandemias, atuando na vigilância, avaliação de

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

risco e reação de emergência como a da Covid-19 (Gomes; Castro, 2012; Souza et al, 2018; Almeida; Romay; Oliveira, 2022).

Entretanto, diversos fatores prejudicaram as respostas globais e a atuação da Organização. Entre os obstáculos, estão questões normativas e institucionais da OMS, a falta de protagonismo de soluções multilaterais, limitações do sistema de governança de saúde global e questões de ordem geopolítica, levando a posturas desarmônicas adotadas pelos Estados durante crises sanitárias (Chow, 2010; Sridhar; Gostin, 2011; Gomes; Castro, 2012; McInnes; Lee, 2012; Ventura; Peres, 2014; Barros, 2017; Souza et al, 2018; Almeida; Campos, 2020; Almeida; Romay; Oliveira, 2022).

A falta de recursos financeiros é fator crucial que permeia a atuação da OMS. Por um lado, os maiores contribuintes no orçamento da OMS são países do Norte, o que resulta em críticas sob a possível submissão da instituição aos seus maiores financiadores. Por outro, seu principal financiador, os Estados Unidos, é também um dos maiores devedores e chegou a suspender seus repasses à OMS durante um período da gestão Trump (2017-2020). Essas situações acarretam consideráveis consequências financeiras à organização (Almeida; Campos, 2020; Almeida; Romay; Oliveira, 2022).

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Ademais, visto o decréscimo das contribuições estatais, a instituição estaria subfinanciada e sendo criticada também por estar supostamente sendo influenciada por entidades privadas, as quais fazem contribuições voluntárias a iniciativas específicas (Chow, 2010; Ventura; Peres, 2014; Herrero; Belardo, 2021).

Adicionalmente, alguns autores mencionam que a instituição não possui a agilidade necessária frente a esses desafios globais, estando, muitas vezes, travada por questões burocráticas ou pela necessidade de consenso em decisões de seus conselhos internos. Além disso, ressaltam a excessiva politização no seio da organização, a falta de foco e a carência de autoridade da OMS, uma vez que esta permanece na seara das recomendações, com escassos documentos vinculantes (soft law), tendo em 60 anos promulgado apenas dois grandes tratados - o Regulamento Sanitário Internacional e a Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco, primeiro tratado internacional de saúde pública da história da OMS (Chow, 2010; Sridhar; Gostin, 2011; McInnes; Lee, 2012; Almeida; Romay; Oliveira, 2022). Ainda, menciona-se que a OMS falha em termos de transparência na tomada de decisão, no monitoramento do progresso, na responsabilização, na

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

gestão financeira e no cumprimento dos objetivos de desenvolvimento (Sridhar; Gostin, 2011).

Especificamente sobre o RSI, instrumento vinculante e que entrou em vigor em 2007, apesar de obrigar os Estados a notificar e compartilhar todas as informações relevantes sobre saúde pública e a adotar as medidas recomendadas pela instituição, isso não vem sendo cumprido por todos os Estados membros (Herrero; Belardo, 2021). Exemplo mais notório foi a inobservância do dever de reportar eventos sanitários incomuns em seus territórios por parte da China, omitindo informações no início dos casos da covid-19 (Almeida; Romay; Oliveira, 2022).

Assim, ressalta-se o enfraquecimento da instituição e sua incapacidade de lidar com as diversas problemáticas que afligiram o globo nas últimas décadas, o não cumprimento por parte dos Estados membros das orientações definidas pela organização, a falta de capacidade para fazer cumprir suas determinações e de definir sanções diante dos descumprimentos (mecanismos de enforcement), bem como outros limites estruturais permeiam discussões sobre uma necessária reforma da OMS (Almeida; Campos, 2020; Almeida; Romay; Oliveira, 2022; Herrero; Belardo, 2021).

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Somando-se a isso, nas dinâmicas internacionais as assimetrias de riqueza e poder, os conflitos geopolíticos mundiais, os diferentes interesses dos atores envolvidos nas negociações e a dificuldade em coordenar tais interesses são elementos essenciais nas análises da eficiência/ineficiência de instituições. A globalização e complexa interdependência que prevalece no sistema internacional potencializa a noção de "problemas globais compartilhados", o que assegura ao multilateralismo e a governança internacional papel central na resolução das problemáticas ligadas à saúde pública. Isso pode suavizar as assimetrias de poder, mas não as elimina (Almeida; Campos, 2020; Herrero; Belardo, 2021).

Nessa perspectiva, as divergências entre os interesses dos países do Norte e do Sul Global seguem latentes. Se por um lado, a globalização acentuou a interdependência entre os Estados, fazendo-os compartilhar ainda mais desafios sanitários e exigindo uma resposta conjunta; por outro, esse mesmo fenômeno evidenciou as imensas desigualdades e aprofundou a divisão entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos (Barros, 2017).

