

# ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

## origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
origins, policies, historical path and actions  
during the COVID-19 pandemic

**Rafael da Silveira Moreira**

 <https://orcid.org/0000-0003-0079-2901>

Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco, UFPE, Doutor em Saúde Pública

**Lucas Fernando Rodrigues dos Santos**

 <https://orcid.org/0000-0002-7993-0918>

Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco, mestrando em Saúde Pública

**Marcos Henrique Oliveira Sousa**

 <http://orcid.org/0000-0002-7388-7795>

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, residente em Saúde Coletiva

### RESUMO

Este trabalho expõe o processo de construção e os percursos históricos da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde sua origem até o atual cenário político e epidemiológico, destacando seu papel no enfrentamento à Covid-19. Foi utilizada, como referencial metodológico, a revisão narrativa, através de busca de literatura em bases de dados diversas, sem restrição quanto à data de publicação. Inicialmente, foram identificados os elementos e processos que subsidiaram a criação da agência. Em seguida, para exemplificação, foram descritas as condutas da OMS diante da epidemia do HIV/Aids, considerada uma das mais importantes da história. Os conflitos políticos, econômicos e institucionais da organização são abordados na perspectiva das condutas adotadas na pandemia do novo coronavírus, classificado como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii). Além do escopo internacional, destacam-se as intervenções da agência no Brasil e o posicionamento do atual governo brasileiro frente à atuação da OMS na pandemia. Em síntese, vislumbra-se um cenário incerto quanto às decisões políticas que virão a ser adotadas pela

agência, levando em conta o desafio de enfrentar a crise sanitária em meio a político-econômicas.

**Palavras-chave:** Pandemias; Covid-19; Organização Mundial da Saúde; Agências internacionais; Saúde global.

#### **ABSTRACT**

This work exposes the construction process and the historical paths of the World Health Organization (WHO), from its origin to the current political and epidemiological scenario, highlighting its role in confronting COVID-19. As a methodological reference, a narrative review was used, through literature search in different databases, without restriction on data publication. Initially, the elements and processes that supported the creation of the agency were identified. Then, for example, they were considered as WHO's conduct in the face of the HIV/Aids epidemic, considered one of the most important in history. The organization's political, economic and institutional conflicts are considered from the perspective of the conduct adopted in the pandemic of the new coronavirus, classified as Public Health Emergency of International Importance (PHEI). In addition to the international scope, we highlight WHO's interventions in Brazil during the pandemic and the evaluation of these actions by the current Brazilian government. In summary, there is an uncertain scenario regarding the political decisions that will be adopted by the agency, considering the challenge of facing a health crises amidst political disputes.

**Keywords:** Pandemics; COVID-19; World Health Organization; International agencies; Global health.

EM ABRIL DE 1948, FOI CRIADA A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), uma agência intergovernamental vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), especializada em saúde e descentralizada regionalmente. A agência trabalha com 194 Estados-membros, através de mais de 150 representações ao redor do mundo. Seus escritórios regionais têm autoridade discricionária em relação à sede, em Genebra, trabalhando diretamente com os ministérios de saúde de cada país, nas regiões em que atuam (LIMA, 2002; OMS, 2020a).

O objetivo deste trabalho foi expor o processo de construção e os percurso histórico da OMS, partindo da sua origem até o atual cenário político e epidemiológico, com destaque para o seu papel no enfrentamento à Covid-19. Como base metodológica, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, buscando e analisando capítulos de livros, artigos de periódicos, artigos de jornais e

documentos institucionais. Tal metodologia não utiliza critérios explícitos, sistemáticos ou exaustivos (CORDEIRO *et al.*, 2007). A busca da literatura foi realizada nas bases de dados Scielo, BVS, Lilacs, Medline e Google Scholar, com a seleção de materiais julgados relevantes para as temáticas aqui discutidas, sem restrição quanto à data de publicação.

Este artigo se estrutura em cinco partes. Na primeira, identificamos os elementos históricos e processos políticos que subsidiaram a criação e estruturação da agência. Em seguida, para exemplificação, são descritas as condutas da OMS diante do surgimento e desenvolvimento da epidemia do HIV/Aids (vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida), considerada uma das mais importantes da história. Na terceira parte, os conflitos políticos, econômicos e institucionais da organização são abordados na perspectiva das condutas adotadas diante da pandemia do novo coronavírus e da crise sanitária que se instaura em todo o mundo. Posteriormente, direcionando-nos a uma abordagem mais local, damos destaque às intervenções da agência em articulação com o Brasil e ao posicionamento do atual governo do país frente à atuação da OMS na pandemia da Covid-19. Por fim, são tecidas algumas conclusões, remetendo às perspectivas futuras do enfrentamento da OMS à crise sanitária global.

#### **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: DO SURGIMENTO À ESTRUTURAÇÃO**

No momento histórico logo após o encerramento da Segunda Grande Guerra (1945) e início da Guerra Fria (1947), foi criada, em 7 de abril de 1948, a principal agência multilateral de saúde da Organização das Nações Unidas (ONU), nomeada Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo sua Constituição, a OMS considera a saúde das populações uma responsabilidade dos governos, definindo saúde como direito fundamental de todos os cidadãos em todos os países do mundo, sem distinção de raça, religião, crença política e condição socioeconômica (D'AVILA, 2020).

O termo “Nações Unidas” aparece pela primeira vez em uma declaração de 1942 do grupo de países chamado de “Aliados”. Nesse documento, 26 nações se comprometeram a empregar seus recursos, militares ou econômicos, em uma luta unificada contra o grupo de países chamado de “Eixo”. O mesmo termo foi utilizado em 1943, na criação da Administração das Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação (UNRRA, na sigla em inglês), organização de ajuda humanitária composta por 44 nações. Tal organização

forneceu auxílio financeiro para mais de 30 países, invadidos pelas potências do Eixo, na Europa e Norte da África e Ásia. No início, a UNRRA se concentrou no fornecimento de alimento, roupa, combustível, abrigo e outras necessidades básicas e urgentes dessas populações. Em seguida, o trabalho da organização passou a incluir serviços de saúde, levando à criação de uma Divisão de Saúde, dedicada à reabilitação e restauração de hospitais, clínicas médicas e laboratórios (CUETO; BROWN; FEE, 2019a).

Anterior à UNRRA, operava na França, em 1907, o Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, na sigla em francês) e, em Genebra, na década de 1920, a Organização da Saúde da Liga das Nações (LNHO, na sigla em inglês), duas agências de saúde europeias que já organizavam acordos sanitários internacionais e produziam informações epidemiológicas. Após o término da Segunda Guerra, os Aliados, avaliando as consequências dos seis anos de conflito bélico recém-finalizado, constataram um continente devastado, com perdas humanas e materiais, escassez de alimentos, ondas intensas de migração e alto risco de surgimento de epidemias. Viu-se a necessidade de traçar ações de assistência à saúde para as populações afetadas, principalmente nas nações cujos sistemas de saúde foram absolutamente destruídos. Assim, em 1948, durante a realização da Assembleia Mundial de Saúde, o OIHP, a LNHO e a UNRRA se fundiram para constituir a OMS (CUETO; BROWN; FEE, 2019a; D'AVILA, 2020).

