

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

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

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

Leandro Luiz Viegas <sup>1</sup>  
Deisy de Freitas Lima Ventura <sup>2</sup>  
Miriam Ventura <sup>3</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00168121

### Resumo

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

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

### Correspondência

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

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



## Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## A origem da proposta de regulação internacional das pandemias

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

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

movimento, levando os membros do G7, da OMS e do G20 a discutirem a potencial utilidade de um novo tratado <sup>22</sup>.

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

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

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

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

## O reconhecimento da indissociabilidade entre medidas quarentenárias e de proteção social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*amplamente e transformar as vacinas em fontes de lucro, com patentes de custo elevado, pagando royalties incompatíveis com as economias nacionais de países explorados e colonizados”* <sup>56</sup> (p. 9).

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

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

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

## **Uma OMS “com dentes”? Análise crítica dos mecanismos de transparência e controle**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

## Colaboradores

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

## Informações adicionais

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

## Agradecimentos

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

## Referências

1. Ventura DF, Bueno FT. De líder a paria de la salud global: Brasil como laboratorio del “neoliberalismo epidemiológico” ante la COVID-19. *Foro Internacional* 2021; LXI: 427-67.
2. McKee M, Gugushvili A, Koltai J, Stuckler D. Are populist leaders creating the conditions for the spread of COVID-19? Comment on “A Scoping Review of Populist Radical Right Parties’ Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe”. *Int J Health Policy Manag* 2021; 10:511-5.
3. Delmas-Marty M. Le rêve de perfection transforme nos Etats de droit en Etats policiers. *Le Monde* 2021. 1 mar. [https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/01/mireille-delmas-marty-le-reve-de-perfection-transforme-nos-etats-de-droit-en-etats-policiers\\_6071518\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/03/01/mireille-delmas-marty-le-reve-de-perfection-transforme-nos-etats-de-droit-en-etats-policiers_6071518_3232.html).
4. Alviar H, Azoulai L, Bismuth R, Forray V, Muir Watt H, Perelman J, et al. Ce que la COVID-19 révèle du rapport entre le monde et le droit. In: Lazar M, editor. *Le monde d’aujourd’hui: les sciences sociales au temps de la Covid*. Paris: Presses de Sciences Po; 2020. p. 169-89.
5. Ventura DF, Duarte FR. Atividades consideradas essenciais no Brasil durante a pandemia, *Boletim Direitos na Pandemia* 2021; (10): 32-44.
6. Ventura DF, Ferraz O, organizadores. Dossiê “Pandemias, Direito e Judicialização”. *Revista Direito e Práxis* 2021; 12(3).
7. Mann JM, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, Fineberg HV. Health and human rights. *Health Hum Rights* 1994; 1:6-23.
8. Brasil. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. *Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Diário Oficial da União* 1992; 7 jul.
9. Mykhalovskiy E, Kazatchkine C, Foreman-Mackey A, McClelland A, Peck R, Hastings C, et al. Human rights, public health and COVID-19 in Canada. *Can J Public Health* 2020; 111:975-79.
10. World Health Organization. Addressing human rights as key to the COVID-19 response. <https://www.who.int/publications/i/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-COVID-19-response> (acessado em 05/Jul/2021).
11. United Nations Economic and Social Council. Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights. U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985). <http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusaprinciples.html> (acessado em 05/Jul/2021).
12. World Health Organization. *International health regulations* (2005). 3<sup>rd</sup> Ed. Geneva:

