



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

MARIANA CABRAL CAMPOS

A governança da saúde global e os desafios da promoção da segurança em saúde: uma investigação sobre o *Access to COVID-19 Tools Accelerator* como resposta à pandemia da covid-19

CAMPINAS

2024

MARIANA CABRAL CAMPOS

A governança da saúde global e os desafios da promoção da segurança em saúde: uma investigação sobre o *Access to COVID-19 Tools Accelerator* como resposta à pandemia da covid-19

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Relações Internacionais, na Área de “Instituições, Processo e Atores”.

Orientador: Alex Wilhans Antonio Palludeto.

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA MARIANA CABRAL CAMPOS, E ORIENTADA PELO PROF. DR. ALEX WILHANS ANTONIO PALLUDETO.

CAMPINAS

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

C157g Campos, Mariana Cabral, 1998-
A governança da saúde global e os desafios da promoção da segurança em saúde : uma investigação sobre o Access to COVID-19 Tools Accelerator como resposta à pandemia da covid-19 / Mariana Cabral Campos. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Alex Wilhans Antonio Palludeto.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Organização Mundial da Saúde. 2. Governança. 3. Organizações internacionais. 4. Saúde. 5. COVID-19. I. Palludeto, Alex Wilhans Antonio, 1986-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Global health governance and the challenges in promoting health security : an investigation about the Access to COVID-19 Tools Accelerator as a covid-19 pandemic response

Palavras-chave em inglês:

World Health Organization

Governance

International organizations

Health

COVID-19 (Disease)

Área de concentração: Instituições, Processos e Atores

Titulação: Mestra em Relações Internacionais

Banca examinadora:

Alex Wilhans Antonio Palludeto [Orientador]

Cláudia Alvarenga Marconi

João Luís Gonçalves dos Reis Nunes

Data de defesa: 26-02-2024

Programa de Pós-Graduação: Relações Internacionais

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-4682-9781>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4330243211589575>



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, composta pelos(as) Professores(as) Doutores(as) a seguir descritos, em sessão pública realizada em 26 de fevereiro de 2024, considerou a candidata Mariana Cabral Campos aprovada.

Prof. Dr. Alex Wilhans Antonio Palludeto (Universidade Estadual de Campinas)

Prof(a). Dr(a). Cláudia Alvarenga Marconi (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Prof(a). Dr(a). João Luís Gonçalves dos Reis Nunes (Universidade de York)

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais “San Tiago Dantas” do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Dedico essa dissertação a todo(a)s aquele(a)s que, como a minha mãe, dedicaram o seu tempo, a sua intelectualidade e a sua integridade física e mental ao cuidado das pessoas infectadas durante a maior emergência sanitária do século XXI. Da mesma forma, dedico o trabalho às vítimas dessa tragédia e aquele(a)s que, como os meus avós maternos, pereceram durante o seu tramitar, que descansem em paz.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, processo nº 88887.673713/2022-00. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações aqui expressas são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem a visão da CAPES.

A dissertação apresentada não seria possível sem o apoio de pessoas que, ao longo dos dois anos de trabalho, estiveram presentes intelectual e/ou afetivamente nos esforços da sua realização. Primeiramente, agradeço ao Prof. Dr. Alex Wilhans Antonio Palludeto, que orientou a pesquisa de forma dedicada e atenciosa e se disponibilizou a participar dessa jornada com curiosidade e empatia pela minha posição como uma pesquisadora em tempos insegura e ocupada. Além dele, agradeço a outros professores que influenciaram diretamente o trabalho realizado, como a Prof^a. Dr^a. Cláudia Alvarenga Marconi e o Prof. Dr. Reginaldo Mattar Nasser que, também vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais ‘San Tiago Dantas’ (PPGRI STD), demonstraram interesse pela minha pesquisa e carreira enquanto pesquisadora e não pouparam esforços para auxiliar a minha formação com conselhos, críticas e oportunidades de desenvolvimento e aprendizado. Igualmente, o Prof. Dr. João Nunes e a Prof^a. Dr^a. Deisy de Freitas Lima Ventura, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), foram grandes referências e tiveram papel fundamental na formação do pensamento que construiu a pesquisa e na minha aproximação crítica ao tema da Saúde Global e os seus contornos internacionais.

Ainda no PPGRI STD, uma referência fundamental, em especial na reta final de elaboração da pesquisa, foi o colega e parceiro de grupo de pesquisa Rafael Almeida, a quem devo por possibilitar com que navegasse os complicados aspectos da computação que tanto contribuíram para os resultados atingidos. Estendo esse agradecimento aos demais colegas dos grupos de pesquisa dos quais participei, em especial do Observatório de Regionalismo, que forneceram espaços de formação, discussão e crescimento profissional, além de inspiração. E ainda, agradeço todo o corpo docente e discente do programa, que me acolheram de braços abertos no reingresso à academia em um período no qual todos fazíamos esforços para nos readaptar a um mundo finalmente em recuperação da covid-19 e que me inspiraram e ressuscitaram a minha alegria e desejo de fazer ciência no Brasil. Também não posso deixar de agradecer à Giovana Vieira e Isabela Silvestre, funcionárias administrativas da secretaria do programa, e à Graziela, bibliotecária, que sempre foram solícitas e pacientes com os inúmeros desafios que enfrentei ao longo desses últimos dois anos.

Outrossim, preciso reconhecer o apoio que recebido de amigos e familiares sem os quais essa dissertação não teria sido concluída. Agradeço à minha mãe, Ana Cristina Costa Cabral, que com coragem saiu junto comigo do Rio de Janeiro em direção a novos destinos – no meu caso São Paulo e no dela Bahia – e da promessa de esperanças renovadas. A sua motivação de viver sempre foi e será a minha maior inspiração em persistir na esperança de ver um mundo melhor. De igual maneira agradeço ao meu pai, Edson Campos, que incentivou esse grande passo e me nutriu de confiança para seguir com os planos ousados de continuar a minha formação. Seu exemplo de resiliência e compromisso continuam a me ensinar a entregar e honrar o meu melhor. Ambos me auxiliaram com recursos emocionais e materiais para que fosse possível aproveitar a oportunidade do mestrado e alimentar mais uma vez meus sonhos de realização pessoal e profissional. Além deles, gostaria de registrar o reconhecimento especial à minha falecida avó Maria Evelma Costa Cabral que, ainda que postumamente, também contribuiu para que eu tivesse condições de realizar esse desejo.

Da família que escolhi, agradeço aos amigos queridos Ayla Neves, Icaro Saldanha, Sérgio Kezen, Rodrigo Schmidt, Pedro Madeira e, com especial carinho, Felipe Sá, que me acolheram em São Paulo e transformaram uma cidade estranha na minha casa. Sou grata também aos queridos amigos Renato Ortega, Paula Venâncio, Lucas Tomazella, Carlos Eduardo Landim, João Anjos e Murilo Motta, que compartilharam comigo a jornada do mestrado com companheirismo e sinceridade, rindo, me consolando e, principalmente, renovando as minhas esperanças no potencial da academia brasileira. Aos amigos Damia Abchiche, Kethlyn Winter, Tainá Ravedutti, Ana Beatriz Slomski, Yuri Medeiros e Kairo Nogueira serei sempre grata pela parceira de longa data, pelo apoio nas minhas constantes reviravoltas de vida e por confiarem nas minhas capacidades mesmo quando eu mesma duvidei. Enfim, quero agradecer à minha querida Rafaela Lima Batista por ter acompanhado as minhas certezas e incertezas com entusiasmo, acolhido vitórias e derrotas de igual maneira e me permitido viver o que sempre sonhei. A todas as pessoas aqui citadas e àquelas não mencionadas que também influenciaram essa trajetória, reitero a minha imensurável admiração e gratidão.

[...] o trabalho em saúde global envolve um comprometimento vitalício com a mudança social transformativa. (Birn; Pillay; Holtz, 2017, p. 604 tradução nossa).

Às vezes não existem palavras que estimulem a coragem. Às vezes é preciso simplesmente mergulhar. (Estés, 2018, p. 178)

Soy un amasamiento, sou um ato de juntar e unir que não apenas produz uma criatura tanto da luz como da escuridão, mas também uma criatura que questiona as definições de luz e de escuro e dá-lhes novos significados. (Anzaldúa, 2005, p. 708)

RESUMO

A eminência de um novo coronavírus já havia sido sinalizada ao longo dos últimos anos, de forma que não é possível afirmar que a pandemia de covid-19 foi um evento completamente inesperado. A materialização dos esforços da Organização Mundial da Saúde (OMS) para fazer frente a eventos dessa natureza está formalizada nas delimitações do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) 2005, responsável pela definição de Emergências em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIIs). No entanto, após milhões de casos e mortos, pode-se considerar que a covid-19 pressionou as bases previamente estabelecidas de governança da saúde global (GSG) e do regime de segurança em saúde global (SSG). Como parte das respostas a esse cenário, o *Access to COVID-19 Tools Accelerator* (ACT-A) representou a principal e mais recente iniciativa no âmbito da GSG a emergências, mobilizando governos, o sistema ONU, organizações não-governamentais, centros de pesquisa e atores privados em uma parceria global público-privada. Embora movimentos dessa natureza já sejam conhecidos no contexto da GSG, acumulando defensores e críticos, o ACT-A se apresenta como uma oportunidade única de analisar o funcionamento desse mecanismo de cooperação em escala verdadeiramente global. Sendo assim, esta pesquisa propõe investigar o ACT-A no seu período de atuação (2020-2023), com o objetivo de contextualizar os desafios à GSG e, principalmente, ao regime SSG nele presentes a partir de uma exploração compreensiva do programa e da literatura que aborda temas a ele relacionados. Para tal, metodologicamente, a pesquisa é composta por um estudo de caso de métodos mistos, partindo da hipótese de que, pela sua extensão, a resposta à emergência sanitária da covid-19 tencionou a GSG em seu escopo global e colaborativo, nas relações demandadas entre agentes públicos e privados, no conceito de risco presente em ESPIIs e no financiamento e estratégias de políticas em saúde global. Nesse sentido, a pesquisa também visa contribuir para uma reflexão crítica sobre a GSG, a SSG e a própria governança global ao discutir diretrizes discursivas e normativas que estabelecem boas práticas sobre a segurança em saúde.