No período crítico da Guerra Fria, no qual as visões políticas dos Estados Unidos da América (EUA) e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) antagonizavam, a disputa no campo das práticas de saúde também se fazia presente. Assim, a agência precisava lidar com uma geopolítica bipolar, além de potências do continente europeu que não renunciavam à manutenção dos seus impérios coloniais. Com o tempo, a proposta de comunidade colaborativa foi sendo desmanchada e a OMS foi se aproximando da política externa dos EUA, tornando-se parcialmente refém dos recursos financeiros, das condutas sanitárias hegemônicas e dos interesses daquele país, como a regionalização continental da agência (FEE *et al.*, 2016).

Sob o comando de Marcolino Gomes Candau, médico brasileiro que ocupou a direção da agência, de 1953 a 1973, com o desafio de, em meio à Guerra Fria, equilibrar visões de saúde pública quase nunca convergentes, a OMS realizou o Programa Global de Erradicação da Malária, em 1955; e no ano de 1967, com apoio da União Soviética, a agência lançou o Programa Intensificado

de Erradicação da Variola. Da década de 1980 em diante, a agência tem desenvolvido diversos programas de intervenção contra as grandes doenças e agravos de saúde (ver Quadro 1), e tem oferecido apoio científico, relacionado às doenças transmissíveis e não transmissíveis, e assistência técnica aos países menos desenvolvidos (D’AVILA, 2020; VENTURA, 2013; VENTURA; PEREZ, 2014).

Quadro 1. Principais pandemias, epidemias e destaques na atuação da OMS

| Ano       | Evento   | Atuação da OMS   |
|-----------|--|--|
| 1955      | Malária (protozoário <i>Plasmodium</i> )   | Condução do Programa Global de Erradicação da Malária. Tratava-se de um programa vertical que foi encerrado anos mais tarde. As estratégias atuais focam em drogas para tratamento e cura dos sintomas.  |
| 1967      | Epidemias de varíola ( <i>Orthopoxvirus variolae</i> )   | Lançamento do Programa Intensificado de Erradicação da Variola. A doença foi considerada erradicada mundialmente em 1980.  |
| 1988      | Epidemias de poliomielite/paralisia infantil (poliovírus)  | Campanha mundial para erradicação da Poliomielite. Em 1994, foi declarado que as Américas estavam livres da doença; a região do Oeste do Pacífico, em 2000; e a Europa, em 2002.   |
| 1980-1990 | Epidemias e pandemia de HIV/Aids   | Criação do Programa Global sobre HIV/Aids, em 1986. Apoio à identificação da doença e medidas de controle. Criação da UNAIDS, programa articulado das Nações Unidas, mais autônomo e flexível. Resoluções que apoiaram o tratamento precoce e a produção de genéricos.                                       |
| 2002-2003 | Pandemia da Síndrome Respiratória Aguda Severa ( <i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i> – Sars, Sars-CoV)  | Reforço à abordagem de segurança em saúde. Incentivo à revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Ativação da Rede Global de Laboratórios de Influenza e envio de peritos aos países. Definição de protocolos de controle, identificação de casos, isolamento precoce e rastreamento de contatos. |
| 2004-2007 | Pandemia da Influenza A (H5N1) ou “Gripe Aviária” ( <i>Highly Pathogenic Asian Avian Influenza</i> – A-H5N1) | Adoção das mesmas medidas preconizadas na pandemia de 2002-2003. Compartilhamento indevido, por parte da OMS, de amostra de vírus cedida pela Indonésia. Reconhecimento desse problema, o que leva à elaboração de resolução sobre compartilhamento de amostras.   |
| 2009      | Nova gripe A-H1N1 ou “gripe suína” ( <i>Novel Influenza</i> – A-H1N1)  | Detecção, caracterização do vírus e monitoramento da pandemia. Declaração de emergência de saúde pública. Disponibilização de cepas de vacinas, reagentes de controle e recomendações sobre grupo alvo e doses. Pandemia declarada sob controle em julho de 2009.  |

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| 2014-2016 e 2018             | Surto do vírus ebola na África Ocidental ( <i>Ebola Virus – Disease</i> EVD) | Surto declarado com atraso de três meses. Escritório regional da OMS para a África acata decisões oficiais de países afetados que subestimavam a extensão e gravidade da doença. Escritório regional solicita declaração de emergência em saúde pública. Realização de reformas na agência para melhorar a atuação em crises globais de saúde. Envolvimento da ONU em missão de saúde pública para lidar com a resposta à emergência do ebola.   |
| 2015-2017                    | Epidemia da microcefalia congênita por zika vírus no Brasil                  | Colaboração técnica para investigação do surto de microcefalia no Brasil, após o governo brasileiro relatar o aumento expressivo do número de casos dessa malformação em recém-nascidos. Elaboração do Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia, em conjunto com o Ministério da Saúde brasileiro, sendo utilizado por diversas instituições do país. Em fevereiro de 2016, a OMS reporta que a microcefalia na região das Américas constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional. |
| A partir de dezembro de 2019 | Covid-19 (Sars-CoV-2)  | Solicitação de informações à China, sobre um possível surto epidemiológico ainda desconhecido. Após missão de especialistas para análise sanitária ao país, inicia a adoção de medidas (realização de capacitações, produção de materiais técnicos, publicação de recomendações técnicas etc.) para enfrentamento à Covid-19. Em janeiro de 2020, declara a doença como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, recebendo o <i>status</i> de pandemia em março de 2020.                                      |

Fonte: Elaboração própria, a partir de diversas fontes (ALMEIDA; CAMPOS, 2020; BROWN *et al.*, 2006; CUETO; BROWN; FEE, 2019b; FINEBERG, 2014; KAMRADT-SCOTT, 2016; OMS, 2003; OPAS, 2016; RICHTER, 2012; WENHAM; FARIAS, 2019; WHA, 2011).

No contexto da América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/PAHO) foi fundada em 1902, sendo a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Inicialmente era vinculada a órgãos de saúde dos EUA, onde atuava com baixo orçamento, e era limitada a alguns países da América Latina. Entre os anos 1940-1950, adquiriu o nome definitivo de Opas e passou a funcionar como uma agência especializada em saúde do sistema interamericano, no papel de escritório regional da OMS para as Américas, trabalhando com os países do continente com vistas à melhoria da saúde e da qualidade de vida das populações (CUETO; BROWN; FEE, 2019a; LIMA, 2002; OPAS, 2020a).

### **A EPIDEMIA DO HIV E O PAPEL HISTÓRICO DA OMS**

Com o primeiro reconhecimento da Aids, no início dos anos 1980, poucos especialistas se preocupavam com a infecção, e a OMS, nessa linha, subestimou a doença enquanto uma questão crítica de saúde pública, considerando-a como de baixa prioridade. À época, forças políticas conservadoras das diversas nações reagiram odiosamente às descobertas de casos de infecção pelo HIV, acreditando que a doença estaria limitada aos homossexuais, usuários de drogas e outros grupos colocados à margem social (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; PIOT, 2005).

Em seguida, a partir de 1986, numa época de debate científico intenso e de conflitos sobre o teste diagnóstico para o HIV, a OMS assumiu uma importante posição na luta contra a Aids. Nesse sentido, foi criado o Programa Global sobre HIV/Aids, que priorizava a prevenção e controle da doença. Diversas resistências surgiram por parte de vários governos, no geral com reações e políticas coercitivas e discriminatórias. Nos anos seguintes, a OMS precisou atuar intensamente no campo dos direitos humanos, focando na pesquisa social e comportamental e na educação em saúde, destacando seus valores para a condução das ações de saúde na abordagem à Aids (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; KIM, 2015).

