

Informações do autor

Bernardo Torres Portela: Graduado em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI/SC), tem especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (IS/SP) e atualmente cursa Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC/SP). E-mail: portelatbernardo@gmail.com. Telefone: (11) 9 490-06169

CRISE DA GOVERNANÇA GLOBAL EM SAÚDE: COVID-19 E SEUS IMPACTOS À SAÚDE GLOBAL

CRISIS DE LA GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD: COVID-19 Y SUS IMPACTOS EN LA SALUD GLOBAL

Bernardo Torres Portela¹

RESUMO: A Organização Mundial da Saúde (OMS) pretende ser a autoridade central da governança global da saúde. Dotada de poderes sem precedentes para a elaboração de convenções e regulamentos com força vinculativa aos seus Estados-membros, a Organização, ao longo dos seus 75 anos de história, desenvolveu apenas três tratados internacionais. Este ensaio busca analisar um deles: o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), instrumento que busca proteger, controlar e dar uma resposta a propagação internacional de doenças. Este regulamento, no entanto, foi sistematicamente violado pelos Estados-membros da OMS durante a pandemia da Covid-19, evidenciando a crise da governança global em saúde da Organização Mundial da Saúde. Esse ensaio divide-se em três partes. Na primeira, busco explorar o entendimento de que o medo e a insegurança ocasionados pela Covid-19 não são um fenômeno novo dentro do cenário internacional; na segunda parte deste ensaio, discorre-se sobre a posição que a OMS ocupa no cenário internacional, bem como os seus poderes constitucionais para a governança da saúde global; na última parte deste ensaio, analisa-se o RSI e as violações perpetradas pelos Estados-membros à Organização Mundial da Saúde e o Regulamento de força vinculativa. O trabalho fecha apontando os possíveis desafios em um mundo pós-Covid.

Palavras-Chave: Direito Internacional. Organização Mundial da Saúde. Covid-19.

RESUMEN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como objetivo ser la autoridad central de la gobernanza global de la salud. Dotada de poderes sin precedentes para la elaboración de convenios y regulaciones con fuerza vinculante para sus Estados miembros, a lo largo de sus 75 años de historia, la Organización solo ha desarrollado tres tratados internacionales. Este ensayo busca analizar uno de ellos: el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), un instrumento que busca proteger, controlar y dar respuesta a la propagación internacional de enfermedades. Sin embargo, este reglamento fue sistemáticamente violado por los Estados miembros de la OMS durante la pandemia de la Covid-19, evidenciando la crisis de la gobernanza global en salud de la Organización Mundial de la Salud. Este ensayo se divide en tres partes. En la primera, busco explorar la comprensión de que el miedo y la inseguridad ocasionados por la Covid-19 no son un fenómeno nuevo en el escenario internacional; en la segunda parte de este ensayo, se discute la posición que ocupa la OMS en el escenario internacional, así como sus poderes constitucionales para la gobernanza de la salud global; en la última parte de este ensayo, se analiza el RSI y las violaciones perpetradas por los Estados miembros a la Organización Mundial de la Salud y al Reglamento de fuerza vinculante. El trabajo concluye señalando los posibles desafíos en un mundo posterior a la Covid.

Palabras clave: Derecho Internacional. Organización Mundial de la Salud. Covid-19.

¹ Atualmente cursa Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC/SP). E-mail: portelatbernardo@gmail.com

GLOBAL HEALTH GOVERNANCE CRISIS: COVID-19 AND ITS IMPACTS ON GLOBAL HEALTH

Keywords: International Law. World Health Organization. Covid-19.

Parte 1: Vulnerabilidade compartilhada: Cooperação internacional para controle de doenças

No ano de 1973, o historiador Le Roy Ladurie publicou um interessante capítulo sobre a “Unificação do Globo pela Doença”, analisando a disseminação de agentes patogênicos em escala global entre os séculos XIV e XVII, e a sua contribuição para a unificação do globo a partir de uma sensação de vulnerabilidade generalizada (Ladurie, 2017). Para o autor, a exploração e a intensificação das rotas comerciais entre Europa, Ásia e África produziram, para além da expansão das relações de comércio internacional, o aumento da transmissibilidade de agentes patogênicos, dentre eles a peste negra, causada pela bactéria *Yersinia pestis*, encontrada nas pulgas dos ratos dos navios que viajavam integrando os três continentes (Ladurie, 2017). A peste negra provocou uma disseminação global de um patógeno que contribuiu para uma conscientização crescente da interdependência das sociedades em relação à propagação de doenças.