Palavras-chave: governança; organizações internacionais; organização mundial da saúde; saúde; covid-19.

ABSTRACT

The eminence of a new coronavirus had already been signaled over the past years, so it is not possible to assert that the COVID-19 pandemic was a completely unexpected event. The materialization of the efforts by the World Health Organization (WHO) to address events of this nature is formalized in the provisions of the International Health Regulations (IHR) of 2005, responsible for defining Public Health Emergencies of International Concern (PHEICs). However, after millions of cases and deaths, it can be considered that COVID-19 exerted pressure on the previously established foundations of global health governance (GHG) and the global health security (GHS) regime. As part of responses to this scenario, the Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A) represented the main and most recent initiative in the realm of GHG for emergencies, mobilizing governments, the UN system, non-governmental organizations, research centers, and private actors in a global public-private partnership. Although movements of this nature are already known in the context of GHG, accumulating supporters and critics, the ACT-A presents itself as a unique opportunity to analyze the functioning of this cooperation mechanism on a truly global scale. Therefore, this research aims to investigate the ACT-A during its operational period (2020-2023), with the objective of contextualizing the challenges to GHG and, primarily, to the GHS regime present in it, through a comprehensive exploration of the program and literature addressing related topics. Methodologically, the research comprises a mixed-methods case study, starting from the hypothesis that, due to its scope, the response to the COVID-19 health emergency strained GHG in its global and collaborative scope, in the relationships demanded between public and private entities, in the risk concept present in PHEICs, and in the financing and strategies of global health policies. In this sense, the research also aims to contribute to a critical reflection on GHG, GHS, and global governance itself by discussing discursive and normative guidelines that establish best practices regarding health security.

Keywords: governance; international organizations; world health organization; health; COVID-19.

RESUMEN

A eminencia de un nuevo coronavirus ya había sido señalada a lo largo de los últimos años, de manera que no es posible afirmar que la pandemia de COVID-19 fue un evento completamente inesperado. La materialización de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para hacer frente a eventos de esta naturaleza está formalizada en las delimitaciones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, responsable de la definición de Emergencias en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPIIs). Sin embargo, después de millones de casos y fallecimientos, se puede considerar que la COVID-19 presionó las bases previamente establecidas de la gobernanza de la salud global (GSG) y del régimen de seguridad en salud global (SSG). Como parte de las respuestas a este escenario, el Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A) representó la principal y más reciente iniciativa en el ámbito de la GSG para emergencias, movilizando gobiernos, el sistema ONU, organizaciones no gubernamentales, centros de investigación y actores privados en una asociación global público-privada. Aunque movimientos de esta índole ya son conocidos en el contexto de la GSG, acumulando defensores y críticos, el ACT-A se presenta como una oportunidad única de analizar el funcionamiento de este mecanismo de cooperación a escala verdaderamente global. Por lo tanto, esta investigación propone investigar el ACT-A en su período de actuación (2020-2023), con el objetivo de contextualizar los desafíos a la GSG y, principalmente, al régimen SSG presentes en él, a partir de una exploración comprensiva del programa y de la literatura que aborda temas relacionados con él. Para ello, metodológicamente, la investigación está compuesta por un estudio de caso de métodos mixtos, partiendo de la hipótesis de que, debido a su extensión, la respuesta a la emergencia sanitaria de la COVID-19 tensionó la GSG en su alcance global y colaborativo, en las relaciones demandadas entre agentes públicos y privados, en el concepto de riesgo presente en ESPIIs y en el financiamiento y estrategias de políticas en salud global. En este sentido, la investigación también busca contribuir a una reflexión crítica sobre la GSG, la SSG y la propia gobernanza global al discutir directrices discursivas y normativas que establecen buenas prácticas sobre la seguridad en salud.

Palabras clave: gobernanza; organizaciones internacionales; organización mundial de la salud; COVID-19.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Categorias de conteúdo da BDo por momento do ACT-A	57
Gráfico 2 – Modelo <i>fair share</i> em doações pedidas de 2020/21 e 2021/22	61
Gráfico 3 – Frequência de palavras estratégicas na BDs por momento do ACT-A	63
Gráfico 4 – Desigualdades em testes (testes diários / 100 mil habitantes, no final de setembro de 2021)	66
Gráfico 5 – Papel crucial do ACT-A para garantir a implementação equitativa de ferramentas em áreas carentes	67
Gráfico 6 – Organograma institucional simplificado do ACT-A	74
Gráfico 7 – Número de menções na BDs a insumos produzidos pelos pilares por momento do ACT-A	83
Gráfico 8 – Orçamento, doações e lacunas de financiamento por pilar e período orçamentário	88
Gráfico 9 – Distribuição de recursos por agente co-convocador	89

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 –	Total de casos e mortes da covid-19 até 24 de dezembro de 2023 (acumulado)	23
Mapa 2 –	Desigualdades em vacinas (total de doses de vacina administradas por 100 habitantes, em meados de outubro de 2021)	65
Mapa 3 –	Doadores públicos do ACT-A por valor de contribuição em US\$ bilhões até junho de 2023	71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – A taxonomia do poder e suas características, segundo Barnet e Duvall (2005)	31
Quadro 2 – Escritórios regionais da OMS	44
Quadro 3 – As ESPIIs declaradas pela OMS até 18 de julho de 2023	48
Quadro 4 – Categorias de conteúdo tipificadas e exemplificadas da BDo	54
Quadro 5 – Documentos BDp: primeiro momento	58
Quadro 6 – Documentos BDp: segundo momento	64
Quadro 7 – Documentos BDp: terceiro momento	69
Quadro 8 – Agentes co-convocadores por tipo e país da sede	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação de sentimentos por sentença e momento da BDs	64
Tabela 2 – Origem dos doadores privados do ACT-A por valor de contribuição em US\$ bilhões até junho de 2023	72
Tabela 3 – Orçamento por pilar e período orçamentário, incluindo adaptações	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT-A	<i>Access to COVID-19 Tools Accelerator</i>
ACT-A FC	<i>ACT-A Facilitation Council</i>
AMC	<i>Advance Market Commitments</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AOD	Assistências Oficiais ao Desenvolvimento
BDo	Base de dados original
BDp	Base de dados parcial
BDs	Base de dados para análise de sentimentos
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CEPI	<i>Coalition for Epidemic Preparedness Innovations</i>
CMM	Contramédidas médicas
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CSS	<i>Critical Security Studies</i>
CSS	Pilar Conector de Sistemas de Saúde
CUS	Cobertura Universal em Saúde
DIE	Doenças Infecciosas Emergentes
DIR	Doenças Infecciosas Reemergentes
Dx	Pilar Diagnósticos
EPP	Equipamento de Proteção Pessoal
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
FBMG	Fundação Bill e Melinda Gates
FENSA	<i>Framework of Engagement with Non-State Actors</i>
FMI	Fundo Monetário Internacional
GHSA	<i>Global Health Security Agenda</i>
GFAN	<i>Global Fund Advocates Network</i>
GFF	<i>Global Financing Facility</i>
GSG	Governança da saúde global
GSI	Governança da saúde internacional
HIC	<i>High Income Countries</i>

LIC	<i>Lower Income Countries</i>
LMIC	<i>Lower-Middle Income Countries</i>
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OI	Organização Intergovernamental/Internacional
OING	Organizações Internacionais Não-Governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPA	<i>Operational Purchase Agreements</i>
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OSC	Organizações da sociedade civil
PIB	Produto Interno Bruto
PGPP	Parceria Global Público-Privada
Plataforma	Plataforma para Representantes da Sociedade Civil e da Comunidade do ACT-A
RI	Relações Internacionais
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SI	Sistema Internacional
SSG	Segurança em Saúde Global
TRIPS	<i>Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights</i>
Tx	Pilar Tratamentos
UMIC	<i>Upper-Middle Income Countries</i>
UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
Vx	Pilar Vacinas
WHE	<i>World Health Emergencies</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	20
1	A GOVERNANÇA GLOBAL E AS SUAS INTERSECÇÕES COM A AGENDA DA SAÚDE	26
1.1	Perspectivas críticas da governança global	27
1.1.1	As Organizações Intergovernamentais e o seu lugar na governança global	32
1.2	A Governança da Saúde Global e seus debates principais	36
1.2.1	O regime de Segurança em Saúde Global	39
1.2.2	A liderança descentralizada da Organização Mundial da Saúde na GSG	43
1.2.2.1	O Regulamento Sanitário Internacional e as ESPIIs.....	47
1.3	Conclusões	49
2	O ACT-A COMO UM MODELO DE REPOSTA A ESPIIs DENTRO DA GSG	52
2.1	Fontes e metodologia	53
2.2	O ACT-A em uma linha do tempo: elementos estruturais e discursivos	56
2.2.1	Primeiro momento: risco compartilhado	58
2.2.2	Segundo momento: pandemia de duas vias	64
2.2.3	Terceiro momento: transição pandêmica	68
2.3	A governança do ACT-A enquanto uma PGPP	72
2.3.1	O pilar Vacinas	76
2.3.2	O pilar Tratamentos	78
2.3.3	O pilar Diagnósticos	79
2.3.4	O pilar/fluxo de trabalho Conector de Sistemas de Saúde	80
2.4	Avaliações e percepções do ACT-A	81
2.5	Conclusões	90
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A – LINHA DO TEMPO EM MOMENTOS ESTRATÉGICOS EXPRESSO PELA BDp	114
	APÊNDICE B – DOADORES PRIVADOS POR VALOR DE CONTRIBUIÇÃO EM US\$ MILHÕES ATÉ JUNHO DE 2023	115
	ANEXO A - TIPOS DE PODER NA GOVERNANÇA GLOBAL, COM EXEMPLOS DA SAÚDE	116

ANEXO B – ESTRUTURA DO ACT-ACCELERATOR, COM CO- CONVOCADORES E LÍDERES DE PILARES	117
--	------------

INTRODUÇÃO

Pandemias e vírus mortais que ameaçam a existência humana na Terra fazem parte do imaginário popular através do tempo. A história e a arte retratam expressões populares desses períodos nos quais esses são maus presságios ou relatos melancólicos do que sucedeu ou está por vir. Exemplos podem ser encontrados em pinturas clássicas, como a obra “O Triunfo da Morte” de Pieter Bruegel, o Velho, sobre a Peste Bubônica na Europa no século XVI –, ou “Auto-Retrato Depois da Gripe Espanhola” de Edvard Munch. Também existem trabalhos da sétima arte dedicados ao tema, como o filme “Contágio” no qual o diretor Steven Soderbergh relata o pânico de uma sociedade ao tentar combater um novo vírus similar à gripe. Na literatura não é diferente, pois obras como *Jane Eyre*, de Charlotte Brönte, ou *A Peste*, de Albert Camus, também descrevem relatos dramáticos do impacto de crises epidemiológicas nos seus respectivos contextos históricos. Esses e outros exemplos transcreve o impacto transformador que eventos em saúde possuem da vida cotidiana até considerações políticas e culturais mais amplas.