Durante os anos 1990, após mudanças e conflitos internos, a OMS começou a restringir operações do Programa Global, ocasionando reduções de orçamento. Ao mesmo tempo, outras agências vinculadas às Nações Unidas estavam com programas anti-Aids

“

Uma mudança histórica começou ao final de 1996 [...], quando o governo brasileiro assinou uma lei que tornava medicações contra o HIV disponíveis universalmente no Sistema Único de Saúde (SUS)

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. No início dos anos 1990, o programa já demonstrava desaceleração em suas atividades e redução crítica de orçamento, situações agravadas por governos, agências e doadores que não concordavam que a luta contra a Aids também era uma luta política (CUETO; BROWN; FEE, 2019b).

Após complexas negociações, em 1996, foi criada a UNAIDS, um programa articulado das Nações Unidas sobre HIV e Aids, mais autônomo e flexível, que compreendia melhor as diferenças globais e as especificidades socioculturais dos grupos populacionais. Entre 1995 e 1996, foi desenvolvida a primeira geração de inibidores de protease do HIV, o que contribuiu para uma mudança da percepção sobre a doença, de uma sentença de morte para uma condição tratável. A mortalidade por Aids caiu drasticamente em países desenvolvidos centrais do sistema internacional; no entanto, os valores do tratamento individual ainda eram muito elevados para as demais nações (ALMEIDA, 2014).

Uma mudança histórica começou ao final de 1996 para os países periféricos, quando o governo brasileiro assinou uma lei que tornava medicações contra o HIV disponíveis universalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), com a aquisição e produção de medicamentos genéricos, confrontando a indústria farmacêutica e suas patentes. Essas mudanças já surtiram efeito dois anos depois, com a redução no número de mortes e de hospitalização por Aids, o que economizou recursos do SUS. A partir do ano 2000, iniciativas similares foram replicadas em diversos países periféricos. A OMS e a UNAIDS conduziram programas pilotos efetivos em países pobres do continente africano. Além disso, a OMS e o Banco Mundial negociaram com grandes indústrias farmacêuticas a redução dos preços das medicações para cinco países africanos com alta incidência da doença (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; GRECO, 2016).

Simultaneamente aos avanços alcançados na redução de iniquidades no acesso às medicações, a indústria farmacêutica se incomodava com a crescente convicção geral de que a produção e venda dos antirretrovirais deveriam ser gratuitas. Essa ideia feria as proteções de venda patenteadas, chegando ao ponto de, com



A OMS torna-se, então, a referência científica em antirretrovirais, com poder de aprovação e decisão de uso sobre as medicações genéricas que existiam à época

apoio do governo dos EUA, denunciar o Brasil e outros países periféricos à Organização Mundial do Comércio (OMC). Sem grandes efeitos, em 2000, as companhias decidiram reduzir os preços das medicações para HIV em até 70%, mas, ainda assim, eram valores muito além do alcance para a maioria dos países pobres. No mesmo ano, um novo departamento de HIV/Aids foi criado no setor de Família e Saúde Comunitária da OMS, com a missão de tornar os tratamentos universais e acessíveis. A partir de 2001, a agência empreendeu mais esforços no sentido de tornar o fornecimento de medicações baseado na necessidade das nações e não na capacidade de pagamento, destacando, nesse sentido, o exemplo da atuação do governo brasileiro. No ano de 2002, o Brasil relatou cerca de metade do número de infecções que o Banco Mundial havia previsto no início dos anos 1990 (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; ONU, 2018).

Em 2003, a OMS publicou uma lista de medicações de qualidade para HIV/Aids, incluindo versões patenteadas e genéricas. No ano seguinte, durante a Conferência Internacional sobre a Aids, o Banco Mundial, a OMS, os governos dos países industrializados da Europa e os EUA convergiram suas posições sobre o tratamento em países periféricos e destacaram os programas de HIV/Aids do Brasil, Índia, África do Sul, entre outros, como exemplos a serem seguidos. Nesse mesmo fluxo, Cueto e outros (2019) destacam uma mudança de atitude por parte de companhias farmacêuticas, a partir do estabelecimento da Coalizão Empresarial Mundial contra o HIV/Aids, dando apoio à OMS e a outras agências. Organizações privadas também se

mobilizaram, investindo na compra de medicamentos para países mais pobres (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; ONU, 2018).

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. A OMS torna-se, então, a referência científica em antirretrovirais, com poder de aprovação e decisão de uso sobre as medicações genéricas que existiam à época. No entanto, dificuldades continuaram sendo enfrentadas e, em 2005, cerca de 1,6 milhões de pessoas estavam sendo tratadas, não se atingindo a meta preestabelecida de três milhões, permanecendo os países mais pobres, ainda que com crescimento no acesso ao tratamento e com redução da prevalência da doença, os menos assistidos. A iniciativa falhou por questões técnicas e políticas, nos diferentes países, e por restrita atuação por parte da OMS, em alguns setores (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; KIM; AMMANN, 2004).

Como agravante político, o governo dos EUA cria um programa bilateral em 2003-2004, o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da Aids (PEPFAR, na sigla em inglês), um reflexo renovado da tradicional desconfiança dos governos dos EUA nas instituições multilaterais. O plano focava em um investimento em 15 países selecionados da África, Ásia e Caribe. Países como China, Índia e Rússia, que apresentavam uma situação dramática de infecção por HIV, ficaram de fora, pois o governo dos EUA alegava que esses países possuíam os recursos necessários para enfrentamento ao vírus. O programa surgiu com razões ideológicas, religiosas, econômicas e políticas, tendo como cerne o conservadorismo e uma suposição neoliberal de que não era a política econômica global a responsável pela miséria e pelas doenças, mas os próprios pobres. O plano revela suas razões econômicas quando o governo dos EUA declara que não usaria drogas genéricas. Enquanto ativistas da luta contra a Aids, por todo o mundo, criticaram as políticas adotadas pela PEPFAR, as lideranças da OMS e UNAIDS se abstiveram de questionar ou criticar publicamente a atuação ideológica e o bilateralismo do programa, sob a justificativa de vê-lo como uma oportunidade para levantar fundos para o tratamento da Aids (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; JACOBSON, 2020).

A iniciativa “3 por 5” foi dissolvida entre 2005 e 2006, provocando um retorno do foco das agências para a necessidade de aprimorar o trabalho integrado contra a Aids, com parcerias de recursos humanos e financeiros. Em 2014, as metas “90-90-90” foram lançadas para galvanizar as intenções de ações futuras. Essas metas definiam que, até 2020, 90% de todas as pessoas que vivem com o HIV deveriam saber o seu estado sorológico; 90% de todas as pessoas diagnosticadas com infecção por HIV deveriam receber terapia antirretroviral prolongada; e 90% de todas as pessoas que recebem a terapia conseguiriam suprimir o vírus da circulação sanguínea. Em 2017, estimou-se que mais de 75% das pessoas, ou 28 milhões vivendo com HIV, tiveram acesso aos testes. Com a adoção, em 2015, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pelas agências da ONU e por outras organizações, a meta é acabar com a epidemia de HIV/Aids até 2030 (CUETO; BROWN; FEE, 2019b; ONU, 2018; ONU, 2015).