O direito internacional da saúde e a saúde global guardam uma profunda relação com os processos de globalização e de busca do controle e prevenção de doenças. Os Estados, a partir de regulamentos internacionais para garantia da cooperação internacional em saúde, buscam, desde o século XIX, controlar a transmissão de doenças, encontrando, no entanto, uma série de dificuldades para a efetivação e vinculação dos acordos e tratados.

Consensualmente, historiadores do direito internacional da saúde e da saúde global marcam a Conferência Sanitária Internacional ocorrida no ano de 1851 como a primeira tentativa de enfrentar a propagação de doenças por meio da cooperação internacional e padronização de procedimentos (Cueto, 2015; Hubner, 2006). Na época, os debates centravam-se principalmente sobre o controle da cólera e da febre amarela, momento no qual as ciências da saúde indispunham de mecanismos eficazes para o conhecimento e controle das doenças, de modo que os debates careciam de opiniões concordantes, permeadas por ideologias políticas de Estados em plena expansão, que não encontravam consenso na adesão dos cordões sanitários, principal estratégia de controle da época, hora por não acreditarem em sua eficiência para o

combate da transmissão da cólera, hora por não quererem comprometer os lucros de um mercado comercial em plena expansão (Hubner, 2006; Howard-James, 1975).

Uma análise pormenorizada das treze Conferências Sanitárias Internacionais que aconteceram entre os anos de 1851 de 1938 foge do escopo no qual esse ensaio se propõe. A tentativa aqui é, no entanto, evidenciar que o debate sobre a transmissão de doenças entre lugares distantes e as tentativas de cooperação internacional para o controle dessas enfermidades não é um fenômeno novo na história da humanidade. A disseminação de doenças tem, por séculos, conectado os Estados em uma vulnerabilidade compartilhada e evidenciam as limitações da jurisdição doméstica para garantir o controle de disseminação e prevenção de doenças (Gostin e Meier, 2019).

Nesse sentido, diversos autores afirmam que, com um mundo cada vez mais globalizado, os Estados só conseguirão atingir os objetivos em saúde pública por meio da cooperação internacional. Fidler (1999) aponta que os processos de globalização vêm reorientando a atenção à saúde pública, posicionando o Direito Internacional como um fator-chave para a definição de estratégias de prevenção, controle de doenças e promoção de saúde. Em um mundo com suas distâncias de espaço-tempo encurtadas pelo avanço das tecnologias, há uma rede de interconexão e interdependência dos Estados, de modo que a globalização contemporânea desafia a distinção entre saúde no ambiente doméstico e esforços no nível internacional (Meier *et al.*, 2020; Almeida, 2017; Fidler, 1999).

Neste mundo interconectado, nenhum país agindo sozinho consegue conter os riscos à saúde, pois eles vão além das suas fronteiras territoriais dos Estados. Nesse sentido, a saúde global oferece a promessa de transpor tais fronteiras, promovendo normas globais e, com isso, atuar sobre as desigualdades em saúde (Gostin e Meier, 2019). No entanto, a governança da saúde global enfrenta desafios, haja visto a falta de cooperação internacional diante da pandemia da Covid-19, como veremos *a posteriori*.

Desde as primeiras Conferências Sanitárias Internacionais, ocorridas a partir de 1851, o direito internacional da saúde sofre com a falta de ratificação de tratados internacionais pelos Estados. Embora diversos regulamentos tenham sido produzidos nessas conferências, os chamados “International Sanitary Regulations” sempre sofreram da falta de adesão dos Estados-parte, de modo que demorou quase cinco décadas para que o primeiro regulamento sanitário internacional tenha sido aderido por uma quantidade significativa de Estados, para

conseguir produzir, assim, força vinculante para a cooperação internacional em saúde (Hubner, 2006).