Nessa perspectiva, interesses geopolíticos, econômicos e securitários dos Estados acabam por se sobressair, ignorando a premissa dos problemas globais compartilhados que,

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

portanto, exigem respostas coletivas harmonizadas (Kerouedan, 2013; Herrero; Belardo, 2021). Kerouedan (2013) pondera que, por vezes, a alocação de recursos não obedece critérios epidemiológicos, populacionais ou de carga de doença, mas questões comerciais, históricas e geopolíticas. Nesse sentido, a luta contra doenças que se instalam em países periféricos, por exemplo, os países africanos, depende, essencialmente, de recursos financeiros. Logo, observa-se repetidamente a invisibilidade de problemáticas originadas no Sul Global. Ainda, o autor ressalta que "as tensões entre medicina, saúde, interesses do mercado e poder político compõem os termos de uma equação paradoxal inerente à questão da saúde pública global" (Kerouedan, 2013).

Assim, se por um lado, as diferenças econômicas, políticas, culturais, religiosas e ideológicas entre os Estados membros tornam-se entraves nas negociações, por outro, também se mostram obstáculos na execução das medidas preventivas e de resposta a crises sanitárias. Como ressalta Souza et al (2018), as medidas definidas no âmbito da OMS prezam pela padronização por parte de todos os países em prol da segurança global em termos sanitários. Contudo, particularidades culturais, religiosas e econômicas dificultam um padrão sanitário e reforçam as preocupações acerca dos

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

riscos aos quais certos países estão mais expostos. Diante disso, Gomes e Castro (2012, p. 152) frisam os empecilhos das assimetrias econômicas entre os Estados membros nessa tarefa de padronização:

> Países pobres, imersos em inúmeras dificuldades, não só na área da saúde, que não contam com o mínimo de infraestrutura básica para atender satisfatoriamente situações menos complexas que a transnacionalização dos riscos, jamais conseguirão atender às capacidades nacionais básicas para detectar, avaliar, notificar e informar uma ESPII prevista no RSI sem ajuda técnica e financeira, que será realmente eficiente apenas se for realizada de modo estruturante e condizente com suas reais necessidades.

Nesse sentido, para as autoras, o novo RSI falha em não trazer um plano para ajudar as nações mais pobres a se estruturar internamente para cumprir as medidas previstas, além de faltar apoio financeiro por parte dos países mais ricos. Sobre isso, a crise da Covid-19 demonstrou a grande desigualdade de acesso à saúde, às vacinas, medicamentos e tratamentos entre países do Norte e do Sul Global - como o chamado “apartheid de vacinas” enfrentado pelos países periféricos [9] -, demonstrando de forma clara como essas

[9] Os dados apresentados por Herrero e Belardo (2021, p. 57, tradução nossa) demonstram essa situação: “Antes da chegada das primeiras vacinas, as nações ricas, que concentram apenas 14% da população mundial, já haviam pré-adquirido mais da metade do primeiro suprimento potencial de vacinas no mundo. Dos 700 milhões de doses aplicadas em

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

desigualdades trazem consequências que impactam a saúde global (Herrero; Belardo, 2021).

Diante disso, reitera-se ser basilar que tais problemáticas envolvam respostas conjuntas frente aos riscos sanitários globais, visto que "a saúde humana é uma responsabilidade globalmente compartilhada, que reflete os riscos e as vulnerabilidades comuns ao mundo globalizado" (Barros, 2017, p. 82). Portanto, apesar das limitações observadas na atuação da OMS e da necessidade de reformas estruturais, seu papel segue sendo crucial na coordenação da saúde a nível internacional e no auxílio para as respostas nacionais e regionais. A discussão, portanto, não está na desvalorização do multilateralismo, pelo contrário, ele segue sendo central nas dinâmicas internacionais. No entanto, cabe questionar, como propõem McInnes e Lee (2012), sobre como reformar ou reconstruir as instituições de forma a se tornarem mais eficientes para alcançar uma ação coletiva para a saúde global.

Por fim, partindo das análises propostas até aqui, a última seção deste artigo dará ênfase ao processo de formulação do acordo pandêmico e da reformulação do Regulamento

---

todo o mundo nos primeiros 6 meses de início da vacinação global, mais de 87% foram destinados a países de rendimento elevado ou de rendimento médio-alto e apenas 0,2% aos de baixo rendimento. Isto é, nos países de ingresso elevado, uma de cada quatro pessoas recebeu uma vacina, enquanto apenas uma pessoa entre 500 nos países de baixo rendimento."

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Sanitário Internacional, analisando como o surto do covid-19 traz ao topo da agenda internacional as questões até então discutidas neste trabalho.