#### **COVID-19: COMO A OMS TEM ATUADO NO CENÁRIO DA CRISE SANITÁRIA**

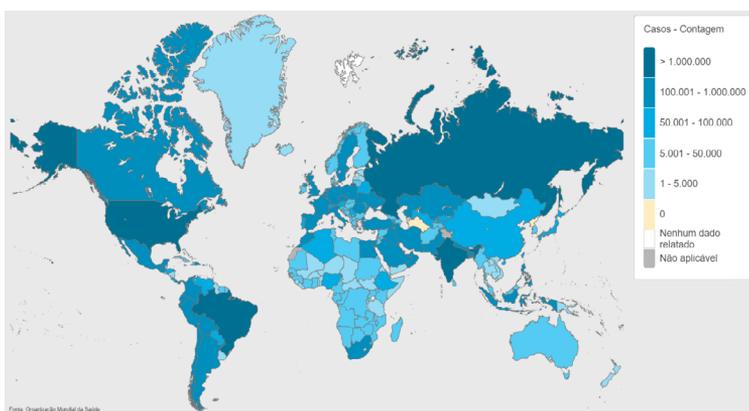
Em 31 de dezembro de 2019, foram identificados na cidade de Wuhan, na China, 27 casos de pneumonia com etiologia desconhecida. O agente causal da doença foi identificado pelo Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças (CCDC, na sigla em inglês) em 07 de janeiro de 2020. Em seguida, foi nomeado de coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (Sars-CoV-2). Após a primeira reunião convocada pela OMS, em 23 de janeiro de 2020, não houve consenso a respeito de o surto constituir uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii). Numa segunda reunião, em 30 de janeiro de 2020, constatando o crescimento do número de casos e de países que os reportaram, a OMS declara que o surto, na China, era de fato uma Espii, representando um alto risco aos países com sistemas de saúde vulneráveis. O comitê de emergência apontou que a disseminação da doença poderia ser interrompida pela detecção precoce, isolamento, tratamento imediato e implementação de um sistema robusto para rastreamento de contatos. Outros objetivos estratégicos incluíam meios de determinar a gravidade clínica e a extensão da transmissão e otimizar as opções de tratamento. Minimizar o impacto econômico do vírus e combater informações desencontradas em escala global eram também algumas das principais metas. A doença foi nomeada como *Coronavirus disease – 2019* (Covid-19), em fevereiro de 2020, pela OMS (CRODA; GARCIA, 2020; LU *et al.*, 2020; OMS, 2020d; OMS, 2020l; SOHRABI *et al.*, 2020).

Sohrabi e outros (2020) destacam que a definição do surto enquanto Espii, um mês após o surto inicial, pode ter comprometido a velocidade da tomada de medidas de contenção, alegando que a gravidade do surto não foi amplamente divulgada ou reconhecida.

Até 29 de fevereiro de 2020, mais de 85 mil casos confirmados haviam sido relatados em todo o mundo. Em 12 de março de 2020, a OMS declarou como pandemia o surto da doença causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Uma missão da OMS visitou a China e a cidade de Wuhan para relatar o surto, conferindo a dinâmica e a contagem de casos iniciais informados pelo governo chinês. A infecção Covid-19 possui letalidade cerca de 14 vezes maior e é mais transmissível, se comparada à da Influenza. Cada indivíduo infectado contamina de duas a três pessoas, em média, causando a expansão de epidemia em progressão geométrica (LI *et al.*, 2020; OMS, 2020h; SALZBERGER *et al.*, 2020; VERITY *et al.*, 2020).

Em todo o mundo, quase 40 milhões de casos e mais de 1,1 milhões de mortes pela Covid-19 haviam sido confirmados até o dia 18 de outubro de 2020. Os países com maior número de casos são os EUA, Índia, Brasil e Rússia; e os com maior número de mortes são EUA, Brasil, Índia e México (ver Fig. 1). EUA e Brasil, combinados, representam cerca de 70,8% de todos os casos e de 61,2% de todas as mortes notificadas até outubro nas Américas (OMS, 2020i; OPAS, 2020a; OPAS, 2020b).

Figura 1. Distribuição de casos de Covid-19 notificados, por país, até 18 de outubro de 2020



Fonte: Adaptado de OMS (2020i).

As principais estratégias para retardar a expansão da Covid-19 e permitir a adequação dos sistemas de saúde ao acelerado aumento

da demanda por leitos de internação têm sido as medidas de isolamento e o distanciamento social da população geral (DAUMAS *et al.*, 2020; PREM *et al.*, 2020). Diversos organismos mundiais da saúde, incluindo a OMS, começaram a lançar aconselhamentos para prevenir a propagação da Covid-19, tratando principalmente de cuidados em viagens, contato entre indivíduos e aglomerações, consumo de carne vinda de regiões com surto da infecção, higiene básica e uso de equipamentos de proteção individual (OMS, 2020b; SOHRABI *et al.*, 2020).

A OMS tem emitido orientações sobre os principais achados clínicos e epidemiológicos sugestivos de infecção por Covid-19, destacando a necessidade de exames laboratoriais para confirmação de diagnóstico. Com esse intuito, no endereço eletrônico da agência, há uma seção dedicada à Covid-19 (OMS, 2020a; OMS, 2020e).

Em guia publicado em 19 de março de 2020, a OMS orientou que a assistência aos pacientes com Covid-19 precisa suprir as necessidades das diferentes fases da infecção e em todo o espectro de gravidade, construindo uma linha de cuidado que envolva desde o monitoramento de casos leves em isolamento domiciliar, orientando o manejo de sintomas e a identificação precoce de sinais, até a internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e reabilitação após a alta hospitalar. Além disso, indica que a escolha das melhores estratégias de organização da rede deve ser orientada pela minimização dos riscos de infecção dos profissionais de saúde e dos demais pacientes. Sugere, também, que sejam criadas centrais de teleatendimento 24h, para distinção, orientação e encaminhamento de casos (OMS, 2020d).

Evidencia-se que, para que essas orientações gerem medidas concretas, há necessidade de forte investimento nos sistemas públicos de saúde e nas redes de atenção, da atenção primária ao nível hospitalar, compreendendo as necessidades dos diferentes quadros da doença, permitindo um trabalho preventivo efetivo, diminuindo a incidência da infecção e, assim, impedindo uma elevada carga de infectados que necessitem de atendimento hospitalar. Também é preciso o acompanhamento dos casos em isolamento domiciliar, identificando e conduzindo situações de vulnerabilidade e, simultaneamente, mantendo a atenção aos demais agravos agudos e crônicos em todos os níveis de atenção. Além disso, o poder público deve oferecer condições para que indivíduos e famílias possam sustentar o distanciamento social, proporcionando a possibilidade de isolamento domiciliar, para que não sejam forçados a circular pelos centros urbanos e,



a habilidade de uma nação em conter e mitigar efetivamente uma doença infecciosa depende, também, dos esforços das demais nações vizinhas

consequentemente, contribuam para o aumento de transmissão e propagação da doença (DAUMAS *et al.*, 2020).

Desde janeiro de 2020, a OMS tem reunido, por teleconferências, redes internacionais de especialistas, para discutir diversos tópicos acerca do enfrentamento à pandemia. A organização tem realizado seminários técnicos *on-line*, com transmissão para todo o mundo, através da rede de informações EPI-WIN. Lançou, também, na plataforma de ensino OpenWHO, treinamentos gratuitos sobre a Covid-19, em 31 idiomas (OMS, 2020g).