Para o matemático John Casti (2012), as pandemias fazem parte de um grupo chamado ‘eventos X’, isto é, eventos extremos que teriam o potencial de transformar a organização do mundo tal como o concebemos. A sua tese defende que a probabilidade da sua ocorrência aumentaria com o passar do tempo, conforme a humanidade constrói sistemas multifacetados de incremental complexidade. Nesse cenário, pandemias, juntamente com a escassez de alimentos, possíveis apagões digitais e crises do mercado financeiro, se tornam um fenômeno matemático real e intrínseco à articulação de mundos conectados (Casti, 2012). Para ele, o que torna doenças um “evento X gerado pela complexidade não é sua irrupção em si, mas a forma como os sistemas humanos [interagem] para exacerbar o número de mortes, em vez de reduzi-lo” (Casti, 2012, p. 165, tradução nossa). Para responder a essa demanda de gestão dos sistemas humanos, surgem no século XIX as primeiras respostas cooperativas à eventos em saúde, criando a chamada governança da saúde internacional (GSI).

A GSI tinha a sua principal representação nas Conferências Sanitárias Internacionais – que tiveram início em 1892 – e em acordo bilaterais ou regionais entre Estados interessados (Dodgson; Lee; Drager, 2002; Fidler, 2001). À exemplo da teoria de Casti (2012), a complexidade da globalização transformou a relação entre países e, consequentemente, um novo enquadramento à cooperação em saúde se constituiu. O conceito de saúde global, que desenvolve a partir do final do século XX a sua própria governança – governança em saúde global (GSG) (Birn; Pillay; Holtz, 2017; Kerouedan, 2013), continuou a se expandir enquanto

prática política e tema de pesquisa. Ele tem a proposta de agregar um diálogo interdisciplinar que compreende, além de doenças pandêmicas, questões de acesso a condições básicas de saneamento, nutrição e tecnologias em saúde, termos de financiamento ao desenvolvimento em saúde, a sustentabilidade em saúde, entre outros temas correlatos (Berridge; Loughlin; Herring, 2002; Buss; Ferreira, 2010a; Dodgson; Lee; Drager, 2002; Ruger, 2012; Ventura *et al.*, 2020; WHO *et al.*, 2022). A sua relação com as Relações Internacionais (RI) surge nesse ínterim, explorando a intersecção com a cooperação, a governança, a segurança o direito, entre outros (Birn; Muntaner; Afzal, 2017; Buss; Ferreira, 2010b; Nunes, 2020b; Ventura, 2003).

Na sua configuração atual, as principais articulações da GSG estão centralizadas na OMS, criada com o intuito de oferecer um fórum de discussão, e normatizar e internacionalizar informações, protocolos e medidas em saúde que tenham pretensões globais (Birn; Pillay; Holtz, 2017; Ventura; Perez, 2014). A gestão das Doenças Infecciosas Emergentes (DIEs), ou seja, doenças com alto potencial epidêmico e/ou pandemic que dependem de um enfrentamento coordenado e unificado, faz parte da sua *raison d'être*. Esse propósito está declarado nos princípios e funções (Capítulo II) da sua constituição (World Health Organization, 2020) e nas diversas estruturas dedicadas a esse propósito, como o Departamento de Vigilância e Resposta às Doenças Comunicáveis (CSR, sigla em inglês), o Departamento de Alerta e Resposta às Epidemias e Pandemias (EPR, sigla em inglês) e o *Global Outbreak Alert and Response Network* (GOARN), entre outras. As principais previsões técnicas nesse tema estão dispostos no Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI 2005) (World Health Organization, 2016), que estipula diretrizes para a resposta à DIEs através da categoria de Eventos de Saúde de Importância Internacional (ESPIIs).

A OMS não é, porém, o único agente na GSG que se dedica à resposta para as DIEs. Outras organizações no sistema ONU, como o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Unitaid, compartilham certa prerrogativa sob o tema da saúde global. Também outras organizações internacionais contribuem ao tema, como a *Global Health Security Agenda* (GHSA), do Banco Mundial (BM) e do Fundo Monetário Internacional (FMI). O BM, por exemplo, é o maior financiador de iniciativas em saúde global atualmente e possui ações próprias para a promoção de políticas de desenvolvimento em saúde que influenciam diretamente a GSG (Almeida, 2015; Lima, 2015). Outro exemplo é a GHSA, que apresenta um escopo normativo para iniciativas de segurança em saúde global (SSG) e, além de disputar legitimidade e prerrogativas de cooperação, narrativas e estratégias para o campo com a OMS (Ventura; Giulio; Rached, 2020). Existem também associações e instituições filantrópicas como a Fundação Rockefeller ou a Fundação Bill & Melinda Gates (FBMG), além

de organizações da sociedade civil que, através do seu *lobby* e/ou investimento financeiro, pleiteiam o seu espaço na agenda (Ventura; Perez, 2014). Estas constroem relacionamentos complexos com a OMS e suas atividades e configuram, junto com os Estados soberanos, os agentes da GSG.

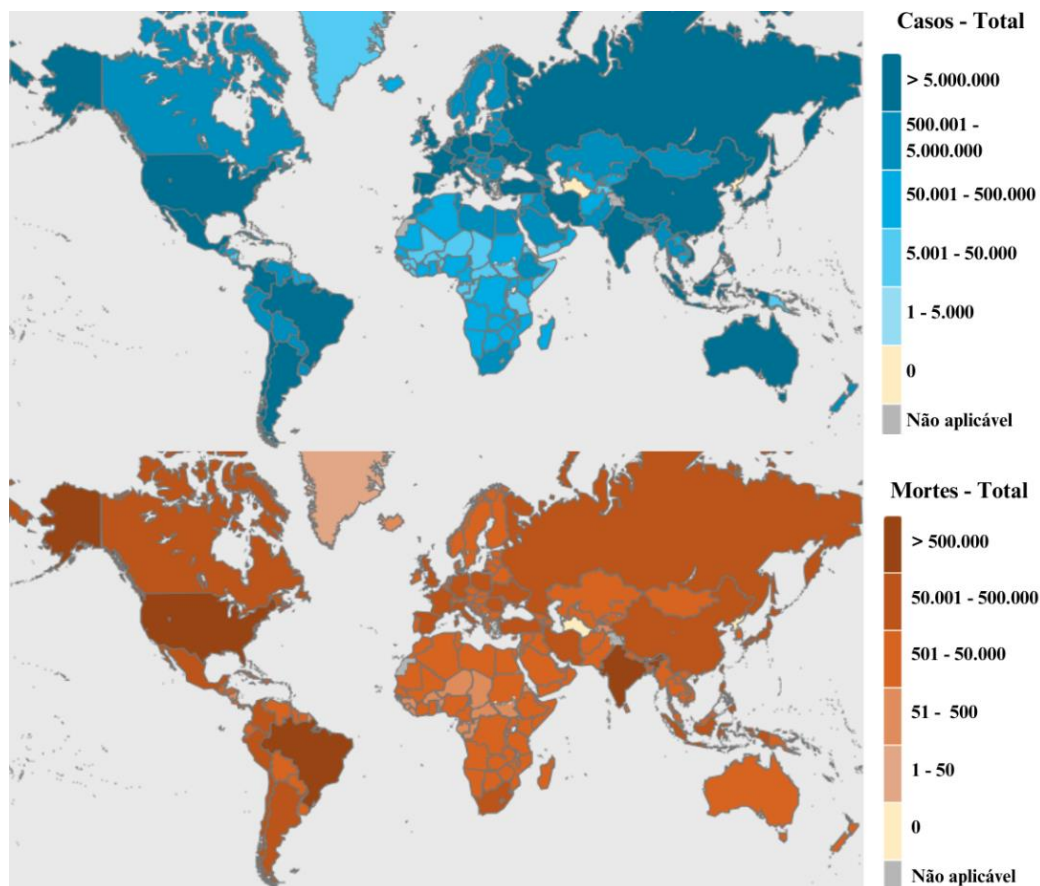
Portanto, dizer que a governança da saúde global existe não significa dizer que ela está sob um único líder ou uma única estratégia na qual estão ausentes disputas narrativas, orçamentárias, técnicas ou de implementação. O termo saúde global em si busca dar conta dessa intercambiável e constante reformulação das políticas e interpretações que compreendem a GSG. Ainda assim, segundo Kerouedan (2016, p. 57, tradução nossa), o risco epidêmico impõe certa padronização na gestão de DIEs, movimento que está no “coração da ideia e da emergência do conceito de saúde global” e da sua governança. O exemplo mais recente dessa constatação foi a pandemia da covid-19, que tensionou as suas estruturas previamente estabelecidas (Souza; Buss, 2021; Ventura *et al.*, 2020). Responsável por mais de 774 milhões de casos e 7 milhões de mortos até 7 de janeiro de 2024 (World Health Organization, 2024) (ver **Mapa 1**), a mais recente ESPII tornou evidente que “a saúde é um produto social, mais do que apenas o resultado de processos biológicos” (Buss; Ferreira, 2010a, p. 115), e portanto também sujeita às implicações político-econômicas da sociedade internacional.