3. Acordo Pandêmico e Saúde Global: Entre Promessas e Realidades da Cooperação Internacional

A ideia do Acordo Pandêmico surgiu como resposta às deficiências e desigualdades globais evidenciadas durante a pandemia de covid-19 e a fragilidade do sistema de governança global em lidar com elas. A pandemia reacendeu um debate sobre o acesso desigual a vacinas, antivirais e outros bens e serviços necessários para o combate ao surto. Por isso, governos e a liderança da OMS sentiram a necessidade de um novo tratado para fortalecer a cooperação internacional e lidar com as fragilidades expostas pela crise. O objetivo então, através da decisão dos 194 membros da OMS, era criar um instrumento legalmente vinculativo que aprimorasse a preparação, prevenção e resposta pandêmica (PPPR, na sigla em inglês) coletiva a futuros surtos (Fidler, 2024a).

Junto a isso, criou-se um processo de reforma do RSI. Por ser o único instrumento multilateral legal vinculante atual sobre combate a epidemias, enfrentou diversas críticas em larga

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

medida por ter sofrido um baixo cumprimento pelos Estados-parte durante a covid-19. Pode-se afirmar que a motivação pela reforma do RSI se deu, assim como em 2005 no caso da SARS, pela falta de cumprimento das medidas recomendadas e pela falta de notificação e acesso a relatórios e informações sobre a origem de surtos epidêmicos. Já a negociação de um novo Acordo teve como enfoque central a tratativa de questões-chave que não funcionaram adequadamente durante o surto - sobretudo o acesso a vacinas, medicamentos e outros produtos sanitários essenciais para se combater a epidemia por países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (Moon, 2024; Fidler, 2024c).

Em razão disso, de forma paralela, em dezembro de 2021 a OMS estabeleceu um Órgão Intergovernamental de Negociação (INB) responsável por redigir e negociar o Acordo Pandêmico, e um Grupo de Trabalho sobre as Emendas ao RSI (WGIHR) para a reforma do RSI. O prazo para finalização de ambos era maio de 2024, durante a Assembleia Mundial da Saúde. A reforma do RSI foi aprovada, já o Acordo ainda se encontra em negociação, prorrogado até a próxima Assembleia em 2025 (Morich, 2024).

Pode-se dizer que a negociação simultânea desses instrumentos se deu por razões estratégicas e políticas. O RSI,

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

como ferramenta já existente, oferece uma via mais rápida para implementar mudanças, enquanto o Acordo Pandêmico, por ser um novo instrumento, demanda um processo mais amplo e complexo. A motivação então era criar um pacote abrangente de reformas criando maior impacto político possível. Para os países menos desenvolvidos (como o Grupo Africano, por exemplo) era uma forma de pressionar as grandes potências (interessadas em priorizar somente o RSI) a finalizarem o Acordo Pandêmico. Apesar da estratégia, muitos foram os desafios, principalmente para os países com recursos diplomáticos limitados para realizar tamanho esforço de negociação (Moon, 2024; Searchinger, 2024).

Além do formato de negociação, as expectativas e objetivos dos países do Norte e do Sul Global também divergiram desde o início em relação a ambos os acordos. Resumindo a intenção de cada grupo nos documentos, os países do Norte Global: priorizam a segurança sanitária, buscando fortalecer a vigilância, o compartilhamento de informações e a resposta rápida a surtos; defendem a inclusão de uma abordagem One Health que reconhece a interconexão entre a saúde humana, animal e ambiental; resistem à inclusão de obrigações específicas vinculativas de transferência de tecnologia e flexibilização de direitos de propriedade

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

intelectual; e relutam em assumir compromissos financeiros específicos para auxiliar países em desenvolvimento. Já países do Sul Global: enfatizam a equidade no acesso a produtos e tecnologias de saúde, como vacinas, medicamentos e diagnósticos; demandam maior apoio financeiro e técnico para fortalecer seus sistemas de saúde e capacidades de resposta a pandemias; buscam mecanismos que garantam a transferência de tecnologia e a produção local de insumos essenciais; e, por fim, defendem o princípio das responsabilidades comuns, mas diferenciadas, que reconhece as disparidades entre as capacidades dos países em cumprir com as normas e recomendações (Malone, 2024).