Em março de 2020, um novo Fundo de Resposta à Solidariedade para a Covid-19 foi lançado pelas Nações Unidas e pela Fundação Suíça de Filantropia, sob liderança da OMS, visando arrecadar fundos de diversos doadores para apoiar o trabalho da OMS e de parceiros na resposta à atual pandemia. Os recursos serão direcionados para as ações descritas no Plano Estratégico de Preparação e Resposta à Covid-19 elaborado pela OMS. Esse documento descreve as medidas de saúde pública para apoiar os países, desde a expansão da assistência ao desenvolvimento de tratamentos e vacina. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Coalizão de Inovações em Preparação de Epidemias (CEPI, na sigla em inglês) também são parceiros (OMS, 2020e; OPAS, 2020c; UNICEF, 2020).

Nos percalços do enfrentamento à Covid-19, a OMS tem trabalhado em algumas frentes de ação com projetos e parcerias internacionais. Os Testes Clínicos Solidários são uma ação internacional de teste de drogas, com múltiplos pacientes de mais de 60 países, avaliando a eficácia relativa contra a doença (OMS, 2020j). Outra frente de ação colaborativa promovida pela OMS é

o Acelerador de Acesso às Ferramentas contra a Covid-19 (ACT). Lançado em abril de 2020, o ACT é uma colaboração global que visa acelerar o desenvolvimento, produção e acesso equânime a testes para Covid-19, além de tratamentos e vacinas. Dentre os colaboradores, estão várias organizações internacionais como a CEPI, a Gavi Vaccine Alliance, a Fundação Bill e Melinda Gates, o Banco Mundial, entre outras. No contexto do ACT, desenvolveu-se o mecanismo COVAX Facility, liderado pela Gavi, CEPI e OMS, sendo uma articulação que trabalha em parceria com fabricantes de vacinas de países centrais e periféricos (OMS, 2020f; Opas, 2020d).

O COVAX visa acelerar o desenvolvimento e fabricação de vacinas contra a Covid-19, buscando garantir acesso justo e equitativo para todas as nações. Um total de 75 países manifestaram interesse em aderir ao programa até 15 de julho de 2020. Argentina, Brasil, Canadá, Japão, México, Portugal e Reino Unido estão entre os interessados. Essa iniciativa visa compartilhar os riscos associados ao desenvolvimento de vacinas, investindo na fabricação antecipada para que as vacinas possam ser implantadas em larga escala, tão logo tenham sua eficácia comprovada. A coalizão, também, almeja reunir recursos suficientes para encerrar a fase aguda da pandemia até 2021, com o fornecimento de dois bilhões de doses de vacinas seguras e eficazes, aprovadas pela OMS. O objetivo é vacinar os 20% mais vulneráveis da população de todos os países participantes, independentemente do nível de renda. Os 75 países que submeteram pedidos precisarão arcar com os custos, por serem considerados de renda média ou alta. Um grupo de 90 países de baixa renda terá apoio especial através de financiamento. Em setembro de 2020, quase 170 vacinas estavam em desenvolvimento em diversos países, sob acompanhamento da OMS, sendo 30 em estágios de testes clínicos (em humanos) e as demais em avaliação pré-clínica (estudos em laboratórios ou com animais) (OMS, 2020g; Opas, 2020d; STEVANIM, 2020).

Ativistas e entidades de saúde têm realizado críticas à exigência de que governos de renda média paguem pelas doses. Temem que o mesmo cenário ocorrido com o tratamento do HIV se repita com o da Covid-19, com dezenas de países incapazes de financiar a resposta sanitária. Alertam, ainda, sobre a inexistência de uma vacina que seja, de fato, um “bem público mundial” e sobre o monopólio que continuará com as empresas farmacêuticas (CHADE, 2020a).

Questionamentos acerca das condutas da China, no início do surto da Covid-19, e de sua relação com a OMS têm sido levantados

por outras nações. O governo dos EUA, insatisfeito com a atuação da agência, anunciou a interrupção da verba investida, enquanto o governo australiano tem reivindicado uma reforma de governança na agência. Taiwan, considerada uma província chinesa, portanto impedida de figurar na OMS enquanto Estado independente, acusou a OMS de negligência, alegando ter alertado a agência, ainda no início do surto, sobre a possibilidade de transmissão do vírus entre humanos (BLANCHARD; HEINRICH, 2020; FARR, 2020).

As críticas sobre a OMS apontam fragilidades do sistema multilateral e falhas no desenho institucional, cobrando por melhorias na prestação de contas e transparência na organização. Lee (2020), pesquisador taiwanês, argumenta que a construção de um sistema de saúde multilateral baseado no consentimento dos Estados soberanos tem provado ser um terreno estreito de operação, alegando que seu espaço político de atuação, enquanto ator autônomo nesse contexto, é limitado. O autor considera, ainda, haver carência de poder de investigação independente para verificar informações epidemiológicas. Essa desconfiança em uma governança democrática enfraquece a legitimidade moral da agência.

Compreendendo que a habilidade de uma nação em conter e mitigar efetivamente uma doença infecciosa depende, também, dos esforços das demais nações vizinhas, Lee (2020) afirma que a solidariedade não tem sido cumprida. Pelo contrário, os interesses individuais dos Estados-membros, no contexto do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), prevaleceriam sobre os interesses mundiais compartilhados, no quesito da segurança sanitária. Enquanto o RSI obriga os Estados-membros a entrar em contato com a agência global de saúde sobre possíveis surtos em seus territórios, a desconfiança entre os governos e os temores de repercussão econômica seriam vistos como barreiras para que os países notificassem a OMS durante um surto (ANVISA, 2009; LEE, 2020).

Atendendo à resolução formulada em maio de 2020, durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS), e, ao mesmo tempo, respondendo à pressão de lideranças que têm questionado a forma pela qual a OMS reagiu diante do surto do vírus e de supostas influências externas, o diretor-geral da agência anunciou, em julho de 2020, o Painel Independente para Preparação e Resposta à Pandemia, que avaliará a conduta da OMS e das nações durante a crise sanitária. O conselho executivo desse painel apresentará relatório na próxima AMS, em 2021. O diretor-geral solicitou, ainda, que se faça uma autoavaliação honesta das condutas governamentais frente à uma das piores crises sanitárias da história (OPAS, 2020e).

**ARTICULAÇÕES OMS-BRASIL FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19**

As imprecisões científicas quanto à Covid-19, a alta velocidade de disseminação do vírus e a inexistência de formas eficazes de tratamento da doença suscitam incertezas quanto a quais seriam as melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia em diferentes regiões do mundo. No Brasil, no entanto, as problemáticas são acrescidas a um contexto preexistente de grande desigualdade socioeconômica, precariedade nas condições de vida, moradia e saneamento básico, além das situações de aglomeração, sobretudo nos grandes centros urbanos (WERNECK, 2020). Para além do drama estrutural, os brasileiros ainda são acometidos por uma normatização das desigualdades e uma onda de políticas neoliberais. O conjunto dessas condições territoriais e políticas fez o Brasil perder o controle da pandemia e o projetou como o terceiro país do mundo com o maior número de casos confirmados, com 5.235.344 de infectados, até 19 de outubro de 2020, e o segundo no *ranking* de óbitos, com 153.905, até 19 de outubro de 2020 (BRASIL, 2020). Frente a essa conjuntura, os olhos da OMS e da Opas se voltaram para o Brasil, porque, além do impacto interno que a Covid-19 pode causar, seu grande contingente populacional e dimensões continentais podem afetar outras regiões do globo.