- World Health Organization; 2016.
13. Brasil. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da União 2020; 30 jan.
  14. Wenham C, Kavanagh M, Phelan A, Rushton S, Voss M, Halabi S, et al. Problems with traffic light approaches to public health emergencies of international concern. *Lancet* 2021; 397:1856-8.
  15. World Health Organization. Special session of the World Health Assembly to consider developing a WHO convention, agreement or other international instrument on pandemic preparedness and response. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\(16\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(16)-en.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  16. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  17. Organização Mundial da Saúde. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/tabaco/convencao-quadro/arquivos/convencao-quadro-tabaco> (acessado em 05/Jul/2021).
  18. World Health Organization. History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. <https://www.who.int/fctc/about/history/en/> (acessado em 05/Jul/2021).
  19. Borges LC, Menezes HZ, Souza IML. Dilemas na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00136919.
  20. Gostin LO, Friedman EA. Towards a Framework Convention on Global Health: a transformative agenda for global health justice. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2013; 13:1-75.
  21. Gostin LO, Friedman EA, Ooms G, Gebauer T, Gupta N, Sridhar D, et al. The joint action and learning initiative: towards a global agreement on national and global responsibilities for health. *PLoS Med* 2011; 8:e1001031.
  22. European Council. G7 leaders' statement, 19 February 2021. <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/02/19/g7-february-leaders-statement/> (acessado em 05/Jul/2021).
  23. European Council. "COVID-19 shows why United action is needed for more robust international health architecture". – Op-ed article by President Charles Michel, WHO Director General Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus and more than 20 world leaders. <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2021/03/30/pandemic-treaty-op-ed/> (acessado em 05/Jul/2021).
  24. The Independent Panel for Pandemics Preparedness & Response. COVID-19: make it the last pandemic. [https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic\\_final.pdf](https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  25. World Health Organization. WHO's work in health emergencies. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_9Add1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-en.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  26. Global Preparedness Monitoring Board. A world in disorder. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020> (acessado em 05/Jul/2021).
  27. Wanted: rules for pandemic data access that everyone can trust. *Nature* 2021; 594:8.
  28. Moon S, Kickbusch I. A pandemic treaty for a fragmented global polity. *Lancet Public Health* 2021; 6:e355-6.
  29. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Pandemia e direitos humanos nas Américas. Resolução 1/2020. <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf> (acessado em 05/Jul/2021).
  30. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Derechos humanos de las personas con COVID-19. Resolución 4/2020. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-4-20-es.pdf> (acessado em 05/Jul/2021).
  31. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. As vacinas contra a COVID-19 no âmbito das obrigações interamericanas de direitos humanos. Resolução 1/2021. <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-21-pt.pdf> (acessado em 05/Jul/2021).
  32. Lowcock EC, Rosella LC, Foisy J, McGeer A, Crowcroft N. The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity. *Am J Public Health* 2012; 102:e51-8.
  33. Vélez AC, Diniz SG. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. *Reprod Health Matters* 2016; 24: 57-61.
  34. Osazuwa-Peters N. Determinants of health disparities: the perennial struggle against polio in Nigeria. *Int J Prev Med* 2011; 2:117-21.
  35. Harman S. Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Q* 2016; 37:524-41.
  36. Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020; 74:964-8.
  37. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health* 2021; 9:e782-92.
  38. Ribeiro KB, Ribeiro AF, Veras MASM, de Castro MJ. Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. *Int J Epidemiol* 2021; 50:732-42.
  39. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet*