Essas divergências refletem os propósitos geopolíticos em torno da governança global em saúde. Como visto nas seções anteriores, países do Norte Global, muitas vezes veem a cooperação em saúde como uma ferramenta para promover seus interesses de segurança nacional, buscando reformas em áreas que garantam o fortalecimento das obrigações de vigilância e compartilhamento de informações. Além disso, apoiam a inclusão da abordagem One Health nos acordos, reconhecendo a interconexão da saúde das pessoas, animais e ecossistemas; o que gera apreensão para países do sul, que se preocupam com futuras cargas regulatórias, aumento de

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

custos e possíveis barreiras ao comércio. Enquanto os países do Sul Global procuram garantir uma distribuição mais justa dos benefícios da cooperação por meio de acesso amplo, rápido e justo a produtos e tecnologias sanitárias, uma maior flexibilidade nos direitos de Propriedade Intelectual, bem como apoio para a fabricação regional (ou seja, produção geograficamente mais ampla, não restrita aos centros do Norte Global) e garantias de auxílio ao financiamento de ações de combate aos surtos epidêmicos (Fidler, 2024a; Morich, 2024).

Tendo em vista todos estes entraves, a reforma do RSI conseguiu ser aprovada em 2024, e introduziu algumas mudanças. Entre as principais estão a inclusão de uma definição de emergência pandêmica (como um tipo de ESPII, portanto que não muda as funções e recomendações do RSI), a criação de um mecanismo financeiro de coordenação (de contribuição voluntária), e o estabelecimento de mecanismos de monitoramento da implementação consultiva (que não possuem mecanismos compliance nem accountability). Ou seja, as emendas acrescentaram uma elevação de atenção a um tipo específico de emergência, elementos de promoção da equidade e da solidariedade como um princípio do RSI, e incluíram novas disposições destinadas a aumentar o acesso equitativo aos produtos de saúde e a mobilizar recursos

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

financeiros para os países em desenvolvimento. Contudo, não incluíram medidas concretas e obrigatórias para realizar essas intenções. Por isso, as emendas foram consideradas por alguns países (principalmente do Sul Global) e especialistas da área como insuficientes na promoção de mudanças significativas na governança global em saúde, principalmente no que concerne às demandas de equidade e assistência financeira (Fidler, 2024b; Searchinger, 2024).

A ausência de um mecanismo que garanta o cumprimento do RSI (que muitas vezes está relacionado à falta de recursos para poder cumprir) e a resistência dos países de alta renda em assumir compromissos materiais mais firmes limitam o impacto das reformas aprovadas. Por isso, para o Professor David Fidler (2024b), os EUA emergem como os maiores vencedores do processo de reforma do RSI. Ademais, segundo o autor, esta desvinculação dos processos, ou seja, negociar o Acordo Pandêmico sem se preocupar que um impasse nas negociações prejudique as emendas do RSI, é bastante positiva para Washington pois uma futura aprovação do Acordo Pandêmico vai depender essencialmente de uma dura barganha sobre compromissos de financiamento e mecanismos que garantam equidade.

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

O Acordo Pandêmico, por sua vez, ainda não foi finalizado devido à complexidade das negociações e as persistentes divergências entre os países. Segundo os especialistas Suerie Moon (2024), David Fidler (2024c), Daniela Morich (2024) e Camden Malone (2024) as dificuldades decisivas da negociação do Acordo Pandêmico incluem:

- Sistema de Acesso e Compartilhamento de Patógenos (PABS): a inclusão de um sistema que através do compartilhamento de patógenos e dados e sequenciamento genético haja, durante um evento pandêmico, uma contrapartida por meio do fornecimento de vacinas e produtos sanitários distribuídos com equidade e com preços que não sejam de mercado. No entanto, persistem divergências sobre a governança do Sistema, principalmente sobre as obrigações da indústria farmacêutica e os benefícios para os países provedores de amostras.
- Acesso a produtos e tecnologias de saúde: a garantia de acesso equitativo a vacinas, medicamentos e diagnósticos durante emergências de saúde pública é fundamental. Acrescido a isso o compromisso de produção e distribuição geograficamente diversificado destes produtos, bem como a transferência de

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

tecnologia e know-how para apoiar esta produção. No entanto, os países discordam sobre a amplitude das obrigações de transferência de tecnologia, de flexibilização de direitos de propriedade intelectual e o papel da OMS na aquisição e distribuição destes produtos.

- Financiamento: países em desenvolvimento demandam maior apoio financeiro para fortalecer suas capacidades de preparação (core capabilities) e resposta a pandemias. Países de alta renda, por sua vez, resistem a assumir compromissos financeiros específicos e vinculantes.
- Compliance e accountability: a inclusão de mecanismos robustos de monitoramento e responsabilização é fundamental para garantir a implementação efetiva do Acordo. No entanto, os países divergem sobre a força desses mecanismos e o grau de autonomia da OMS na fiscalização do cumprimento das obrigações.