Antes das primeiras notificações da Covid-19 na América Latina, a Opas iniciou ações em parceria com o Ministério da Saúde, e

“

As imprecisões científicas quanto à Covid-19, a alta velocidade de disseminação do vírus e a inexistência de formas eficazes de tratamento da doença suscitam incertezas quanto a quais seriam as melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia

posteriormente com outros atores, para responder à pandemia. A primeira ação foi um treinamento realizado com o Brasil e outros 9 países (Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai), sobre diagnóstico laboratorial do novo coronavírus (OPAS, 2020b).

Esta não foi a única capacitação promovida pela agência. Em março, foi realizado, a pedido do Ministério da Saúde, um treinamento para especialistas em Saúde Pública do Brasil no uso do Go.Data, ferramenta utilizada para apoiar e facilitar a investigação de surtos, incluindo coleta de dados em campo, rastreamento de contatos e visualização de cadeias de transmissão. Somada às capacitações, a série de medidas realizadas pela Opas consistiu, ainda, em auxiliar a capacidade de diagnóstico do Brasil, com doação de 10 milhões de testes do tipo *Reverse-transcriptase Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), que detectam a infecção pelo vírus causador da Covid-19, disponibilizar ferramentas de apoio à tomada de decisões, e realizar seminários com especialistas de diferentes nações a fim de apoiar o desenvolvimento de protocolos e parcerias com os Estados (OPAS, 2020b).

Além dessas ações no território brasileiro, a organização vem conduzindo seus trabalhos, entre outras medidas, a partir da formulações de políticas, protocolos, manuais, pesquisas e pareceres técnicos nos diversos segmentos da saúde, com o fim de orientar os países quanto ao manejo da Covid-19 (OMS, 2020a). Nessa perspectiva, mesmo que não se trate de interferências diretas da OMS no Brasil, suas orientações influenciam significativamente os processos decisórios adotados pelo governo local, ou como proposições aliadas às condições internas ou como propostas antagônicas e, conseqüentemente, como alvo de disputas políticas e ideológicas.

Nesse sentido, é possível perceber o antagonismo do atual governo às políticas da OMS, por exemplo, quando o número de casos da Covid-19 crescia na Espanha e Itália, e o Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, em 16 de março de 2020, afirmava a necessidade de realização de testes em massa para as nações, o governo brasileiro não adotou nenhuma diretriz para testagem massiva, apesar de essa recomendação ser um dos pilares para o enfrentamento da pandemia (OMS, 2020k).

Nessa conjuntura política e ideológica, o atual presidente brasileiro, Jair Bolsonaro, fez críticas à OMS e ameaçou a saída do Brasil da organização. A fala foi proferida em coletiva de imprensa, no dia 9 de junho de 2020, na porta do Palácio da Alvorada (BOLSONARO, 2020):

A OMS é uma organização que tá titubeando, parece mais um partido político. Não é à toa que o presidente americano [Donald Trump] deixou de lado, deixou de contribuir para OMS. O Brasil vai pensar nisso tão logo acabe esse problema da pandemia [COVID-19]. A gente vai pensar seriamente se sai ou não, porque não transmite mais confiança para nós [...] Essa entidade não agiu, no meu entender, não é de agora, com a devida responsabilidade que tinha que ter no trato dessa questão (1m55s-2m38s, transcrição nossa).

Na esteira dessas críticas do presidente, o Ministro das Relações Exteriores, Ernesto Araújo, propõe uma investigação sobre a atuação da OMS durante a pandemia. Para ele, o “vai e vem” das decisões tomadas pela instituição inibe o desempenho dos países frente à emergência internacional de saúde pública (CHARLEAUX, 2020). Tais ameaças não consideram apenas os acontecimentos no âmbito interno, mas consideram também a manutenção das relações de poder no cenário internacional, protagonizadas pela relação da OMS com os EUA e a China.

É fundamental destacar que os impactos da saída dos EUA e de uma possível saída do Brasil da organização apresentam consequências distintas. Alicerçado por um poder econômico, o país norte-americano é um dos maiores contribuintes da OMS, chegando na casa dos US\$ 400 milhões de dólares apenas no ano de 2019, o que representou 15% da receita total da instituição. Em contrapartida, o Brasil possui *status* de devedor. O maior país da América Latina não quita as cotas de contribuição junto à OMS desde 2019, com dívida avaliada em US\$ 33 milhões de dólares (CHARLEAUX, 2020). Preocupa o fato de que não é a primeira vez que o governo Bolsonaro assume postura semelhante à do governo Trump, mesmo sem possuir nível de domínio e influência político-econômica mundial semelhante aos EUA. A defesa voraz da hidroxicloroquina por parte do governo brasileiro após o posicionamento de Trump, mesmo sem respaldo científico, é um exemplo. A ameaça de saída da OMS pode ser compreendida, ainda, como uma estratégia de “cortina de fumaça”, consistindo em uma tentativa governamental de mascarar sua responsabilidade e sua má gestão frente à proporção que a pandemia tomou no Brasil.

No que se refere à China, o atual governo brasileiro acredita haver uma relação bastante próxima da OMS com o país asiático. Apesar de ser o principal parceiro comercial do Brasil desde 2009, existe um tensionamento entre o atual governo federal e Pequim, baseado em argumentos ideológicos. Governada pelo Partido Comunista Chinês, a China é encarada pelo presidente brasileiro como uma “ameaça comunista” e, conseqüentemente, como um

inimigo (CHARLEAUX, 2020). As disputas comerciais entre China e EUA são um marco singular nesse cenário. Reconhecendo o alinhamento político entre os atuais presidentes do Brasil e EUA, mesmo com as inclinações de ganhos para os EUA, o Brasil direciona ataques aos chineses na tentativa de apoiar seu aliado.

Nesse contexto, uma saída do Brasil da OMS poderia acarretar a exclusão do país das articulações políticas internacionais lideradas pela organização, além de um possível bloqueio das agendas globais no território brasileiro. É a partir da Opas que são adquiridos, por exemplo, testes para a Covid-19. Sem essa parceria, o Brasil poderia reduzir suas possibilidades de aquisição de insumos (CHADE, 2020b). É preocupante a postura política do governo brasileiro em não reconhecer a histórica articulação do país com a OMS/Opas e o imprescindível apoio dessas organizações para a formulação de respostas eficientes a outras crises sanitárias, com destaque para recente epidemia da síndrome congênita causada pelo zika vírus (BUENO, 2017).

#### **PANORAMA DA OMS E PERSPECTIVAS DE ENFRENTAMENTO DAS CRISES SANITÁRIA E SISTÊMICA**

Ao longo desses pouco mais de 70 anos de história, a OMS viveu as mudanças nas diferentes estruturas políticas, econômicas e sociais do mundo. Com um papel protagonista nesses rearranjos, esteve estreitamente envolvida nas transições dos processos de saúde e doença da população e nos modelos de atenção à saúde, apresentando sucesso em diversas crises sanitárias, inclusive na erradicação de determinadas doenças, no apoio para o desenvolvimento e distribuição de insumos de saúde, e na garantia do acesso a serviços de saúde de populações mais vulneráveis, mediante atuação conjunta, ao lado de seus Estados-membros e atores sociais.