O International Sanitary Regulations, como veremos, foi o documento base para a produção do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), documento que hoje, apresenta força vinculante para 194 Estados-membros, que visa, a partir da coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS), prevenir e controlar as respostas de saúde pública contra a propagação internacional de doenças. Contudo, esse regulamento foi sistematicamente violado por diversos Estados-membros durante a pandemia da Covid-19, ferindo os direitos humanos e suprimindo a possibilidade de coordenação da OMS para a definição das estratégias de enfrentamento da crise global de saúde.

Parte 2: Organização Mundial da Saúde e seu papel meramente observacional do Direito Internacional

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, observa-se, no cenário global, uma ascensão do Direito Internacional e de pactos pelos Direitos Humanos. Subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU), a OMS foi instituída, embora inicialmente com outro nome, na 14ª Conferência Sanitária Internacional em Nova York (1946), em que foi aprovada sua Constituição, unificando, na época, a Administração das Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação (UNRRA, em inglês) composta por 44 nações, a agência de saúde francesa Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, em francês) e a Organização da Saúde da Liga das Nações (LNHO, em inglês), na principal agência multilateral de saúde do mundo (Moreira, Santos e Souza, 2020; Cueto, Brown e Fee, 2019).

A Organização Mundial da Saúde representava o valor comum compartilhado entre os Estados para a proteção, prevenção e promoção de saúde (Fidler, 1999). Tendo, no preâmbulo de sua Constituição, o princípio basilar de que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano” (OMS, 1946), a OMS pretende ser a autoridade central da governança global da saúde, unindo os Estados por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, conforme expresso no artigo 2º da mesma Constituição (OMS, 1946).

À OMS são conferidos poderes extraordinários referentes a possibilidade de negociação de convenções e regulamentos com força vinculante, por meio de sua Assembleia Mundial da Saúde (AMS) – órgão decisório da OMS composto por todos os 194 Estados-

membros. Para tanto, torna-se necessário distinguir as particularidades jurídicas entre esses dois instrumentos do direito internacional de saúde:

Expresso no artigo 19 da Constituição da OMS, as convenções podem ser adotadas pela AMS para “qualquer assunto que seja da competência da Organização”, sendo necessário, para isso, a aprovação de dois terços dos votos da Assembleia da Saúde. As convenções entrarão em vigor para os Estados-membros quando estes aceitarem, tendo para isso, o prazo de dezoito meses para notificar a sua posição ao Diretor-Geral da Organização (OMS, 1946).

Já os regulamentos, expressos no artigo 21 da mesma Constituição, garantem à AMS a autoridade de adotar regulamentos referentes a: (a) medidas sanitárias e de quarentena e outros procedimentos destinados a evitar a propagação internacional de doenças; (b) nomenclaturas relativas a doenças, causas de morte e medidas de saúde pública; (c) normas respeitantes aos métodos de diagnóstico para uso internacional; (d) normas relativas à inocuidade, pureza e ação dos produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional; (e) publicidade e rotulagem de produtos biológicos, farmacêuticos e similares que se encontram no comércio internacional. O grande diferencial dos regulamentos, quando comparados as convenções, é que eles “entrarão em vigor para todos os Estados membros depois de a sua adoção ter sido devidamente notificada pela Assembleia da Saúde”, tendo, portanto, força vinculante desde sua adoção dentro da AMS. Os países devem optar por sair proativamente ou serão automaticamente vinculados. Para a rejeição dos regulamentos, os Estados-parte necessitam comunicar ao Diretor-Geral da OMS dentro dos prazos estipulados dentro dos próprios regulamentos (OMS, 1946).

Nesse sentido, Fidler (1999) afirma que a autoridade dada à OMS, a partir da sua constituição foi, no final dos anos 40, uma “abordagem radical no direito internacional”, trazendo, para o âmbito da saúde, a obrigação de os Estados se comprometerem com as convenções e acordos sancionados pela OMS. No entanto, apesar dos impressionantes poderes normativos da OMS, o direito internacional da saúde é notavelmente escasso, na medida em que a Organização Mundial da Saúde, ao longo dos seus 75 anos de história, adotou apenas três tratados internacionais com força vinculativa: Regulamentos de Nomenclatura de 1967; Convenção-Quadro de 2003 para o Controle do Tabaco e o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (Gostin e Sridhar, 2014; Gostin e Meier, 2019) o último exploraremos com mais detalhes ao longo do trabalho, dado a sua relação direta com a governança internacional durante a pandemia da Covid-19.