Ou seja, todos os Estados-membros concordam sobre as principais fragilidades e fraquezas da governança da saúde global, a importância da defesa de princípios como equidade e como alcançá-los, e a abordagem de One Health. A questão

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

está na criação de mecanismos e obrigações para resolvê-los e colocá-los em prática. Principalmente porque dependem largamente da disposição de transferência de recursos dos países do Norte para os do Sul global. Os Estados-membros da OMS até chegaram ao fim de 2024 a um acordo inicial sobre a inclusão de disposições que exigem que as partes mantenham ou aumentem os gastos domésticos, mobilizem recursos para apoiar os países em desenvolvimento, promovam o financiamento inovador e incentivem a governança inclusiva e eficiente dos órgãos de financiamento existentes. Contudo, na prática, isso fica sujeito à determinação da parte quanto à viabilidade, aos recursos disponíveis e à legislação nacional (Fidler, 2024c). Como isso será incluído no Acordo, com que força de incentivo (se tiver algum), e se continuará a ser um ponto pacífico entre todos, isso só será definido em 2025.

Ademais, foi acordado durante as últimas rodadas que as partes deveriam negociar a possibilidade de um Sistema PABS como um mecanismo separado. Ou seja, os Estados-membros concluíram que talvez não poderiam produzir um consenso durante o mandato dado ao processo negocial do Acordo devido a divergências sobre o Sistema PABS. Com isso, o Acordo Pandêmico teria duas partes: o que alguns

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

negociadores chamaram de Acordo Pandêmico leve e o Sistema PABS. Com base no projeto de documento recentemente divulgado, esse Sistema só seria obrigatório para as partes do Acordo Pandêmico que o aceitassem especificamente (opt in). Essa abordagem poderia significar que menos Estados-membros da OMS aceitariam o PABS do que ao Acordo Pandêmico. Algo semelhante com o outro tratado da OMS, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (com 183 partes) e seu protocolo sobre o comércio ilícito de produtos de tabaco (com 69 partes) (Fidler, 2024c).

Com o fim da rodada 12 do INB em novembro de 2024, apesar da maior parte dos pontos do documento terem sido acordados, os principais obstáculos citados acima persistem para serem retomados em fevereiro e abril de 2025 (Cullinan, 2024). Ademais, algumas questões da conjuntura geopolítica atual põem em risco uma futura aprovação: tensões e conflitos entre grandes potências através, por exemplo, das guerras na Ucrânia e Gaza; e o ressurgimento do nacionalismo, através principalmente da reeleição do Presidente estadunidense Donald Trump (que durante seu mandato anterior se retirou da OMS). Com isso, a saúde global corre o risco de se tornar marginalizada na política externa dos Estados, ou transformada em arma quando Estados rivais percebem

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

oportunidades estratégicas para aumentar sua influência (algo percebido durante o surto de covid-19 com a disputa EUA e China), diminuindo a capacidade da OMS e do RSI de serem respeitados e utilizados. Ou seja, a polarização política e a desconfiança entre os países são capazes de dificultar a construção de consensos e a implementação de acordos multilaterais ambiciosos da OMS. Por outro lado, as negociações sobre o Acordo Pandêmico acontecem na medida que novos surtos epidêmicos pós covid-19 surgem (como gripe aviária, marburg e mpox), lembrando a comunidade internacional dos perigos que estas doenças apresentam e da inadequação dos mecanismos coletivos atuais para combatê-los (Fidler, 2024c).

Em conclusão, apesar dos desafios, a busca por um Acordo Pandêmico substancial e equitativo continua, bem como a centralidade da atuação sanitária da OMS. O término das negociações em 2025 dependerá então da capacidade dos países de superar suas divergências e construir um consenso em torno de um objetivo comum. Em outros termos, a janela de oportunidade continuará aberta?

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Considerações Finais

A pandemia da covid-19 e as limitações do sistema de governança de saúde vigente demonstraram aos Estados a necessidade de repensar este sistema, centralizado na atuação na OMS. Por isso, foi iniciado um processo de reforma do principal instrumento de combate a epidemias (RSI) e de negociação de um Acordo Pandêmico. Diante disso, o presente artigo teve como objetivo analisar o processo de negociação deste acordo até a última rodada de 2024, explorando as dificuldades e avanços, de forma a projetar um cenário para a retomada do processo em 2025.

O que a exploração da história da cooperação internacional sanitária demonstrou é como a OMS, desde sua criação, é operacionalizada a partir de um verdadeiro xadrez de atores e interesses diversos, objetivando não só estabelecer a cooperação para o combate a novas epidemias mas ser uma líder global em saúde, promovendo a saúde para todos, em todos os lugares. De cooperação predominantemente europeia a fim de proteger o fluxo comercial para a criação de uma Organização Mundial da Saúde, a institucionalização da cooperação sanitária internacional tem-se complexificado sobremaneira para poder responder a novos desafios. Parte

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

deste processo tem sido o estabelecimento de reformas na OMS.

O novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado em 2005 após o surto de SARS, trouxe avanços significativos para enfrentar desafios globais em saúde pública. Entre as melhorias, destacam-se a possibilidade de outros atores na notificação de surtos de doenças infecciosas e o conceito de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Contudo, a implementação do RSI ainda encontra obstáculos, como o baixo cumprimento por Estados de obrigações essenciais, a falta de apoio para países menos desenvolvidos e a ausência de mecanismos que garantam a plena adesão às diretrizes da OMS.

De modo geral, analisou-se como a OMS enfrenta problemas estruturais históricos, que permeiam sua falta de protagonismo e de agilidade em momentos-chave, com autoridade limitada, entraves burocráticos e subfinanciamento. Críticas apontam ainda para a dependência da organização de potências do Norte e de financiadores privados, o que afeta na forma que a Organização estabelece prioridades e ações. Ademais, questões de ordem geopolítica levam a posturas desarmônicas por parte dos Estados durante crises sanitárias,

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

também limitando o sistema de governança internacional em saúde.

Como dito, a pandemia de Covid-19 trouxe à tona todas essas fragilidades da governança liderada pela OMS, gerando apelos urgentes por novas reformas e estabelecimento de um novo instrumento legal, com o objetivo de fortalecer os mecanismos internacionais de prevenção, preparação e resposta a futuras pandemias. Contudo, divergências marcam esses dois processos negociadores: enquanto países desenvolvidos priorizam segurança sanitária e vigilância, países subdesenvolvidos destacam a necessidade de acesso equitativo a vacinas e produtos essenciais, além de outras transferências que garantam a plena capacidade destes países a responderem a novos surtos epidêmicos.

Ademais, a reforma do RSI, apesar de ter sido aprovada, trouxe avanços modestos, incluindo disposições sobre a importância de financiamento e produção descentralizada de produtos de saúde, mas não alcançou mudanças transformadoras em relação a determinações específicas e responsabilização dos governos. Já a negociação do Acordo Pandêmico ainda enfrenta desafios significativos, especialmente relacionados ao acesso e compartilhamento de patógenos. Apesar disso, princípios de equidade e medidas

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

para atender às necessidades de países em desenvolvimento ainda permanecem como pontos de convergência nas discussões.

Acrescido a isso, a continuidade das negociações em 2025 enfrentará um cenário desafiador, influenciado por fatores geopolíticos, crises, desconfiança entre Estados e possível perda de prioridade política de questões sanitárias. No entanto, as lições da pandemia, a ocorrência de novos surtos epidêmicos diversos e o consenso sobre princípios norteadores do documento podem impulsionar a negociação. O sucesso então dependerá da vontade política, da superação das divergências e do compromisso global em fortalecer a governança da saúde de forma mais equitativa e eficaz.

Apesar dos desafios observados no sistema de governança e das dificuldades em avançar nas negociações multilaterais, o multilateralismo segue fundamental nas dinâmicas internacionais, especialmente quando se trata de questões sanitárias. A globalização potencializa a noção de que os problemas relacionados à saúde pública não podem ser resolvidos de modo isolado, uma vez que suas consequências são globais, exigindo uma resposta conjunta no âmbito internacional. Desse modo, a OMS possui papel substancial como coordenadora da cooperação em saúde global,

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

estruturando políticas sanitárias, fornecendo apoio aos países no nível regional e nacional, uniformizando os padrões e práticas a serem seguidos e supervisionando a adoção das medidas pelos países, atuando na coleta de dados, na vigilância, na avaliação de riscos e reação frente a emergências sanitárias.

Por fim, diante das discussões e resultados da pesquisa aqui desenvolvida, surge um questionamento adicional, o qual motiva o seguimento e aprofundamento deste estudo. Que caminhos paralelos são possíveis ou estão sendo discutidos para avançar nas proposições e na cooperação internacional em saúde, principalmente diante da estagnação das negociações do acordo pandêmico no âmbito da OMS? Tendo em vista as dificuldades em avançar nas negociações do acordo pandêmico, acredita-se que a cooperação sul-sul se torna uma alternativa interessante para promover pressão multilateral nas negociações, principalmente ao buscar assegurar que os interesses do Sul Global sejam ouvidos e atendidos, garantindo também maior autonomia na produção de vacinas, medicamentos e outros materiais sanitários ao desenvolver iniciativas entre países com interesses similares. Ainda assim, entende-se que, em se tratando de surtos epidêmicos, uma via de cooperação que não integre a

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

comunidade internacional como um todo não será a melhor opção, é necessário que a cooperação possa servir como pressão em instâncias multilaterais de forma que possa explorar a disputa geopolítica de forma que fortaleça a governança em saúde global.

Referências

ALMEIDA Célia; CAMPOS, Rodrigo Pires de. Multilateralismo, ordem mundial e Covid-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. Especial 4, p. 13-39, dez., 2020.