O vírus nomeado SARS-CoV-2, responsável pela covid-19, surgiu na província de Hubei na China e sua existência foi notificada à comunidade internacional em dezembro de 2019. Já no mês seguinte foram registrados os primeiros casos fora do país de origem e declarada a sexta ESPII¹, sendo a pandemia em si declarada pela OMS em 11 de março de 2020, juntamente com a divulgação de recomendações de isolamento social e quarentena (Albuquerque, 2020). Se comparada a outras ESPIIs, a resposta à covid foi rápida: foram apenas quatro meses entre a notificação dos primeiros casos em dezembro de 2019 e a criação do programa *Access to COVID-19 Tools Accelerator* (ACT-A) em abril de 2020, o principal mecanismo de resposta à doença em nível global. A iniciativa compreendia uma parceria global público-privada (PGPP), caracterizada como

uma colaboração global limitada por tempo projetada para alavancar rapidamente a infraestrutura e o conhecimento especializado de saúde pública global existentes para acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso equitativo aos testes, tratamentos e vacinas contra a covid-19, a fim de acelerar o fim da fase aguda da pandemia da covid-19. (ACT-A, 2021f, p.1, tradução nossa).

¹ As demais ESPIIs declaradas até hoje foram a Gripe A (H1N1), a Poliomielite, a Doença do vírus Ebola (DVE) em duas ocasiões, a COVID-19 e a Mpox, todas essas descritas em maior detalhe no Capítulo 1, **Quadro 3**.

Mapa 1 – Total de casos e mortes da covid-19 até 24 de dezembro de 2023 (acumulado)



Fonte: Elaborado com base em World Health Organization (2024)

Entre organizações intergovernamentais e de atuação privada, os *stakeholders* do programa se articulavam para garantir insumos e tecnologias em saúde necessários para o combate à pandemia. Em específico, o foco esteve sobre vacinas, tratamentos medicamentosos e tecnologias diagnósticas, além da produção e divulgação de informações para o aprimoramento de respostas locais através de articulações de sistemas de saúde. A abordagem adotada pela PGPP esteve focada em acelerar a criação de mecanismos inéditos de resposta à covid-19, assim como na garantia do acesso equitativo às soluções apresentadas (ACT-A, 2020b). Com a redução dos índices de contágio e óbitos e o consequente fim da pandemia em março de 2023 (Ghebreyesus, 2023), o ACT-A declarou encerrada as suas atividades que, em setembro de 2020, tinha um prazo de dissolução de 18 meses (ACT-A, 2020c). Entretanto, novos casos e mortes continuam ser registrados (World Health Organization, 2024) e o legado do ACT-A permanece relevante. Como a única resposta global articulada para a resposta à covid, ele articulou o maior esforço de resposta à ESPIIs até então e, assim, apresenta a oportunidade de investigar como novos olhos a GSG e as suas estratégias.

Compreender o ACT-A e a sua intercessão com a GSG se torna ainda mais necessário

tendo em vista a atual discussão quanto a novas abordagens para a resposta à ESPIIs no âmbito da OMS. Em especial, se desenvolve nesse momento um novo acordo sobre pandemias e negociações sobre potenciais reformas no RSI 2005 (Ventura *et al.*, 2022; Viegas; Ventura; Ventura, 2022). Investigar a forma de configuração do mecanismo, suas conquistas e deficiências apresenta a oportunidade de analisar os desafios da GSG de maneira contextualizada. A presente dissertação busca dialogar com esse contexto, realizando um estudo de caso exploratório que contextualiza o ACT-A nas premissas e desafios mais amplos da GSG e SSG. Faz esse esforço a partir de referências primárias publicadas pelo próprio programa e de uma revisão bibliográfica crítica sobre a GSG, a SSG e a governança global como um todo. Focada no intervalo entre 2020 e 2023, a pesquisa também procura suprir a necessidade de revisões acadêmicas compreensivas sobre o programa em seu escopo geral e facilitar o acesso a informações sobre a sua execução. A escassez de informações processadas ou de análises críticas sobre o programa – não apenas sobre pilares específicos – é essencial para que novas respostas à DIES sejam realizadas no futuro.

Para tal, metodologicamente, a pesquisa combina métodos qualitativos e quantitativos em um estudo de caso de métodos mistos a partir da revisão bibliográfica, análise de conteúdo e análise de discurso. As estratégias adotadas têm como propósito responder à dificuldade imposta por estudos de caso em identificar variáveis e mensurar sua relevância ao contexto maior analisado, impedindo ambiguidades e o cruzamento de influências e dados entre essas (George; Bennett, 2005). A revisão bibliográfica de fontes secundárias realizada no primeiro capítulo analisa criticamente da resposta global à DIES, retornando aos conceitos constituintes do que a GSG representa. A literatura sobre a governança global oferece indícios de como esse sistema foi idealizado e o seu relacionamento com exercícios de poder e hegemonia no relacionamento entre atores. Por sua vez, os conceitos de GSG e SSG apresentam ideias que orientam as DIES dentro de um arcabouço teórico-estratégico e fornecem pistas sobre os porquês constitutivos e os resultados do ACT-A.

Essas ponderações orientam a investigação dos dados primários realizada no capítulo seguinte que utiliza as ideias compiladas para analisar criticamente os dados encontrados a partir do estudo de caso escolhido. Para tal, são associados dois métodos quantitativos: a análise de dados orçamentários relativos a doações e objetivos de trabalho e a análise de discurso sob os principais documentos do programa, indicando uma genealogia estratégica que orientou os seus focos ao longo do tempo que esteve em atividade. A revisão de elementos numéricos e discursivos proporciona maior clareza sobre o ACT-A, oferecendo uma bússola para navegar informações ofuscadas pela estratégia de comunicação e financiamento do programa. Assim, é

possível analisá-lo de forma crítica e contextualizada e demonstrar a generalidade dos argumentos levantados sobre a sua posição em relação ao GSG e a SSG. A escolha por abordagens mistas não está isenta de desafios, os quais serão mais bem discutidos no segundo capítulo, mas é justificada pela chance clarificar circunstâncias que antes estariam obscurecidas.

Realizar esse esforço de pesquisa significa entender a configuração prévia do debate sobre a governança global, a GSG e a SSG, explorando na literatura das Relações Internacionais e da Saúde Global os caminhos teóricos que condicionam a arena no qual o ACT-A operou. Essa discussão acontece no primeiro capítulo que, através da revisão bibliográfica apresenta o conceito de governança global sob a ótica da política internacional e dos processos de construção do poder. Tal revisão orienta também a contextualização da GSG e da SSG enquanto teorias e práticas no sistema internacional, a partir dos projetos e críticas dos agentes que as constroem. O capítulo seguinte discute o ACT-A em si, apresentando a sua realização ao longo dos seus três anos de atuação (2020-2023), a sua governança e os seus principais desafios. Nele são discutidos elementos essenciais da execução do programa, assim como as suas configurações genealógicas e a sua contribuição para a resposta à covid-19. A conclusão, por sua vez, se debruça sobre as conexões entre a literatura e a prática discutida dos capítulos anteriores, apresentando proposições críticas sobre o ACT-A, a GSG e a SSG.

A investigação se debruça sobre a resposta à emergência sanitária da covid-19 que, pela sua extensão, tencionou os aparatos de governança previamente estabelecidos. Isso se verifica em seu escopo global e colaborativo, nas relações demandadas entre agentes públicos e privados, no conceito de risco presente em ESPIIs e no financiamento de políticas em saúde global. Esses são aspectos que relevantes da GSG e da SSG que construíram a política global em saúde para a covid-19 e que tem o potencial de serem também em outras DIEs. A sua conexão com os elementos específicos do ACT-A é explorada em maior profundidade na conclusão, que apresente as inferências críticas que podem ser realizadas se conciliados os conceitos apresentados no capítulo um e os resultados de pesquisa do capítulo dois.

1 A GOVERNANÇA GLOBAL E AS SUAS INTERSECÇÕES COM A AGENDA DA SAÚDE

Reflexões teóricas são essenciais à análise contextualizada de fenômenos sócio-políticos, pois proporcionam os aparatos interpretativos necessários para compreender e organizar aspectos das práticas, normas e ideias que os circunscrevem. Em especial no campo das RI, as conclusões a serem inferidas a partir da intersecção entre diferentes abordagens facilita a captura de padrões comportamentais que orientam a configuração do Sistema Internacional (SI). Ainda assim, de acordo com Cox (1992, p. 134, tradução nossa), o “nosso desafio não é contribuir para a construção de um conhecimento universal e absoluto, mas conceber uma nova perspectiva útil para enquadrar e trabalhar nos problemas do presente”. Portanto, a investigação proposta nesse capítulo traduz o esforço de mapear genealogicamente a saúde global de acordo com as suas premissas fundantes. Nesse contexto, a saúde apresenta uma oportunidade singular, pois é um tema relativamente novo às RI, mas que acumula uma longa trajetória multidisciplinar de interpretações sobre suas características biomédicas, sociais, políticas, históricas e econômicas.

Para tal, o primeiro passo é reconhecer a saúde global como parte de um contexto disciplinar maior, que molda as circunstâncias nas quais ela é construída e exercida cotidianamente. Também é preciso encontrá-la nas características que a posicionam em relação ao SI e seus principais desenvolvimentos. Em última instância, a covid-19 reforçou a ideia de que problemas de saúde são questões globais e devem ser endereçados também a partir de premissas compatíveis com suas características. Afinal, desde o começo do século XXI, a demanda pela associação da saúde a temas globais, principalmente – mas não limitada – ao caso das doenças infecciosas, é um dos desafios fundamentais na pauta do desenvolvimento humano (Benatar; Daar; Singer, 2003). Essa análise deve estar comprometida com uma perspectiva crítica, que aborda as limitações e possibilidades que a organização atual do SI apresenta para medidas em curso e futuras. Isso porque experiências, tanto individuais quanto coletivas, colaboram na construção de ideologias, instituições e estruturas de governança que influenciam a política, a tomada de decisão e a efetividade das suas intervenções (Cox, 1992).