Organização Mundial da Saúde e sua Relação com o Direito Internacional

O Direito Internacional, embora central para a definição de estratégias globais de saúde, permaneceu, durante muito tempo, inexplorado (Fidler, 1999). Nesse sentido, diversos teóricos têm levantado críticas à OMS, apontando para a necessidade de a Organização ter uma atitude mais propositiva, utilizando de sua autoridade legislativa para elaborar um maior número de tratados vinculativos sobre os problemas de saúde global (Sekalala e Masud, 2021; Fidler, 1999).

Sekalala e Masud (2021) pontuam que a OMS tem atuado preferencialmente a partir de resoluções científicas e técnicas, evitando normas com poder vinculativo. Parte da explicação por essa preferência está relacionada, é verdade, com a formação estritamente médico-biológica dos representantes da Organização, que priorizou, ao longo dos últimos anos, intervenções em saúde global a partir de uma perspectiva biológica, mediante incentivo de implementação tecnológica dentro dos Estados menos desenvolvidos. Fidler (1999), nesse sentido, vem tecendo críticas a posição da OMS, na medida em que suas ações se baseiam em estratégias essencialmente apolíticas. Longe de o avanço e a implementação de tecnologias ser um problema para a promoção e prevenção em saúde, a questão centra-se, pelo contrário, na inadequação das ações organizadas pela OMS em lidar com os desafios de proteção e promoção em saúde em escala global. Alguns estudos evidenciam as consequências negativas de tal postura da OMS, adotada até meados dos anos 70 (Jacobsen, 2022; Almeida, 2017)

Outro fator que guarda uma relação direta com a falta de autoridade legislativa da Organização Mundial da Saúde está em razão de seu financiamento. A OMS é financiada a partir de dois fluxos principais: (a) Estados membros destinam repasses à Organização de acordo com sua riqueza e o tamanho da população de cada país; (b) o chamado “ajuda multi-bi”, referente a contribuições voluntárias destinadas ao combate de doenças em setores ou países específicos, preservando, em alguma medida, o caráter técnico-assistencial utilizado pela organização até os anos 70 (Sridhar e Gostin, 2011). Taylor e Habibi (2020) argumentam que o orçamento bienal de 5 bilhões da OMS é inferior a metade dos gastos anuais dos Estados Unidos da América com o Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, em inglês). Além disso, cerca de 80% do seu orçamento advém de um pequeno grupo de doadores que destinam as verbas para ações em setores específicos. A OMS, na medida em que é incapaz de controlar a maior parte do seu orçamento, tem dificuldade para a implementação independente de suas prioridades em saúde global (Taylor e Habibi, 2020; Gostin e Sridhar, 2014).

Embora o uso da soft law, devido a sua natureza não vinculativa, possa ajudar a obter consenso em áreas difíceis em que os países têm diferentes interesses, podendo ser, pelo menos em alguma medida, precursoras de uma política de hard law, a OMS está inserida em um ambiente internacional em que outras Organizações utilizam-se da hard law para obter a ação vinculativa dos Estados-parte. Se a OMS atua principalmente por meio de acordos voluntários, isso enfraquece e marginaliza a posição que a Organização ocupa no cenário internacional, na medida em que os Estados dão preferência para a regulação em áreas em que podem sofrer de responsabilização por sua não conformidade (Sekalala e Masud, 2021; Gostin e Sridhar, 2014).

O direito internacional deve desempenhar um papel central no combate às ameaças à saúde humana, no entanto, ele vem sendo negligenciado pela OMS que, mesmo tendo os poderes e responsabilidades legais para a adoção de tratados com força vinculativa, utilizou-se poucas vezes dessa prerrogativa jurídica. Fidler (1999) exemplifica o seu entendimento sobre a posição que a OMS ocupa no cenário internacional quando comenta que a “OMS tradicionalmente parece imaginar seu papel legislativo como nem ativo nem reativo, mas meramente observacional”.