- Glob Health 2020; 8:e1018-26.
40. United Nations. Policy brief: the impact of COVID-19 on food security and nutrition. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg\\_policy\\_brief\\_on\\_covid\\_impact\\_on\\_food\\_security.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  41. Frey I. “Herd immunity” is epidemiological neoliberalism. <https://economicsociology.org/2020/04/24/herd-immunity-is-epidemiological-neoliberalism/> (acessado em 05/Jul/2021).
  42. Nunes JA. Pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00063120.
  43. International Labour Organization. Social Protection Inter-Agency Cooperation Board. <https://www.ilo.org/newyork/at-the-un/social-protection-inter-agency-cooperation-board/lang--en/index.htm> (acessado em 05/Jul/2021).
  44. Social Protection Interagency Cooperation Board. A joint statement on the role of social protection in responding to the COVID-19 pandemic. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---soc\\_sec/documents/genericdocument/wcms\\_740551.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/genericdocument/wcms_740551.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  45. Rutkowski M. How social protection can help countries cope with COVID-19. *World Bank Blogs* 2020; 15 apr. <https://blogs.worldbank.org/voices/how-social-protection-can-help-countries-cope-COVID-19>.
  46. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama social da América Latina 2020. Resumo executivo. <https://www.cepal.org/pt-br/publicaciones/46784-panorama-social-america-latina-2020-resumo-executivo> (acessado em 05/Jul/2021).
  47. Hunt P, Khosla R. Acesso a medicamentos como um direito humano. *Sur Rev Int Direitos Human* 2008; 5:100-21.
  48. Biehl J. Theorizing global health. *Med Anthropol Theory* 2016; 3:127-42.
  49. World Health Organization. Sixty-ninth World Health Assembly. Resolutions and decisions. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69-REC1/A69\\_2016\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  50. Correa C. O Acordo TRIPS e o acesso a medicamentos nos países em desenvolvimento. *Sur Rev Int Direitos Human* 2005; 2:26-39.
  51. Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00123117.
  52. United Nations. COVID-19 and human rights: we are all in this together. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief\\_on\\_human\\_rights\\_and\\_covid\\_23\\_april\\_2020.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_human_rights_and_covid_23_april_2020.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
  53. Human Rights Council, United Nations. Implementation and enhancement of international cooperation in the field of human rights. <https://undocs.org/A/HRC/44/28> (acessado em 05/Jul/2021).
  54. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, United Nations. Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights. <https://undocs.org/E/C.12/2020/1> (acessado em 05/Jul/2021).
  55. Dias LC. Coalizão Covax e a disputa mundial pelas vacinas contra COVID-19. *Jornal da UNICAMP* 2020; 28 sep. <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/artigos/luiz-carlos-dias/coalizao-covax-e-disputa-mundial-pelas-vacinas-contr-COVID-19>.
  56. Corrêa H, Ribeiro A. Vacinas contra a COVID-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial. *Saúde Debate* 2021; 45: 5-18.
  57. World Health Organization. WHO Director-General’s opening remarks at 148th session of the Executive Board. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board> (acessado em 05/Jul/2021).
  58. World Health Organization. Director-General’s opening remarks at Paris Peace Forum Spring Meeting – 17 May 2021. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-paris-peace-forum-spring-meeting-17-may-2021> (acessado em 05/Jul/2021).
  59. The world must learn from COVID before diving into a pandemic treaty. *Nature* 2021; 592:165-6.
  60. Diretora da OPAS pede que lacuna “gritante” no acesso a vacinas contra COVID-19 seja preenchida ampliando sua produção na América Latina e no Caribe. *OPAS Notícias* 2021; 19 may. <https://www.paho.org/pt/noticias/19-5-2021-diretora-da-opas-pede-que-lacuna-gritante-no-acesso-vacinas-contr-COVID-19-seja>.
  61. Médicos Sem Fronteiras. Em movimento histórico, Índia e África do Sul propõem que não haja patentes sobre os medicamentos para COVID-19. <https://www.msf.org.br/noticias/em-movimento-historico-india-e-africa-do-sul-propoem-que-nao-haja-patentes-sobre-os> (acessado em 05/Jul/2021).
  62. Proposta para suspender patente de vacinas trava na OMC. *Deutsche Welle* 2021; 12 mar. <https://www.dw.com/pt-br/sem-apoio-do-brasil-proposta-para-suspender-patente-de-vacinas-trava-na-omc/a-56859401>.
  63. Vacinas e patentes – Nota à Imprensa Conjunta do Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Economia, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. [https://www.gov.br/mre/pt-br/canais\\_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/nota-a-imprensa-conjunta-do-ministerio-das-relacoes-exteriores-ministerio-da-economia-ministerio-da-saude-e-ministerio-da-ciencia-tecnologia-e-inovacoes-sobre-vacinas-e-patentes](https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/nota-a-imprensa-conjunta-do-ministerio-das-relacoes-exteriores-ministerio-da-economia-ministerio-da-saude-e-ministerio-da-ciencia-tecnologia-e-inovacoes-sobre-vacinas-e-patentes) (acessado em 05/Jul/2021).