Dessa forma, esse capítulo se debruça sobre conceitos fundamentais relacionados a esses temas, organizados em duas seções principais. A primeira trata do conceito de governança global, das suas interpretações tradicionais e críticas, e apresenta os argumentos que orientam as perspectivas que serão utilizadas ao longo do texto. Nela um item é dedicado a investigar a presença das organizações intergovernamentais ou internacionais (OIs) no contexto da

governança global. A segunda trata da governança da saúde global, do seu relacionamento com a governança global, suas principais características e perspectivas críticas que a analisam. Aqui apresentam-se dois itens: o primeiro deles dedicado à apresentação do conceito de SSG e o segundo voltado à análise da OMS e seus principais instrumentos de resposta a emergências em saúde, ou seja, o RSI e as ESPIIs.

1.1 Perspectivas críticas da governança global

O conceito de governança global surge em resposta a mudanças importantes no cenário internacional informadas principalmente pelo fim da Guerra Fria e a consolidação das estruturas de cooperação internacional estabelecidas no pós-Segunda Guerra Mundial. Naquele momento, surgiram esforços teóricos comprometidos com a explicação de um Sistema Internacional sob os efeitos da globalização, dos regionalismos, das inovações tecnológicas, das (in)formalidades institucionais, e da ascensão de atores não-estatais, mercados globais e movimentos civis transnacionais. Nesse sentido, os termos “governança” e “global” trabalhavam juntos, comprometidos a descrever esse novo contexto e a fornecer ferramentas interpretativas para as transformações em curso através de um discurso mais amplo sobre a ordem do SI. Em grande parte, essa literatura dialogou com uma vasta bibliografia das Relações Internacionais, sendo a sua grande contribuição o desvio do foco sobre o monopólio estatal e a soberania Westfaliana para admitir um sistema *multi* -atores, -temas e -níveis.

A governança é descrita de forma abrangente em contraste com a ideia de governo, ou seja, trata da gestão compartilhada de interesses por diversos atores sem que haja necessidade de uma autoridade supranacional análoga ao Estado. Esse foi, inicialmente, o grande diálogo com teóricos realistas simpáticos a Morgenthau (1948) e Clausewitz (2006) que viam um SI anárquico, descrito pela ausência de governo soberano e de iniciativas que fossem capaz de regulamentá-lo em âmbito similar. A governança seria, justamente, “a capacidade de realizar coisas sem a competência legal de ordenar que elas sejam feitas” (Czempiel, 1992, p. 250, tradução nossa), ou ainda o “fazer internacionalmente o que governos fazem em casa” (Finkelstein, 1995, p. 369, tradução nossa). Perspectivas mais holísticas compreendiam a governança global como “um sistema de governo que depende tanto de significados intersubjetivos quanto de constituições e normas formalmente sancionadas” (Rosenau, 1992, p. 4, tradução nossa). Enquanto fenômeno global, a governança é um processo dinâmico e flexível de tomada de decisão e promoção de políticas que prevê a incorporação de novos temas e possibilidades interpretativas. Nesse paradigma, ela

é a soma das várias maneiras pelas quais indivíduos e instituições, públicas e privadas, administram seus assuntos comuns. É um processo contínuo por meio do qual interesses conflitantes ou diversos podem ser acomodados e ações cooperativas podem ser tomadas. Inclui instituições e regimes formais com poderes para impor a adimplência, bem como acordos informais com os quais as pessoas e as instituições concordaram ou percebem ser de seu interesse. (Commission on Global Governance, 1995, p. 1, tradução nossa).

Para Rosenau (1995), esse alinhamento de interesses significa que a previsão de legitimidade da governança global deriva de mecanismos *botton-up* através dos quais atores com menor e maior influência negociam pautas prioritárias e soluções compatíveis. A eles são distribuídas as incumbências normativas, práticas e subjetivas para que seja estruturado o SI, assim organizando-o de acordo com os seus respectivos interesses. Ou seja, a governança global caracteriza “sistemas de governo em todos os níveis da atividade humana – desde a família até a organização internacional – nos quais a busca de objetivos através do exercício do controle tem repercussão transnacional” (Rosenau, 1995, p. 13, tradução nossa). A disposição desses interesses circunscreve a ordem global², que configura arranjos estruturais da política – fundamentais ou rotinizados –, contextualizados no tempo e no espaço de maneira não necessariamente intencional (Rosenau, 1992). Existe, portanto, uma associação intrínseca entre ordem e governança global, que cria condições para que o emprego do poder seja realizado e percebido a partir de novas possibilidades, delegando ao SI novos contornos.

O reconhecimento do poder como parte das discussões liberais sobre a governança global não significou, entretanto, que fossem realizadas considerações sobre seus efeitos. A **boa** governança global estava idealizada e efetivamente qualificada de forma positiva, alinhando atores a valores compartilhados e à qualidade da liderança que representa e preserva a sua integridade (Commission on Global Governance, 1995). Porém, a conexão entre a governança global e a ordem evidencia a contradição presente no encontro entre a pretensão redentora da primeira e a duplicidade moral do poder imbuído à segunda. Ou seja, em seu sentido liberal tradicional, a governança global revela a primazia da escolha independente, feita com base em valores e propósitos comuns, porém a presença do poder revela relações de imposição, dominação e hegemonia potencialmente presentes nessa escolha. Sendo assim, a ordem não é mais uma variável que descreve a governança global como Rosenau (1992) e Czempiel (1992) a percebem, mas representa relações de poder quanto a interesses materiais e ideológicos que historicamente constituem o SI e estabelecem o que Cox (1992) chama de ordem hegemônica.

² Segundo o autor, o processo de globalização proporciona a criação de uma ordem global que compreenda duas ou mais ordens sistêmicas (como a ocidental, a islâmica etc.).

Assim como Rosenau (1992), Cox (1992) entende a governança global a partir de vias tanto subjetivas quanto práticas, orientadas pelas ideias compartilhadas sobre o mundo e a sua natureza, e pelas soluções imagináveis e aceitáveis para que problemas comuns sejam sanados. Entretanto, é na capacidade de lidar com problemas sociais percebidos de forma individual a nível global e, portanto, qualificar e estipular soluções efetivas, que a ordem hegemônica se faz perceptível. Para Cox (1992, p. 140, tradução nossa), hegemonia é “uma estrutura de valores e entendimentos sobre a natureza da ordem que permeia todo um sistema de entidades estatais e não estatais” e que está organizada de forma estável e relativamente não questionada. Essa ordem é construída historicamente a partir de uma relação dialética entre o sujeito e o objeto, de forma com que seja reconhecido um padrão reconhecível de práticas e ideologias hegemônicas que a conformam e legitimam (Cox, 1992). A globalização introduziu novas dinâmicas à aspectos estruturais da ordem hegemônica, respondendo a interesses da elite capitalista que se concretizam em suas aspirações globais.

Portanto, é através do processo de globalização que a ordem hegemônica circunscreve a governança global, tendo o neoliberalismo quanto o enquadramento ideológico que orienta aspectos políticos, econômicos e sociais de como ela é experienciada. Nomear o neoliberalismo significa aproximar a hegemonia de quem a exerce, localizando no capitalismo “desregulado” visões de mundo que tornam ideias e práticas compatíveis e aceitáveis ao projeto da governança. Ao investigar a relação entre o desenvolvimento e o processo de marginalização, Murphy (2005) apresenta a governança global como um processo que acumula objetivos e resultados antagônicos. O autor reconhece a sua identidade na intercessão entre os interesses estatais e os de uma nova classe capitalista transnacional, que reforça objetivos do capitalismo neoliberal responsáveis por construir a **boa** governança (Murphy, 2005). Nessa perspectiva, a aliança de interesses desejada pelas interpretações liberais estão submetidas também às dinâmicas de opressão oriundas a movimentação das classes dominantes.

No relatório da Commission on Global Governance (1995), a **boa** governança implica o estabelecimento de boas condições de vida através de estruturas flexíveis de cooperação global que, orientadas por uma liderança capaz, atende aos interesses de todos os atores envolvidos. Um exemplo dessa interpretação é o termo “vizinhança global”, que introduz princípios de convivência democrática e participativa nos moldes liberais que a globalização demanda da comunidade internacional. O foco implícito nesse discurso resta sobre a ideia de

desenvolvimento, principalmente com base no suprimento das chamadas necessidades básicas³ (Murphy, 2005). Entretanto, segundo Murphy (2005, p. 97, tradução nossa), ele mascara as premissas ulteriores do capitalismo, promovendo o desenvolvimento como “um processo profissionalizado, hierárquico e de cima para baixo, cujos centros de poder estão literalmente a meio mundo de distância de seus clientes”. Assim, na disputa narrativa sobre o que a governança global é, ou deveria ser, é preciso reconhecer os padrões por ela impostos ou perpetuados de marginalização, sobretudo em relação aos países do Sul Global. Segundo o autor,

a ‘governança global’ [...] é tudo isso: um estrato de gestão mundial que compartilha a ideologia neoliberal, uma rede crescente de regimes públicos e privados que se estende pelas maiores regiões do mundo, o sistema de organizações intergovernamentais globais, algumas das quais são relativamente autônomas e poderosas, e organizações transnacionais que realizam algumas das funções de serviço tradicionais de agências públicas globais e também trabalham para criar regimes e novos sistemas de integração internacional. (Murphy, 2005, p. 139, tradução nossa).

A pluralidade de interesses articulados entre regimes, organizações, agências e atores reflete as distintas configurações que o poder em si assume. A esse mérito, Barnett e Duvall (2005) defendem que o poder é a variante central a qualquer análise sobre a governança global, suas estratégias e impactos. Entretanto, é imperativo reconhecer que, assim como essa teve que se adaptar às demandas de um cenário internacional complexificado, o conceito de poder deve ser organizado a partir de perspectivas que considerem a sua pluralidade. Portanto, para os autores, a “análise do poder [...] também deve incluir considerações quanto as estruturas normativas e discursos que geram capacidades sociais diferenciadas para que os atores definam e busquem seus interesses e ideais” (Barnett; Duvall, 2005, p. 3, tradução nossa). Ao empregar o poder nesses termos, Barnett e Duvall (2005) utilizam uma abordagem genealógica que identifica uma taxonomia que o confere quatro formas: poder compulsório, poder institucional, poder estrutural e poder produtivo. Essa configuração está descrita no **Quadro 1**.