ALMEIDA, Luciana Wojcikiewicz; ROMAY, Giulia Tavares; OLIVEIRA, Mariana Gouvea de. Os desafios do sistema de governança da saúde global na pandemia de COVID-19: Limitações atuais e possibilidades de reforma. **Revista Direito e Praxis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1613-1652, 2022.

BARROS, Patrícia Ramos. **Reminiscências coloniais e incoerências entre a noção de saúde pública e o Terceiro Mundo:** a atuação da Organização Mundial da Saúde em situação de emergência sanitária. Dissertação (Mestrado em Direito, Estado e Constituição) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

BURCI, Gian Luca. The legal response to pandemics: The strengths and weaknesses of the International Health Regulations. **Journal of International Humanitarian Legal Studies**, v. 11, n. 2, p. 204-217, 2020.

CARVALHO, Simon; ZACHER, Mark. The International Health Regulations in Historical Perspective. In: **Plagues and Politics:** Infectious Disease and International Policy. Edited by: Andrew T. Price Smith. Palgrave Publishers, Nova Iorque, 2001.

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

CHOW, J.C. Is the WHO Becoming Irrelevant?. **Foreign Policy**, 8 Dec 2010. Disponível em <https://foreignpolicy.com/2010/12/09/is-the-who-becoming-irrelevant/>. Acesso em: 08 dez. 2024.

CUETO, M.; BROWN, Th. M.; FEE, E. The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 623-47, Jul/Set. 2006.

CUETO, M; BROWN, Th. M.; FEE, E. **The World Health Organization:** a history. Reino Unido: Cambridge University Press, 2019.

CULLINAN, Kerry. No Pandemic Agreement This Year- And Doubt About Feasibility of May 2025 Deadline. **Health Policy Watch**, 6 dec 2024. Disponível em: <healthpolicy-watch.news/no-pandemic-agreement-this-year-and-doubt-about-feasibility-of-may-2025-deadline/> Acesso em: dez. de 2024.

FIDLER, David P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. **Chinese Journal of International Law**, Vol. 4, No. 2, 325–392, 2005.

FIDLER, David P..The Endgame for Global Health Governance Negotiations. **Think Global Health**, 19 march 2024a. Disponível em: <www.thinkglobalhealth.org/article/endgame-global-health-governance-negotiations> Acesso em: dez. de 2024.

FIDLER, David P..The Amendments to the International Health Regulations Are Not a Breakthrough. **Think Global Health**, 7 jun 2024b. Disponível em: <www.thinkglobalhealth.org/article/amendments-international-health-regulations-are-not-breakthrough?utm_source=thinkglobalhealth&utm_medium=email&utm_campaign=TGH%202024Jun07&utm_term=TGH > Acesso em: dez. de 2024.

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

FIDLER, David P.. The Pandemic Agreement Fractures in the Latest Negotiations. **Think Global Health**, 29 oct 2024c. Disponível em: <www.thinkglobalhealth.org/article/pandemic-agreement-fractures-latest-negotiations?utm_source=thinkglobalhealth&utm_medium=email&utm_campaign=TGH%202024Nov01&utm_term=TGH > Acesso em: dez. de 2024.

GOMES, Carolina B.; CASTRO, Larissa de P. Gonzaga. O Novo Regulamento Sanitário Internacional. **RDisan - Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 137-155, Jul./Out., 2012.

GUANABARA, Mariana. **A atuação do Conselho de Segurança das Nações Unidas em crises de saúde: do HIV/AIDS ao COVID-19**. 2024. 161 f. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024.

HARRISON, Mark. Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century. **Journal of Global History**, 1, pp. 197–217 ª London School of Economics and Political Science, 2006.

HERRERO, María Belén; BELARDO, Marcela. Diplomacia sanitaria y geopolítica: la guerra mundial por las vacunas. **Revista Debate Público** - Reflexión de Trabajo Social, año 11, n. 21, p. 51-63, 2021.

HOWARD-JONES, Norman. Origins of international health work. **British medical journal** vol. 1,4661: 1032-7. doi:10.1136/bmj.1.4661.1032, 1950.

HOWARD-JONES, Norman. **International Public Health between the Two World Wars** - The Organizational Problems. Genebra: World Health Organization, 1978.

KAMRADT-SCOTT, Adam. **Managing Global Health Security:** The World Health Organization and Disease Outbreak Control. Palgrave Macmillan, 2015.

KEOHANE, Robert O. **International institutions and state power**. Boulder: Westview Press, 1989.