Nos próximos tópicos, buscar-se-á, uma análise mais detalhada da crise da governança global durante a pandemia da Covid-19. No entanto, necessário, antes de tudo, conhecer o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), regulamento com força vinculante em 194 Estados-membros da OMS que busca ser o instrumento guia da resposta a eventos de saúde pública contra a propagação internacional de doenças.

Parte 3: Regulamento Sanitário Internacional e a pandemia da Covid-19

O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é um sucessor do “International Sanitary Regulations” (ISR), regulamento que remonta as Conferências Sanitárias Internacionais realizadas desde 1851, mas que sofriam de uma baixa ratificação dos Estados-participantes. Adotada pela OMS a partir de 1951, o ISR passou por suscetíveis atualizados e modificações, abrangendo um maior conjunto de doenças passíveis de quarentena, de modo que em 1969, a Assembleia Mundial de Saúde consolidou um novo regulamento, passando a chamá-lo de Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (Gostin, Sridhar e Hougendobler, 2015).

Em 2005, a Assembleia Mundial da Saúde adotou uma versão substancialmente revisada do Regulamento Sanitário Internacional, após a constatação que o instrumento era pouco eficaz na gestão das epidemias de síndrome respiratória aguda grave (SARS),

estabelecendo uma nova estrutura para a segurança da saúde global, pautada em princípios epidemiológicos modernos para gerir a coordenação das respostas à disseminação de doenças (Aavitsland *et al.*, 2021; Gostin, Habibi e Meier, 2020; Taylor e Habibi, 2020; Gostin e Sridhar, 2014).

O Regulamento Sanitário Internacional, que entrou em vigor a partir de 2007, representa um conjunto de regras com força vinculante aos Estados-membros da OMS. O regulamento obriga, portanto, a reestruturação das políticas domésticas de saúde pública dos Estados a se adequarem as suas disposições. Obrigatório para 194 Estados-membros, o RSI tornou-se o acordo vinculativo mais assinado no âmbito do sistema da ONU (Meier *et al.*, 2020), buscando:

prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais (ANVISA, 2009).

Dessa forma, o RSI é a base legal contemporânea para o controle internacional de doenças, organizando a cooperação internacional a partir da administração da OMS. O objetivo do regulamento é aprimorar o monitoramento e a notificação de ameaças internacionais à saúde e melhorar a coordenação da resposta, evitando interferências desnecessárias no tráfego e no comércio (Gostin e Sridhar, 2014).

Segundo Gostin, Habibi e Meier (2020), o RSI estabelece obrigações concretas para os governos fortalecerem as capacidades nacionais de saúde pública e melhorarem a segurança da saúde global. No entanto, críticas são tecidas ao regulamento, na medida em que são inexistentes as disposições sobre o monitoramento e cumprimento das medidas pelos Estados-parte¹⁶. Essas críticas não se limitam a estudos realizados concomitante ou posteriores a pandemia da Covid-19, autores como Fidler (1999) e Gostin e Sridhar (2014), já evidenciavam a falta de mecanismos do RSI para o monitoramento do cumprimento das normas existentes, as ambiguidades existentes do tratado e a inexistência de responsabilizações pelas violações ao regulamento.

Os problemas de o Estado ser produtor, destinatário e intérprete das normas internacionais já foram detalhados de maneira bastante contundente no trabalho desenvolvido por Ramos (2005), no entanto, a OMS carece de um mecanismo jurisdicional para a avaliação das obrigações dos Estados-parte do regulamento em questão, possibilitando assim, a utilização de verdadeiros truques do ilusionismo que contornam a efetivação das normas expressas pelo regulamento dentro do âmbito doméstico.

Violação ao RSI e crise da gestão da cooperação em saúde durante a Covid-19

Na carta editorial publicada na revista “International Journal of Infectious Diseases” (Petersens *et al.*, 2020), os autores evidenciam a negligência com que a China tratou os dados epidemiológicos relacionados a notificação do vírus da Covid-19 em Wuhan. Segundo o RSI, no seu artigo 6º, tratando sobre as notificações, todos os Estados-membros devem notificar à OMS, em até 24 horas, sobre todos os eventos em seu território que “possam se constituir numa emergência de saúde pública de importância internacional” (ANVISA, 2009), no entanto, as análises da carta editorial indicam que a China suspeitava da síndrome respiratória aguda grave da Covid-19 semanas antes de ter emitido uma notificação à OMS, atrasando consideravelmente a ação cooperativa e a liderança da OMS em atuar diante do caso.