A apresentação do poder elaborada por Barnett e Duvall (2005) contribui para que ele seja compreendido em sua forma relacional, principalmente para aqueles que estão sobre os seus efeitos. Ela também permite que as diferentes combinações entre os tipos identificados evidenciem dinâmicas de cocriação que constituem a ordem hegemônica neoliberal. De acordo com Rupert (2005), o poder produtivo e, sobretudo, o poder estrutural representam os chamados

³ Necessidades básicas são aquelas necessárias à boa qualidade de vida de determinada população e podem ter determinações políticas (liberdade, representatividade, participação, preservação de direitos etc.), materiais (acesso à infraestrutura básica, distribuição de riquezas, proteção contra situações de violência extrema etc.) e socioculturais (liberdade religiosa, proteção contra genocídios, preservação histórica etc.).

poderes sociais, que emergem das relações capitalistas enraizadas em dinâmicas de classe às quais gênero e raça se entrelaçam. Esses constroem uma relação dialética de interdependência com os demais poderes, expressando prerrogativas da ordem capitalista por eles concebida e organizada (Rupert, 2005). Nesse sentido, Muppidi (2005) sugere que essa constituição representa também uma ordem global colonial⁴, na qual a governança é dividida entre governantes e governados e limitada a ideias preconcebidas e acordadas pela elite, das quais os subalternos são excluídos.

Quadro 1 – A taxonomia do poder e suas características, segundo Barnett e Duvall (2005)

Especificidades das relações sociais em que o poder é exercido			
		Diretas	Difusas
		quando existe uma relação causal explícita entre o seu sujeito e o seu objeto	quando a interação entre atores acontece de forma mediada ou distanciada no tempo e/ou no espaço
Formas pelas quais o poder é expresso	Interações	Poder Compulsório "está presente sempre que as ações de A [materiais, normativas ou simbólicas] controlam as ações ou circunstâncias de B, mesmo que não intencionalmente" (p. 14)	Poder Institucional "as instituições formais e informais que fazem a mediação entre A e B, pois A, trabalhando por meio das regras e dos procedimentos que definem essas instituições, orienta, dirige e restringe as ações (ou não ações) e as condições de existência de outros, às vezes até sem saber." (p. 15)
	Relações sociais de constituição	Poder Estrutural "diz respeito às estruturas - ou, mais precisamente, às relações internas e co-constitutivas das posições estruturais - que definem os tipos de seres sociais que os atores são. Ele produz as próprias capacidades sociais das posições estruturais, ou de sujeito, em relação direta umas com as outras, e os interesses associados que fundamentam e dispõem a ação." (p. 18)	Poder Produtivo "é a constituição de todos os sujeitos sociais com vários poderes sociais por meio de sistemas de conhecimento e práticas discursivas de escopo social amplo e geral. [...] Conceitualmente, o movimento se afasta das estruturas, per se, para os sistemas de significação e significado (que são estruturados, mas não são estruturas em si) e para as redes de forças sociais que se moldam perpetuamente umas às outras." (p. 20)

Fonte: Elaboração nossa com base em Barnett e Duvall (2005).

Além de explicitar as limitações da concepção liberal tradicional sobre a governança global, essas proposições teóricas apresentam possibilidades interpretativas para renovação de suas práticas. A partir delas, a governança global passa a ser “a constituição significativa e a

⁴ O autor argumenta que a ordem global colonial seria aquela na qual processos autoritários e antidemocráticos prevalecem e outorgam a governança global, enquanto, uma ordem global pós-colonial representa a defesa de procedimentos democráticos de governança que presam pela participação daqueles que são seus objetos (Muppidi, 2005).

realização material de uma imaginação compartilhada do mundo, do global, dentre as múltiplas imaginações possíveis da globalidade” (Muppidi, 2005, p. 275, tradução nossa). Para Muppidi (2005), as maneiras pelas quais atores subalternos se apropriam e rearticulam as suas estruturas e pré-requisitos podem auxiliar a imaginar significados e práticas pós-coloniais da governança. Isso significa reconfigurar aspectos compulsórios e institucionais do poder para que projetos novos de poderes estruturais e produtivos possam emergir a nível global, projetos esses que incluam o conhecimento marginalizado e dinâmicas de classe, raça e gênero (Murphy, 2005; Rupert, 2005). Assim, a intersecção entre governança e poder que constrói a ordem hegemônica carrega em si o potencial de transformação necessário para novas alternativas (Cox, 1992).

Portanto, reconhecer o poder como parte da governança global não significa identificar a sua existência estérea, mas sim as suas inflexões no relacionamento entre atores e no contexto no qual ele acontece. Ou seja, ela deixa de descrever a cooperação consensual e a defesa de instituições e valores liberais e passa a representar possibilidades de compreensões alternativas do global e configurações nas quais a distribuição do poder seja representativa da diversidade de existências que o compõe. No âmbito da pesquisa realizada, essa diferenciação afeta tanto a percepção da governança global e da sua qualidade quanto análise das relações estabelecidas pelos atores na criação de seus mecanismos. Pois, preocupada com as dinâmicas de distribuição do poder entre Estados, organizações e cidadãos, essa abordagem possibilita que a **boa** governança seja investigada de forma crítica. E, para suprir a demanda interpretativa do caso de estudo a ser abordado no segundo capítulo, é necessário que as OIs e o seu papel sejam investigados.

1.1.1 As Organizações Intergovernamentais e o seu lugar na governança global

As Organizações Intergovernamentais são, conforme a definição liberal tradicional, soluções normativas para problemas comuns aos atores da governança global, que domam forças hostis e promovem a cooperação como valor comum (Barnett; Duvall, 2005; Hurrell, 2005). Elas são responsáveis por incorporar e promover valores morais, como a garantia dos direitos humanos, das necessidades básicas, dos bens públicos globais e do cumprimento de acordos internacionais, além da coleta e disseminação de informações confiáveis (Barnett; Finnemore, 2005; Murphy, 2005). Constantemente complexificadas pela natureza do processo de globalização, elas variam em forma e conteúdo entre si e em si, de maneira a construir e consolidar tendências no SI. Isso porque, conforme destacado por com Barnett e Finnemore (2005), as OIs possuem dupla identidade, ou seja, elas *corporificam* e *estruturam* questões

fundamentais da governança global, como aspectos normativos e de boas práticas, ou aspectos ligados à legitimidade e autoridade atreladas ao ideário liberal.

Essa dupla identidade existe porque, para Barnett e Finnemore (2005), OIs são atores *autônomos* no cenário internacional que promovem e disseminam ideias e práticas próprias, ao mesmo tempo que informam, oferecem fórum e aparatos normativos/burocráticos para que a cooperação aconteça. Essa autonomia deriva da autoridade vinculada ao relacionamento que o seu conjunto administrativo, ou *staff*, desenvolve com os indivíduos, organizações e Estados nela atuantes – aspectos que os autores nomeiam delegação e técnico-especialização; e também está relacionada à personalidade burocrática por ela assumida e por meio da qual é assimilada – aspectos racional-legal e moral (Barnett; Finnemore, 2005). Portanto, em sua atuação sistêmica, elas são capazes de elucidar questões fundamentais da idealização e difusão de normas⁵, assim como da evolução dos atores nelas comprometidos através dos seus interesses e ações (Hurrell, 2005; Zwingel, 2012). Ou seja, OIs transparecem o poder no SI nos relacionamentos construídos dentro e através da sua estrutura.

A produção e disseminação de normas é uma função especialmente relevante das OIs uma vez que, inspiradas em ideias compartilhadas sobre problemas comuns, elas formalizam aspectos determinadas compreensões da realidade que criam condições para que a ação, coletiva ou individual, aconteça (Ervik; Kildal; Nilssen, 2009; Finnemore; Sikkink, 1998). Isso pode acontecer, como entende Zwingel (2012), através do esforço de empreendedores normativos, que usam o fórum oferecido para traduzir seus projetos ao discurso global. A capacidade de consolidação de determinada norma ou proposta normativa está associada à influência de determinado empreendedor normativo, ou seja, ao poder que determinadas ideias carregam quando atreladas aos seus interlocutores. Para Finnemore e Sikkink (1998, p.895-905), esse processo está diretamente relacionado à construção ideológica dos agentes, dos seus motivos e dos mecanismos de propulsão que estes conseguem mobilizar para a sua internacionalização, um processo chamado pelas autoras de “ciclo de vida da norma”.

As normas constroem, assim, aparatos institucionais que solidificam a ordem hegemônica e seus entendimentos do SI, estipulando mecanismos que tem como pressuposto o estímulo a novas ideias e o controle para adequação daquelas já estabelecidas. Isso significa que as normas tendem a consolidar práticas e enquadramentos de empreendedor normativos que, por algum motivo, constroem ou ressoam a ordem hegemônica do SI. De acordo com Ervik

⁵ Normas são, para Finnemore e Sikkink (1998), expectativas e crenças compartilhadas sobre o comportamento dos atores para a produção da “boa” governança global que, quando devidamente aderidas, produzem estabilidade.

et al. (2009, p. 9, tradução nossa), “instituições criam aderência e *path dependencies* que influenciam e enquadram os efeitos de novas ideias e a receptividade a elas”. Ou seja, a adequação às normas estabelecidas condiciona diferentes atores à sua capacidade doméstica e global de exercer influência e garantir *compliance* (Finnemore; Sikkink, 1998).