Crises também foram e são tecidas na estrutura da OMS e marcam a historicidade da organização. Para Ventura e Perez (2014), há cinco principais indicadores de conflitos na OMS: perda de protagonismo, mediante disputas com outras instituições internacionais e entidades privadas; carência e natureza do financiamento, sendo esse um aspecto singular na atual conjuntura, marcada pelo decréscimo na arrecadação de receitas provenientes dos Estados-membros; interesses conflitantes dos especialistas, havendo dissenso quanto à agenda de trabalho e às prioridades das intervenções; problemas de comunicação, apresentando quantitativos exorbitantes de documentos, em linguagem tecnocrática e repetitivos;



uma saída do Brasil da OMS poderia acarretar a exclusão do país das articulações políticas internacionais lideradas pela organização, além de um possível bloqueio das agendas globais no território brasileiro

e dificuldade na governança interna, tanto nas relações entre as diretorias quanto entre elas e os Estados-membros.

Em meio às tensões políticas e econômicas que cercam as organizações internacionais, e com a necessidade de reformulações organizacionais, a OMS se depara com uma das maiores e mais importantes crises sanitárias do século, a pandemia da Covid-19. Para além do alto grau de transmissibilidade do vírus e de seus efeitos devastadores em múltiplos campos, aspectos por si só já bastante preocupantes, a agência precisa lidar com a experiência tangível de que a crise na saúde é, indissociavelmente, parte de uma crise sistêmica de governos.

No cenário nacional, a independência da ciência e da própria OMS são questionadas a todo momento por distintos atores civis e públicos, comprometidos ativamente com políticas neoliberais e negligentes em suas responsabilidades sociais perante a desigualdade crônica. O crescente engajamento que o Brasil vinha desempenhando dentro da OMS, chegando ao posto de décimo Estado-membro com maior volume de contribuições no ano de 2013 (VENTURA, 2013), dá lugar ao *status* de devedor e ameaça uma possível ruptura com a agência.

O panorama futuro da OMS é incerto, tendo em vista a dupla dificuldade de enfrentar a pandemia e lidar com disputas mercadológicas. Como importante ator no processo, com considerável possibilidade de capilarização continental, espera-se que a

organização reassume o papel de compromisso com a garantia da saúde dos povos, a partir da concepção de estado de bem-estar social, e restabeleça sua credibilidade frente às desconfianças que atingem as entidades internacionais. Por fim, um dos grandes desafios futuros da organização será a política adotada para produção e distribuição das vacinas para Covid-19. Ainda é incerta a forma pela qual os Estados terão acesso às vacinas, sobretudo aqueles mais vulneráveis socioeconomicamente. Também não se sabe se os conflitos institucionais da OMS comprometerão esse processo. Vale destacar o valor da saúde da população não enquanto mercadoria de compra e venda, mas como condição *sine qua non* para a presença e a continuidade humana no planeta.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (org.). *A demolição de direitos: um exame das políticas do banco mundial para a educação e a saúde (1980-2013)*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. p. 183-232.
- ALMEIDA, C.; CAMPOS, R. P. Multilateralismo, ordem mundial e Covid-19: questões atuais e desafios futuros para a OMS. *SciELO Preprints*, p. 1-36, ago. 2020. No prelo. Doi: 10.1590/SciELOPreprints.1115.
- ANVISA. *Regulamento Sanitário Internacional RSI - 2005*. Brasília: ANVISA, 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011173/Regulamento+Sanit%C3%A1rio+Internacional.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- BLANCHARD, B.; HEINRICH, M. *Taiwan says WHO not sharing coronavirus information it provides, pressing complaints*. Reuters, 2020. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-taiwan-who-idUSKBN21H1AU>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- BOLSONARO, J. M. *OMS não transmite mais confiança a nós*. Entrevista coletiva concedida no Palácio da Alvorada, Brasília, DF, 9 jun. 2020. Band Jornalismo. 2020. Disponível em: [https://youtu.be/CoGM\\_LOC6Jk](https://youtu.be/CoGM_LOC6Jk). Acesso em: 28 jun. 2020.
- BRASIL. *COVID-19 - Painel Coronavírus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 19 out. 2020.
- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, 2006.
- BUENO, F. T. C. Health surveillance and response on a regional scale: A preliminary study of the Zika virus fever case. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, p. 2305-2314, 2017.
- CHADE, J. Brasil entra em acordo mundial de vacinas para covid-19, mas terá de pagar. *Notícias UOL*, São Paulo, 15 jul. 2020, 12:11. 2020a. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/07/15/brasil-entra-em-acordo-mundial-de-vacinas-mas-tera-de-pagar-pelas-doses.htm>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- CHADE, J. Saída da OMS isolará Brasil; acesso à vacina e tratamento será prejudicado. *Notícias UOL*, São Paulo, 6 jun. 2020, 10:46. 2020b. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/06/06/saida-da-oms-isolara-brasil-acesso-a-vacina-e-tratamento-sera-prejudicado.htm>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- CHARLEAUX, J. P. Que papel o Brasil tem na OMS. E qual a consequência de deixá-la. *Nexo*, São Paulo, 14 jun. 2020, 15:47. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/06/14/Que-papel-o-Brasil-tem-na-OMS.-E-qual-a-consequ%C3%Aancia-de-deix%C3%A1-la>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, Rio de Janeiro,

- v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. Doi: 10.1590/S0100-69912007000600012.
- CUETO, M.; BROWN, T. M.; FEE, E. The Birth of the World Health Organization, 1945-1948. In: CUETO, M.; BROWN, T. M.; FEE, E. *The World Health Organization: A History*. Cambridge: Cambridge University Press, 2019a. p. 34-61. Doi: 10.1017/9781108692878.
- CUETO, M.; BROWN, T. M.; FEE, E. The Response to the HIV/Aids Pandemic. In: CUETO, M.; BROWN, T. M.; FEE, E. *The World Health Organization: A History*. Cambridge: Cambridge University Press, 2019b. p. 203-238. Doi: 10.1017/9781108692878.
- CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2020002, 2020.
- D'AVILA, C. O médico brasileiro que foi diretor-geral da Organização Mundial da Saúde por 20 anos. *Café História*, Brasília, DF, 1 jun. 2020. Disponível em: [https://www.cafehistoria.com.br/o-medico-brasileiro-que-foi-diretor-geral-da-oms/#\\_ftn12](https://www.cafehistoria.com.br/o-medico-brasileiro-que-foi-diretor-geral-da-oms/#_ftn12). Acesso em: 10 jul. 2020.
- DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00104120, abr. 2020. Doi: 10.1590/0102-311X00104120.
- FARR, M. Australian PM pushes for WHO overhaul including power to send in investigators. *The Guardian*, Londres, 22 abr. 2020, 8:42. Disponível em: <https://www.theguardian.com/australia-news/2020/apr/22/australian-pm-pushes-for-who-overhaul-including-power-to-send-in-investigators>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- FEE, E.; CUETO M.; BROWN, T. M. At the roots of the World Health Organization's challenges: politics and regionalization. *American Journal of Public Health*, v. 106, n. 11, p. 1912-1917, 2016.
- FINEBERG, H. V. Pandemic Preparedness and Response - Lessons from the H1N1 Influenza of 2009. *The New England Journal of Medicine*, v. 370, n. 14, p. 1335-1342, 2014.
- GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, mai. 2016. Doi: 10.1590/1413-81232015215.04402016.
- JACOBSON, L. E. President's Emergency Plan for Aids Relief (PEPFAR) Policy Process and the Conversation around HIV/Aids in the United States. *Journal of Development Policy and Practice*, v. 5, n. 2, p. 149-166, 2020. Doi: 10.1177/2455133320952210.
- KAMRADT-SCOTT, A. WHO's to blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola outbreak in West Africa. *Third World Quarterly*, v. 37, n. 3, p. 401-418, 2016. Doi: 10.1080/01436597.2015.1112232.
- KIM, J. Y.; AMMANN A. Is the "3 by 5" initiative the best approach to tackling the HIV pandemic? *PLoS Med*, v. 1, n. 2, p. e37, 2004. Doi: 10.1371/journal.pmed.0010037.
- KIM, Y. S. World Health Organization and Early Global Response to HIV/Aids: Emergence and Development of International Norms. *Journal of International and Area Studies*, v. 22, n. 1, p. 19-40, 2015.
- LEE, T.-L. Time for a Committee C for the WHO? COVID-19 and a more inclusive participation and accountable WHO. *Journal of Global Health Reports*, v. 4, p. 19-21, 2020.
- LI, Q. *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 13, p. 1199-1207, 2020.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz-Opas; 2002. p. 23-116.
- LU, H.; STRATTON, C.W.; TANG, Y-W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol*, v. 92, p. 401-402, 2020. Doi: 10.1002/jmv.25678.
- MENDES, P. A Raiz e o fruto na análise da política externa dos Estados: uma perspectiva eclética. *Relações Internacionais*, v. 16, p. 129-144, dez. 2007.
- OMS. *Update 95 - SARS: Chronology of a serial killer*. Genebra: OMS, 2003. Disponível em: [https://www.who.int/csr/don/2003\\_07\\_04/en/](https://www.who.int/csr/don/2003_07_04/en/). Acesso em: 17 out. 2020.
- OMS. *Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19)*. Genebra: OMS, 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>. Acesso em: 25 jul. 2020.