A China, no entanto, está longe de ser o único Estado a ter violado o Regulamento Sanitário Internacional. Taylor e Habibi (2020), explicam que em muitos países as obrigações do RSI permaneceram não cumpridas, que o instrumento foi amplamente deixado de lado na pandemia de Covid-19, mesmo com as recomendações do Diretor-Geral da OMS emitidas no início da pandemia sobre a obrigatoriedade do cumprimento do RSI (WHO, 2020). O medo provocado em decorrência da possibilidade de disseminação pandêmica do coronavírus produziu respostas nacionalistas dentro dos Estados, que negligenciaram as orientações da OMS, produzindo estratégias pautadas nas suas soberanias, violando os direitos humanos, na medida que impunham restrições às viagens internacionais e fragmentavam as ações em saúde (Meier *et al.*, 2020).

É válido lembrar que o RSI busca, dentre outros objetivos, evitar interferências desnecessárias no tráfego e no comércio internacional, tendo emitido, no início da pandemia, recomendações aos Estados-membros evidenciando a posição contrária da OMS em relação às restrições de viagens e comércio com outros países (WHO, 2020). Há, contudo, a possibilidade de implementação de estratégias de saúde pública adicionais às recomendações da OMS e do RSI, desde que: (a) sejam pautadas em evidências científicas ou, na ausência delas, de informações fornecidas pela OMS e outras organizações intergovernamentais relevantes; (b) se interferirem no tráfego internacional, deverão fornecer à OMS e aos outros Estados-membros uma fundamentação de saúde pública para a tomada de decisão (ANVISA, 2009). Os Estados-parte, no entanto, ignoraram de maneira deliberada o RSI (Aavitsland *et al.*, 2021), impondo restrições de viagem, com base na nacionalidade ao invés do histórico de viagens, praticando atitudes xenofóbicas, restringindo a possibilidade de entrada nos seus territórios a partir da

estigmatização de determinadas nacionalidades, violando, com isso, os direitos humanos (Von Tigerstrom e Wilson, 2020).

A própria OMS denunciou o caso, alegando que as restrições de viagem ocasionavam mais mal do que bem (Habibi *et al.*, 2020). Diversos autores denunciaram as violações que os Estados-parte fizeram ao RSI, ao impor restrições de viagem durante surto da Covid-19 (Habibi *et al.*, 2020). Os autores pontuam que pelo menos dois terços dos Estados-parte não relataram suas medidas de saúde adicionais à OMS, frustrando mais uma vez a possibilidade interventiva e de liderança da coordenação da pandemia pela Organização.

Os Estados-membros falharam ao não notificar a OMS sobre os surtos da doença, rejeitaram suas obrigações sobre o RSI, bem como as orientações dos conselhos específicos da OMS em resposta a emergência da pandemia. Os Estados, ao violarem as disposições estabelecidas pela RSI não só desrespeitaram um tratado internacional previamente estabelecido, como dificultaram a governança da cooperação internacional em relação ao fenômeno, ocasionando, portanto, uma gama de prejuízos para o controle da pandemia (Sekalala e Masud, 2021).

Em uma síntese do que foi a pandemia da Covid-19, a publicação do Comitê de Revisão do Funcionamento do RSI (2005) durante a pandemia da Covid-19 relatou, ao contrário das críticas que estavam sendo feitas ao instrumento (Sirleaf e Clark, 2021), que o RSI era sim apropriado para o gerenciamento da crise de emergência pública ocasionado pela Covid-19, no entanto, a sua implementação pelos Estados-parte do regulamento é que foram inadequadas e contribuíram para o prolongamento da pandemia global (Aavitsland *et al.*, 2021).

Desafios que ficam em a um mundo Pós-Covid-19

Taylor e Habibi (2020) pontuam que a Organização Mundial da Saúde e o Regulamento Sanitário Internacional foram sistematicamente marginalizados na maior emergência de saúde pública do último século, a partir de decisões unilaterais tomadas pelos Estados em detrimento do direito internacional. Não seria equivocado dizer que a Covid-19 representou uma verdadeira crise da governança internacional para a saúde global.