Portanto, o nível de permeabilidade institucional a novas interpretações e a capacidade de influenciar o SI conferida às OIs está relacionado à sua adesão às premissas da ordem hegemônica e ao nível de poder dos agentes que as promovem. Existe nesse reconhecimento certo antagonismo inerente, já que enquanto burocracias, o poder das OIs “reside em sua capacidade de se apresentarem como impessoais e neutras – como se não exercessem poder, mas servissem aos outros” (Barnett; Finnemore, 2005, p. 175, tradução nossa). Entretanto, nelas o poder é premissa fundante e, se adequado à taxonomia de Barnett e Duvall (2005), conferem acesso completo às diferentes maneiras em que ele se apresenta, em diferentes contextos, com menor ou maior afinco. Por exemplo, poderes compulsórios e institucionais são facilmente evidenciáveis em normas compulsórias de adesão, no uso da força física como nos “capacetes azuis”, ou na capacidade de estipular agendas e problemas a serem discutidos e incorporados (Barnett; Finnemore, 2005). Seu poder produtivo está na capacidade de identificar e delimitar os problemas endereçados e discursos adotados, alocando responsabilidades e ajudando a produzir tipos específicos de atores e práticas na ordem hegemônica (Barnett; Finnemore, 2005; Ervik; Kildal; Nilssen, 2009; Hurrell, 2005).

Assim, aspectos normativos e cognitivos da incorporação de ideias à governança global também estão associados ao poder e sua distribuição em OIs. Ainda que, de acordo com Zwingel (2012), a tradução de normas demanda que essas assumam formas diferentes de acordo com os contextos nos quais se pretendem incorporá-las, a possibilidade de adequar ou descumprir totalmente uma norma não afasta da ordem hegemônica neoliberal a disseminação de princípios através de mecanismos de poder *top-down*. A possibilidade de pressionar o SI recai sobre os chamados Estados críticos, que o são por estarem diretamente envolvidos às demandas normativas empreendidas ou por possuírem “capital moral” na ordem hegemônica para assegurar ou impedir a incorporação de novas perspectivas (Finnemore; Sikkink, 1998). Sendo assim, as OIs possuem uma importante contradição: são instituições públicas e de caráter político que enfrentam problemas de responsabilização e participação inclusiva, nas quais conflitos de moralidades, nacionalidades e tradições culturais são excluídas dos valores liberais que definem aspectos políticos e econômicos dos seus objetivos, ou seja, uma boa vida (Ervik; Kildal; Nilssen, 2009; Hurrell, 2005; Rupert, 2005).

Portanto, discussões sobre a **boa** governança global não podem estar restritas a

previsões positivas de comportamento entre atores. Devem também, segundo Barnett e Duvall (2005), considerar a influência de percepções territorializadas do mundo e das expectativas de seu funcionamento. As OIs, em particular, disseminam a ordem neoliberal pois as inovações nelas contidas estão ligadas às “necessidades regulatórias de um capitalismo em expansão e globalizado, levantando questões sobre sua capacidade de atender às necessidades dos grupos marginalizados, que seus defensores sempre afirmaram” (Murphy, 2005, p. 12, tradução nossa). O incremento da participação de atores privados como autoridades globais é um exemplo dessa prerrogativa, já que, principalmente dentro das OIs, eles contribuem para obscurecer os objetivos do desenvolvimento estabelecidos em iniciativas de cooperação idealizadas como democráticas e públicas. Assim, considerações sobre o poder nas organizações internacionais devem entender os vieses, a comunicação persuasiva e o seu impacto sobre os grupos marginalizados, além de reconhecer a influência dos Estados poderosos e dos empreendimentos privados na normatização dos assuntos globais.

A ênfase nas chamadas necessidades básicas é um exemplo cabal desse movimento. A abordagem, que destaca a satisfação das necessidades físicas e sociopsicológicas fundamentais no tratamento da miséria e da violência, capitaneou os esforços das OIs nos últimos 50 anos e proporcionou sucessos perceptíveis (Barnett; Finnemore, 2005; Murphy, 2005). Todavia, a legitimidade dos esforços de assistência redistributiva ao desenvolvimento está subordinada a um discurso focado no valor instrumental da política social para o crescimento econômico e a competitividade, no âmbito do neoliberalismo (Ervik; Kildal; Nilssen, 2009; Murphy, 2005). Além disso, questões de eficácia e eficiência são necessariamente incluídas às métricas e demandas de legitimidade às quais OIs e a governança global estão submetidas (Hurrell, 2005; Muppidi, 2005). Essa tensão entre os objetivos sociais pretendidos nas instituições e seu alinhamento com as metas econômicas sela dinâmicas de poder que espelham a ordem hegemônica e cristalizam dicotomias fundamentais da governança global.

Ou seja, embora mais poderosas e autônomas, é necessário reconhecer as OIs permanecem sujeitas à influência daqueles mais poderosos, ou melhor, elas ainda representam interesses de uma elite que condiciona, em última instância, as normativas e práticas da governança global e imprime a ela sua feição neoliberal. Ainda que ofereçam plataformas essenciais à incorporação de novos atores e temas, facilitando a negociação de regimes e o monitoramento da conformidade, seu funcionamento permanece à mercê da deferência hegemônica e hierarquias de poder estabelecidas (Barnett; Duvall, 2005; Murphy, 2005). E ainda assim, Murphy (2005) salienta a oportunidade de que sejam imaginadas instituições verdadeiramente redistributivas, que remodelam os interesses dos poderosos por meio de

experimentos institucionais inteligentes. Para isso, entender a interação entre poder, autonomia e o potencial transformador das instituições é vital para a governança global e para explorar as possibilidades de uma cooperação internacional mais equitativa e eficaz.

1.2 A Governança da Saúde Global e seus debates principais

Como já discutido na introdução, a saúde global⁶ é um conceito em disputa na literatura, para o qual interpretações diversas foram apresentadas ao longo dos anos. A congruência está na sua origem, o distanciamento da saúde internacional que representou uma virada ontológica que muito tem a ver com o surgimento do próprio conceito de governança global. O global representa, em ambos os casos, práticas e mecanismos de cooperação mais robustos e audaciosos entre Estados associados a adesão de novos atores e temas até então considerados apenas marginalmente (Berlinguer, 1999; Brown; Cueto; Fee, 2006; Fidler, 2001). A saúde global passa a incorporar, “questões, determinantes e soluções de saúde transnacionais” (Koplan *et al.*, 2009, p. 1995, tradução nossa) associadas à desterritorialização de problemas e ao reconhecimento de sua natureza histórica plural em agentes e interesses (Dodgson; Lee; Drager, 2002). Ultrapassando a premissa de gestão estatal, a GSG⁷ concretiza, através de práticas formais e informais, públicas e privadas, uma comunidade com premissas “democratizantes” e comprometida com a pauta do desenvolvimento e das necessidades básicas globais (Berlinguer, 1999; Dodgson; Lee; Drager, 2002; Murphy, 2005).

A partir dessa premissa, a história da saúde pública está intrinsecamente ligada ao processo de globalização e exige da GSG iniciativas que promovam a cooperação entre Estados e a formação de parcerias com agentes não-estatais, como empresas multinacionais e organizações não governamentais (Berlinguer, 1999; Fidler, 2001; Murphy, 2005). Ainda assim, diferentes abordagens à crescente interconexão de demandas em saúde foram imaginadas para a promoção e garantia da saúde pública. O primeiro movimento de relevância foi o discurso das necessidades básicas que capitaneou o tema da saúde e a OMS através da Declaração de Alma-Ata de 1978 (WHO; Unicef, 2004). Focada em vincular a saúde ao desenvolvimento social, ela ofereceu uma prerrogativa normativa à abordagem da Atenção Primária à Saúde

⁶ A saúde em si, de acordo com a Constituição da OMS, é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (World Health Organization, 2020, p. 6, tradução nossa). Porém, esse conceito amplo de saúde teve lastro pouco significativo nas práticas de GSI, que até então priorizavam uma abordagem biomédica (Dodgson; Lee; Drager, 2002).

⁷ A governança da saúde refere-se às ações e aos meios adotados por uma sociedade para se organizar na promoção e proteção da saúde de sua população (Berridge; Loughlin; Herring, 2002).

(APS)⁸, marcada pela liderança do Estado em políticas públicas de saúde e da OMS em ações intersetoriais de cooperação internacional (Cueto, 2015). Segundo Cueto (2015), foi nesse período que a OMS articulou com maior afinco a participação da sociedade civil e a coordenação de programas nacionais associados aos determinantes sociais da saúde.

Entretanto, novas abordagens deram primazia a outras características compatíveis à governança global e à GSG, gerando novas críticas à adequação da saúde global e das soluções que ela propõe. Por exemplo, os interesses da ordem hegemônica neoliberal influenciaram o abandono da APS em favor de abordagens mais alinhadas com as suas expectativas, como a Promoção à Saúde – formalizada em 1986 com a Carta de Ottawa (WHO; Welfare Canada; CPHA, 1987) –, a Cobertura Universal em Saúde (CUS), e a Segurança em Saúde Global⁹. Sob essas novas orientações, a GSG passa a favorecer ações individuais e privadas na garantia da saúde, centralizada nas ameaças ambientais e epidemiológicas concretizadas pela concentração demográfica dos grandes centros e pela globalização (Cueto, 2015). Esse movimento também fortaleceu o vínculo cada vez maior entre a medicina e as “forças de mercado”, reafirmando preocupações históricas sobre conflitos de interesse e legitimidade, e impulsionando um longo e dramático processo de perda de confiança na capacidade das instituições, em especial da OMS, de oferecer serviços eficazes e equitativos (Benatar; Daar; Singer, 2003; Murphy, 2005).

Nesse sentido, atores como a Fundação Rockefeller¹⁰ e a FBMG¹¹, além de farmacêuticas transnacionais, possuem historicamente em suas estruturas, práticas e discursos, previsões normativas e ideológicas que tentam conciliar as demandas conflitantes do desenvolvimento equitativo em saúde às demandas do mercado. Esse esforço é caracterizado a ascensão do chamado filantropocapitalismo no campo da saúde (Back; Nascimento, 2020; Silva; Oliven, 2020). A eles somam-se a GAVI Alliance, a Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias (CEPI), o Global Fund, e tantas outras organizações internacionais não-governamentais (OINGs) que, ao mesmo tempo que colaboram para promover políticas de

⁸ Durante essa fase, o Dr. Halfdan Mahler, médico dinamarquês e diretor-geral da OMS entre 1973 e 1988, surgiu como um líder proeminente, capitaneando pautas caras à APS em fóruns internacionais e acadêmicos (Cueto, 2015).