- OMS. *Novel Coronavirus (2019-nCoV) Advice for the Public*. Genebra: OMS, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em 25 jul 2020.
- OMS. *Novel Coronavirus (2019-nCoV), Situation Report – 12*, 1 fev. 2020. Genebra: OMS, 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200201-sitrep-12-ncov.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- OMS. *Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance*. Genebra: OMS, 2020d. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/2020/operational-considerations-for-case-management-of-covid-19-in-health-facility-and-community-interim-guidance,-19-march-2020>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- OMS. *Strategic preparedness and response plan*. Genebra: OMS, 2020e. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>. Acesso em: 20 jul. 2020.
- OMS. *The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator*. Genebra: OMS, 2020f. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>. Acesso em: 22 jul. 2020.
- OMS. *Timeline of WHO's response to COVID-19*. Genebra: OMS, 2020g. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- OMS. *WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic*. Genebra: OMS, 2020h. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- OMS. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Genebra: OMS, 2020i. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 18 out. 2020.
- OMS. *WHO discontinues hydroxychloroquine and lopinavir/ritonavir treatment arms for COVID-19*. Genebra: OMS, 2020j. 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: 20 jul. 2020.
- OMS. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 16 March 2020*. Genebra: OMS, 2020k. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-march-2020>. Acesso em: 23 jul. 2020.
- OMS. *WHO Director-General's Remarks at the Media Briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020*. Genebra: OMS, 2020l. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- ONU. *17 Objetivos para transformar nosso mundo*. Brasília, DF: Nações Unidas Brasil, 2015. Disponível em: <https://naacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em: 15 jul. 2020.
- ONU. OMS: Porque é que a epidemia do HIV ainda não acabou. *ONU News*, Nova Iorque, 30 nov. 2018. 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/11/1649901>. Acesso em: 12 jul. 2020.
- OPAS. *Um ano após notificação do surto de microcefalia no Brasil, OPAS/OMS segue apoiando país em investigações e resposta*. Opas Brasil, Brasília, 26 out. 2016. 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5276](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5276). Acesso em: 17 out. 2020.
- OPAS. *COVID-19 Situation in the Region of the Americas*. Washington, DC: OPAS, 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic>. Acesso em: 18 out. 2020.
- OPAS. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Washington, DC: OPAS, 2020b. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 18 out. 2020.
- OPAS. Fundação das Nações Unidas e parceiros lançam primeiro fundo solidário de resposta à COVID-19. *OPAS*, Washington, DC, 13 mar. 2020. 2020c. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6121](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6121). Acesso em: 20 jul. 2020.
- OPAS. Mais de 150 países manifestam interesse em mecanismo de acesso global à vacina contra COVID-19. *OPAS*, Washington,

- DC, 15 jul. 2020. 2020d. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6231](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6231). Acesso em: 20 jul. 2020.
- OPAS. OMS anuncia avaliação independente da resposta global à COVID-19. OPAS, Washington, DC, 9 jul. 2020. 2020e. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6225](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6225). Acesso em: 26 jul. 2020.
- PIOT, P. “Why Aids is Exceptional”. Speech given at the London School of Economics. London, 2005. Disponível em: <http://docplayer.net/59167561-Speech-why-Aids-is-exceptional-speech-given-at-the-london-school-of-economics-london-8-february-by-dr-peter-piot-unAids-executive-director.html>. Acesso em: 19 jul. 2020.
- PREM, K. *et al.* The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet Public Health*, v. 5, n. 5, p. e261–e270, 2020.
- RICHTER, J. WHO reform and public interest safeguards: an historical perspective. *Social Medicine*, v. 6, n. 3, p. 141-150, 2012.
- SALZBERGER, B.; GLÜCK, T.; EHRENS-TEIN, B. Successful containment of COVID-19: the WHO-Report on the COVID-19 outbreak in China. *Infection*, v. 48, n. 2, p. 151–153, 2020.
- SOHRABI, C. *et al.* World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, v. 76, n. February, p. 71–76, 2020.
- STEVANIM, L. F. Uma vacina para a humanidade: da expectativa à realidade, os esforços para se chegar a uma vacina contra a covid-19 acessível à população. *Radis Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 216, p. 12-21, 2020.
- UNICEF. OMS e UNICEF firmam parceria na resposta à pandemia por meio do Fundo de Resposta Solidária Covid-19. *Unicef Brasil*, 3 abr. 2020. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/oms-e-unicef-firmam-parceria-na-resposta-a-pandemia-por-meio-do-fundo-de-resposta-solidaria-covid-19>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- VENTURA, D. Saúde pública e política externa brasileira. *Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos*, v. 10, n. 19, p. 109-17, 2013.
- VENTURA, D.; PEREZ, F. A. Crise e reforma da organização mundial da saúde. *Lua Nova*, v. 92, p. 45-77, 2014.
- VERITY, R. *et al.* Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 20, n. 6, p. 669–677, 2020.
- WENHAM, C.; FARIAS, D. B. Securitizing Zika: The case of Brazil. *Security Dialogue*, v. 50, n. 5, p. 398-415, 2019. Doi: 10.1177/0967010619856458.
- WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: Crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, p. 1–4, 2020.
- WHA (World Health Assembly). *Resolução 60/28, de 23 de maio de 2007*. Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. Genebra: WHA, 2011. Disponível em: [https://www.who.int/influenza/resources/pip\\_framework/en/](https://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/en/). Acesso em: 18 out. 2020.



**Texto submetido em:** 31 jul. 2020. **Aprovado em:** 16 out. 2020.

MOREIRA, Rafael da Silveira; SANTOS, Lucas Fernando Rodrigues dos; SOUSA, Marcos Henrique Oliveira. Organização Mundial da Saúde: origem, políticas e atuação durante a pandemia de Covid-19. *Estudos Universitários: revista de cultura*, Recife, v. 37, n. 1/2, p. 111-135, dez. 2020. ISSN Edição Digital: 2675-7354.