Desse modo, autores vem apontado para a necessidade de reformar a lei global de saúde para se preparar para futuros desafios globais. A reformulação da lei global de cooperação em saúde encontrará, nos próximos anos, o desafio de exigir que os Estados-membros abram mão se sua soberania em detrimento da gerência da OMS (Meier *et al.*, 2020). Conforme mencionado no início deste ensaio, o mundo globalizado, organizado a partir de

redes de interdependência, desafiam a distinção entre as ações de saúde no ambiente doméstico e as ações em nível internacional. O direito internacional é peça central para a definição de estratégias de prevenção, controle de doenças e promoção de saúde e, nesse sentido, parece ser indispensável o fortalecimento dos tratados internacionais para a concretização da solidariedade e apoio em nível global. Os futuros novos desafios de segurança em saúde exigiram a integridade e o funcionamento mais eficiente da OMS (Gostin e Sridhar, 2014).

Para além disso, o monitoramento da implementação dos tratados internacionais em saúde é crucial para a efetivação da cooperação internacional em saúde. A OMS por carecer de mecanismos robustos de fiscalização, avaliação e controle, precisa urgentemente revisar seus tratados para a garantia de sua vinculação dentro dos Estados-parte.

Conforme ressaltou Habibi *et al.* (2020), as violações ao RSI podem incentivar o não cumprimento de futuras convenções e regulamentos emitidos pela OMS, uma vez que carecem de responsabilizações ulteriores. A governança global não é possível quando os países não podem depender uns dos outros no cumprimento de acordos internacionais, nesse sentido, parece ser imprescindível a criação de um mecanismo jurisdicional para a avaliação e responsabilização dos Estados-parte diante de possíveis violações.

REFERÊNCIAS

AAVITSLAND, Preben; AGUILERA, Ximena; AL-ABRI, Seif Salem; AMANI, Vincent; ARAMBURU, Carmen C; A ATTIA, Thouraya; BLUMBERG, Lucille H; CHITTAGANPITCH, Malinee; DUC, James W Le; LI, Dexin; MOKHTARIAZAD, Talat; MOUSSIF, Mohamed; OJO, Olubunmi; OKWO-BELE, Jean-Marie; SAITO, Tomoya; SALL, Amadou Alpha; SALTER, Mark; SOHN, Myongsei; WIELER, Lothar. Functioning of the International Health Regulations during the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, [S.L.], v. 398, n. 10308, p. 1283-1287, out. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01911-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01911-5).

ALMEIDA, Célia. Saúde, Política Externa e Cooperação Sul-Sul. In: BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Sebastián. **Diplomacia em Saúde e Saúde Global: perspectivas latino-americanas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 41-86.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária | Anvisa. **REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL RSI - 2005**. Brasília: Anvisa, 2009.

CUETO, Marcos. **Saúde Global: Uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. **The World Health Organization: a history**. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

FIDLER, David P. International Law and Global Public Health. **Articles by Maurer Faculty**, v. 48, p. 439–559, 1999.

GOSTIN, Lawrence O.; HABIBI, Roojin; MEIER, Benjamin Mason. Has Global Health Law Risen to Meet the COVID-19 Challenge? Revisiting the International Health Regulations to Prepare for Future Threats. **Journal of Law, Medicine and Ethics**, [s. l.], v. 48, n. 2, p. 376–381, 2020.

GOSTIN, Lawrence O.; MEIER, Benjamin Mason. Introducing Global Health Law. **Journal of Law, Medicine and Ethics**, [s. l.], v. 47, n. 4, p. 788–793, 2019.

GOSTIN, Lawrence O.; SRIDHAR, Devi. Global Health and the Law. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 370, n. 18, p. 1732–1740, 2014.

GOSTIN, L. O.; SRIDHAR, D.; HOUGENDBLER, D. The normative authority of the World Health Organization. **Public Health**, [s. l.], v. 129, n. 7, p. 854–863, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2015.05.002>.