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

KEROUEDAN, Dominique. Os Interesses das Grandes Potências: Como a saúde se tornou um desafio geopolítico. **Diplomatique**, ed. 72, julho, 2013. Disponível em: <hhttps://diplomatique.org.br/como-a-saude-se-tornou-um-desafio-geopolitico/>. Acesso em: 10 dez. 2024.

LEE, Kelley. **The World Health Organization (WHO).** Nova Iorque: Routledge, Taylor & Francis Group, 2009.

MALONE, Camden. Tracking the Pandemic Agreement: Countries' Last Crack at an Accord by May. **United Nations Foundation,** 23 april 2024. Disponível em: <unfoundation.org/what-we-do/issues/global-health/global-health-resource-center-2/tracking-the-who-pandemic-agreement-countries-last-crack-at-an-accord-by-may/> Acesso em: dez. de 2024

McINNES, Colin; LEE, Kelley. **Global Health and International Relations**. Malden, MA: Polity Press, 2012.

MOON, Suerie. Pandemic Agreement Talks Resume with Global Equity at Stake. **Think Global Health**, 17 jul 2024. Disponível em: <www.thinkglobalhealth.org/article/pandemic-agreement-talks-resume-global-equity-stake?utm_source=thinkglobalhealth&utm_medium=email&utm_campaign=20204Jul19&utm_term=TGH> Acesso em: Dez. de 2024.

MORICH, Daniela. Negotiating Global Rules for Pandemics: A Work in Progress. **Geneva Graduate Institute,** 11 jul 2024. Disponível em: <www.graduateinstitute.ch/communications/news/negotiating-global-rules-pandemics-work-progress> Acesso em: dez. de 2024.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Regulamento Sanitário Internacional**. 2 ed. Genebra, 2005.

PAGOTTO, Barbara Frossard. A saúde pública como tema de segurança internacional: o caso das negociações do novo **Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005).**

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SEARCHINGER, Chloe. The New amendments to the international health regulations. **Think Global Health**, 4 june 2024. Disponível em: <www.thinkglobalhealth.org/article/new-amendments-international-health-regulations?utm_source=thinkglobalhealth&utm_medium=email&utm_campaign=TGH%202024Jun07&utm_term=TGH> Acesso em: dez. de 2024.

SOUZA, Camilo Darsie de; WEBER, Douglas Luís; FARIA, Mateus Aparecido de; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Cooperação e contrapartida nas ações da OMS: notas sobre a geopolítica da saúde global. **Geografares**, n. 27, 2018.

SRIDHAR, D.; GOSTIN, L. 2011. Reforming the World Health Organization. **JAMA – The Journal of the American Medical Association**, v. 305, n. 15, pp. 1585-86, 2011.

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

VENTURA, Deisy; PERES, Fernanda Aguilar. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n. 92, p. 45-77, 2014.

WHO - World Health Organization. **Global health security - epidemic alert and response**. A54/9 - Fifty-Fourth World Health Assembly, April 2001.

WHO - World Health Organization. **Global Defence Against the Infectious Disease Threat**. Edited by Mary Kay Kindhauser. Geneva, 2003.

WHO- World Health Organization. **Basic Documents**. Forty-eight edition, World Health Organization, Genebra, 2014.

DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.17027302

How to cite:

GUANABARA, Mariana; GRASSI, Jéssica Maria. Acordo Pandêmico e os Desafios da Cooperação Internacional em Saúde. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 03, n. 01, p. 53-104, 2025, available at: https://ojs.unisanta.br/index.php/GHL/index .

Global Health Law Journal



Submissions - Call for papers

Submissions to the **Global Health Law Journal** are peer-reviewed by our distinguished Editorial Board and reviewers, consisting of internationally recognized experts.

Please send your submission* to: **global@unisanta.br**

Articles can be submitted in English, Spanish, French, Italian or Portuguese.

If you have any questions about the Global Health Law Journal, please contact our Editor-in-Chief Verônica Scriptore Freire e Almeida.

e-mail: global@unisanta.br



*__Guidelines__:

Title of the article: Arial 14 in Bold, 1.5 spacing

Authors: right aligned, Arial 12, 1.5 spacing

Presentation (mini-CV) of the authors: insert a footnote for each author: Arial 10, single space, skipping a line between each author.

Abstract: Title in Arial 12 – abstract text in Arial 11, single space. Keywords: up to 5, separated by a comma.

Article text and Titles within article: Arial 12, 1.5 spacing.

-Use the "Author-Date" style, as follows: (NOBEL, 2025, p. 127).

Direct citation (more than 3 lines): Arial 10 font, single spacing, 4 cm indentation.

Footnotes: Arial 10, single spacing

References: Arial 12, single spaced, with 5 pt (after). Example: NOBEL, Alfred. Health Law. New York: Basic Books, 2023.

Please send your submission to: global@unisanta.br


GLOBAL
HEALTH
LAW
JOURNAL