64. World Health Organization. Strengthening local production of medicines and other health technologies to improve access. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_R6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R6-en.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
65. World Health Organization. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report by the Director-General. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_17-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_17-en.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
66. Global Health Security Agenda. A partnership against global health threats. <https://ghsagenda.org/> (acessado em 05/Jul/2021).
67. World Health Organization. Voluntary joint external evaluations (JEE) prompt much-needed multisectoral dialogues for health security: case study. Geneva: World Health Organization; 2021.
68. Talisuna A, Yahaya AA, Rajatonirina SC, Stephen M, Oke A, Mpairwe A, et al. Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities: current status and lessons learnt in the WHO African region. *BMJ Glob Health* 2019; 4:e001312.
69. Gupta V, Kraemer JD, Katz R, Jha AK, Kerry VB, Sane J, et al. Analysis of results from the Joint External Evaluation: examining its strength and assessing for trends among participating countries. *J Glob Health* 2018; 8:020416.
70. World Health Organization. Extended list of Ebola review. <https://www.who.int/about/evaluation/extended-list-of-ebola-reviews-may2016.pdf?ua=1> (acessado em 05/Jul/2021).
71. World Health Organization. Ebola interim assessment panel. <https://www.who.int/about/evaluation/Ebola-Interim-Assessment-Panel.pdf?ua=1> (acessado em 05/Jul/2021).
72. World Health Organization. Review committee on the role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola outbreak and response. <https://www.who.int/about/evaluation/Review-Committee-on-the-Role-of-the-IHR-2005-in-the-Ebola-Outbreak-and-Response.pdf?ua=1> (acessado em 05/Jul/2021).
73. Ventura DF, Perez FA. Crise e reforma da organização mundial da saúde. *Lua Nova* 2014; (92):45-77.
74. Ventura DF. Direito e saúde global: o caso da pandemia de gripe A (H1N1). São Paulo: Outras Expressões/Dobra Editorial; 2013.
75. Ventura DFL. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00033316.
76. Gostin LO, Katz R. The International Health Regulations: the governing framework for global health security. *Milbank Q* 2016; 94:264-313.
77. Eccleston-Turner M, Kamradt-Scott A. Transparency in IHR emergency committee decision making: the case for reform. *BMJ Glob Health* 2019; 4:e001618.
78. Fidler DP. To declare or not to declare: the controversy over declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo. *Asian Journal of WTO & International Health Law and Policy* 2019; 14:287-330.
79. Mullen L, Potter C, Gostin LO, Cicero A, Nuzzo JB. An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Concern designations. *BMJ Glob Health* 2020; 5:e002502.
80. Grigorescu A. Transparency of intergovernmental organizations: the roles of member States, international bureaucracies and non-governmental organizations. *Int Stud Q* 2007; 51:625-48.
81. World Health Organization. Strengthening preparedness for health emergencies: implementation of the International Health Regulations (2005). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_19-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-en.pdf) (acessado em 05/Jul/2021).
82. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the World Health Assembly. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly> (acessado em 05/Jul/2021).
83. Hernandez MC, Da Rosa W. A temática migratória na revisão periódica universal dos EUA: oportunidade política diante do hegemon. *Lua Nova* 2019; (108):65-100.
84. Gostin LO, Friedman EA, Dueck L. The world needs a post-pandemic health treaty with teeth. *Foreign Policy* 2021; 5 apr. <https://foreignpolicy.com/2021/04/05/who-un-pandemic-treaty-health-regulations/>.
85. Braswell H. Covid pandemic should serve as 'Chernobyl moment' for global health reform, international experts say. *Stat News* 2021; 12 may. <https://www.statnews.com/2021/05/12/covid-pandemic-should-serve-as-chernobyl-moment-for-global-health-reform-international-experts-say/>.
86. Fukuda-Parr S, Buss P, Yamin A. Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security. *BMJ Glob Health* 2021; 6:e006392.
87. Larousse. Fuite. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fuite/35506#155914> (acessado em 05/Jul/2021).

## Abstract

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

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

## Resumen

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

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

---

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