HABIBI, Roojin; BURCI, Gian Luca; CAMPOS, Thana C de; CHIRWA, Danwood; CINÀ, Margherita; DAGRON, Stéphanie; ECCLESTON-TURNER, Mark; FORMAN, Lisa; GOSTIN, Lawrence O; MEIER, Benjamin Mason; NEGRI, Stefania; OOMS, Gorik; SEKALALA, Sharifah; TAYLOR, Allyn; YAMIN, Alicia Ely; HOFFMAN, Steven. Do not violate the International Health Regulations during the COVID-19 outbreak. **The Lancet**, [S.L.], v. 395, n. 10225, p. 664-666, fev. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30373-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30373-1).

HOWARD-JONES, Norman. **The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938**. Geneva: World Health Organization, 1975.

HUBNER, Valeska. The Unification of the Globe by Disease?: the international sanitary conferences on cholera, 1851-1894. **The Historical Journal**, [S.L.], v. 49, n. 2, p. 453-476, jun. 2006.

JACOBSEN, Kathryn H. **Introduction to Global Health**. 4. ed. [S. l.]: Jones & Bartlett Learning, 2022.

LADURIE, Emmanuel Le Roy. A concept: the unification of the globe by disease (fourteenth to seventeenth centuries). In: LADURIE, Emmanuel Le Roy. **The Territory of the Historian**. United Kingdom: Edward Everett Root, 2017. p. 28-82.

MEIER, Benjamin Mason; TAYLOR, Allyn; ECCLESTON-TURNER, Mark; HABIBI, Roojin; SEKALALA, Sharifah; GOSTIN, Lawrence O.. The World Health Organization in Global Health Law. **The Journal Of Law, Medicine & Ethics**, [S.L.], v. 48, n. 4, p. 796-799, 2020. Cambridge University Press (CUP).

MOREIRA, Rafael da Silveira; SANTOS, Lucas Fernando Rodrigues dos; SOUSA, Marcos Henrique Oliveira. Organização Mundial da Saúde: origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da covid-19. **Estudos Universitários: revista de cultura**, Recife, v. 1-2, n. 37, p. 111-135, dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Nova York: Oms, 1946.

PETERSEN, Eskild; HUI, David; HAMER, Davidson H.; BLUMBERG, Lucille; MADOFF, Lawrence C.; POLLACK, Marjorie; LEE, Shui Shan; MCLELLAN, Susan; MEMISH, Ziad;

PRAHARAJ, Ira; WASSERMAN, Sean; NTOUMI, Francine; AZHAR, Esam Ibraheem; MCHUGH, Timothy; KOCK, Richard; IPPOLITO, Guiseppe; ZUMLA, Ali; KOOPMANS, Marion. Li Wenliang, a face to the frontline healthcare worker. The first doctor to notify the emergence of the SARS-CoV-2, (COVID-19), outbreak. **International Journal Of Infectious Diseases**, [S.L.], v. 93, p. 205-207, abr. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.052>.

RAMOS, André de Carvalho. Responsabilidade internacional do Estado por violação dos Direitos Humanos. **Revista CEJ**, Brasília, n. 29, p. 53–63, 2005.

SEKALALA, Sharifah; MASUD, Haleema. Soft Law Possibilities in Global Health Law. **The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics**, [s. l.], v. 49, n. 1, p. 152–155, 2021.

SIRLEAF, Ellen Johnson; CLARK, Helen. Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response: making covid-19 the last pandemic. **The Lancet**, [S.L.], v. 398, n. 10295, p. 101-103, jul. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01095-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01095-3).

SRIDHAR, Devi; GOSTIN, Lawrence O. Reforming the World Health Organization. **JAVA**, [s. l.], v. 305, n. 15, p. 1585–1586, 2011.

TAYLOR, Allyn L.; HABIBI, Roojin. **The Collapse of Global Cooperation under the WHO International Health Regulations at the Outset of COVID-19: Sculpting the Future of Global Health Governance**. 2020. Publicado na American Society of International Law. Disponível em: <https://www.asil.org/insights/volume/24/issue/15/collapse-global-cooperation-under-who-international-health-regulations>. Acesso em: 03 jul. 2023.

VON TIGERSTROM, Barbara; WILSON, Kumanan. COVID-19 travel restrictions and the International Health Regulations (2005). **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 5, n. 5, p. 1–4, 2020.

World Health Organization. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 03 jul. 2023.