⁹ O surgimento e características da SSG serão abordados em maior profundidade no item 1.2.1.

¹⁰ A Fundação Rockefeller foi a principal financiadora de investimentos em saúde durante os séculos XIX e XX, responsável por criar elementos estruturais em saúde que influenciaram a construção e desenvolvimento da própria OMS (Lee, 2009).

¹¹ A FBMG é o stakeholder de maior influência em uma PGPP com a OMS desde os anos 1990, seja pelas doações realizadas a programas específicos geridos pela organização ou através da sua contribuição a outros organismos como o GAVI, a Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias (CEPI) e a Unitaids.

saúde globalmente, dispersam a autonomia orçamentária e normativa necessária para que medidas verdadeiramente eficazes sejam implementadas. Mesmo OIs financeira como o FMI, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial são associados, principalmente a partir dos anos 1990, à promoção de políticas neoliberais em saúde, priorizando estratégias de curto prazo através da privatização de mecanismos públicos em saúde, desautorizando o Estado e a própria OMS (Benatar; Daar; Singer, 2003; Cueto, 2015).

Em particular, destaca-se a atuação da GHSA, uma organização internacional lançada com o propósito de auxiliar nos objetivos estabelecidos pelo RSI 2005¹² para a SSG. Fundada em 2014 com a liderança dos Estados Unidos, atualmente é composta atualmente por 67 países, OIs e partes não-governamentais, coordenados por um Grupo Diretor de 15 países responsáveis por garantir os compromissos afirmados em seus 12 objetivos técnicos (GHSA, 2020; Ventura; Giulio; Rached, 2020). Entretanto, segundo Ventura *et al.* (2020), a organização traduz a perda de legitimidade e protagonismo da OMS, pois ela disputa a criação de prioridades no regime de SSG em favor de medidas de vigilância que isolam problemas de saúde no Sul Global e privam as populações vulneráveis de seus direitos fundamentais. Além da evasão de recursos, organizações desse tipo esvaziam a OMS de suas prerrogativas normativas e morais, realocando-as em instituições que não possuem o mesmo nível de compromisso democrático ou de *accountability*.

Alinhados com as expectativas da ordem hegemônica neoliberal, esses atores são muitas vezes representantes da “financeirização da saúde global” (Stein, 2021) e do “neoliberalismo epidemiológico” (Nunes, 2020a), que agem sobre as prerrogativas racionais e normativas da GSG nos últimos anos. A covid-19, como a experiência mais recente de globalização das questões de GSG, repetiu padrões anteriores em que as OIs “encontraram aliados entre aqueles cujos meios de subsistência dependiam dos fluxos globais de bens e pessoas” (Murphy, 2005, p. 19, tradução nossa) e não necessariamente nas populações afetadas. A pandemia realçou os aspectos limitantes da associação irrestrita entre a GSG e a serventia ao mercado, como em questões relacionadas ao Acordo TRIPS¹³ e aos licenciamentos compulsórios tão relevantes aos países em desenvolvimento (Ruger; Ng, 2010; Zucoloto; Miranda; Porto, 2020). E enquanto parte da ordem, Moon (2019, p. 7, tradução nossa) identifica na GSG aspectos da taxonomia

¹² O RSI, seu propósito e principais características serão discutidos com maior detalhe no item 1.2.2.1.

¹³ Criado na Rodada do Uruguai (1986-1994) da Organização Mundial do Comércio (OMC), o Acordo TRIPS (OMC, 2011; WTO, 2017) é o principal movimento sobre a padronização de legislações de patentes no mundo e é monitorado tanto pela OMC quanto pela Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) (Castro; Westerhaus, 2007; Castro, 2018).

do poder de Barnett e Duvall (2005), expandindo-os para incorporar “uma tipologia mais refinada [que facilite] a análise baseada em atores” com categorias integradas (ver **Anexo A**).

A análise do poder e suas configurações na saúde global possibilita um olhar interessante sobre a forma como dinâmicas hegemônicas poder se reproduzir em contextos mais especializados. Moon (2019) detalha os veículos de exercício do poder para explicitar que, na GSG, ele pode assumir formas mais sutis, que envolvem uma rede de agentes interconectados por linguagens e práticas comuns. O discurso tecnicista da saúde não escapa das dinâmicas de imposição que ultrapassam aspectos físicos e econômicos para incorporar o domínio da expertise, do discurso, das conexões em network. A autora entende que essa “tipologia destaca como os atores frequentemente percebidos como fracos ou impotentes podem ser capazes de exercer influência de maneiras não amplamente reconhecidas” (Moon, 2019, p. 9, tradução nossa). Além disso, sua abordagem torna possível evidenciar que, mesmo em contextos especializados, diferentes agendas tomam proeminência estratégica através do relacionamento entre atores e a intercessão entre suas expressões de poder, que convergem para determinada ordem hegemônica.

Portanto, da forma como têm se apresentado, definições tradicionais da saúde global e da GSG negligenciam o poder e sua distribuição, ignoram os efeitos adversos do processo de globalização e, principalmente, reforçam paradigmas da ordem hegemônica neoliberal (Birn, 2011; Rached; Ventura, 2017; World Health Organization, 1999). A crescente desigualdade estimulada por essa ordem é, segundo Murphy (2005), inimiga do desenvolvimento humano e prejudicial aos mecanismos da GSG que de fato favorecem populações marginalizadas. Portanto, para Birn (2011), a definição de saúde global e da sua **boa** governança deve levar em conta os agentes e os alvos das suas iniciativas, além de estar atenta aos processos produtores e perpetuadores de desigualdades sistêmicas. E ainda, “uma agenda global deve transcender a retórica sobre os direitos humanos universais para concentrar-se nos deveres, na justiça social e na interdependência” (Benatar; Daar; Singer, 2003, p. 108, tradução nossa). A urgência dessa demanda é relevante principalmente ao campo da SSG, que apesar de fundamental à GSG, testemunha as consequências desse cenário de forma dramática.

1.2.1 O regime de Segurança em Saúde Global

Desde o século XIX, a preocupação com a segurança sanitária e com o impacto do processo de globalização sob a atuação de agentes patogênicos conduziu os esforços internacionais a importantes mudanças paradigmáticas. Como já demonstrado, questões de

segurança sanitária tiveram um papel fundamental na internacionalização e posterior globalização da saúde e suas pautas (Berlinguer, 1999; Birn; Pillay; Holtz, 2017; Brundtland, 2003; McInnes, 2013). Consolidado nos anos 1990 durante a gestão da então diretora da OMS Gro Brundtland, a SSG surge como o conceito que expressa essa relação, conceitualmente ligada à busca pelas causas da insegurança internacional. Também priorizava uma perspectiva de segurança humana em detrimento de outras, mais conservadoras, que viabilizavam a proteção da soberania estatal. Segundo Brundtland (2003), essa abordagem olha para o processo saúde-doença de maneira mais ampla e as suas consequências para a estabilidade, a segurança e o desenvolvimento nacionais.

Nela, a segurança é associada ao acesso a direitos humanos básicos, tomando como premissa que “um mundo onde um bilhão de pessoas são desprovidas, inseguras e vulneráveis é um mundo inseguro” (Brundtland, 2003, p. 420, tradução nossa). Sendo assim, Brundtland (2003) argumenta que a SSG deve considerar a saúde a partir do indivíduo e do seu valor social, seja como membro de um núcleo familiar, como um trabalhador ou como um soldado. A correlação entre as questões de saúde e as dinâmicas da guerra, principalmente na comparação com o número de mortos e o impacto dessas perdas para o desenvolvimento nacional, socioeconômico e militar, está no centro do debate. Esse discurso permeou o combate à pandemia da HIV/AIDS¹⁴ que protagonizada a GSG, assim como da epidemia da SARS e outras DIES e DIRs. A sua racionalidade remetia à uma grande preocupação em convencer a comunidade internacional de que questões de saúde também são questões de segurança e, por isso, merecem uma parcela dos significativos investimentos internacionais (e nacionais) sendo mobilizados¹⁵.

Em termos teóricos, elaborações apresentadas principalmente pelos estudos críticos em segurança (*Critical Security Studies* – CSS) em muito tem a ver com a agenda SSG através do conceito de segurança humana (Booth, 2007; Booth; Vale, 1997; Buzan; Hansen, 2012). Segundo Ken Booth (2007), a segurança deve ser percebida como aliada do conceito de liberdade, ou seja, garantir a segurança significa garantir a não sujeição a riscos de morte

¹⁴ Gro Brundtland foi uma personagem importante para trazer o tema da AIDS/HIV para as discussões do Conselho de Segurança da ONU, elaborando a Resolução 1308 sobre as ameaças à segurança global apresentada pela crise. Essa percepção começou a tomar forma principalmente após casos de contaminação das forças da Organização que trabalhavam com peacemaking/peacekeeping em conflitos no continente africano.

¹⁵ É nesse período que são fundadas, por exemplo, a GAVI e o Global Fund, dois dentre os vários mecanismos de mobilização internacional de recursos atuantes no combate à COVID-19.

(liberdade de) e a capacidade de realizar escolhas para o próprio bem-estar (liberdade para)¹⁶. Complementar a eles é o conceito de *survival-plus*, ou seja, a segurança garantindo a possibilidade da vida em sua integralidade. Dessa forma, pensar sobre a segurança demanda a concretização de parâmetros de emancipação, justiça e garantia de direitos e, portanto, a consideração de aspectos supranacionais inerentes à comunidade humana (Buzan; Hansen, 2012). Além de conduzir novos temas ao debate, incluindo a saúde, esse movimento teórico-metodológico implica em considerações sobre a maneira como os dilemas de segurança são apresentados no SI, com quem suas apresentações dialogam e quais os impactos políticos das premissas que adotam (Nunes, 2020b).

Em seu sentido mais tradicional, a agenda SSG mobiliza o conceito da CSS de securitização, no qual a segurança é um processo intersubjetivo de construção da ameaça a partir dos interesses dos atores envolvidos e das demandas de segurança apresentadas. Nesse trâmite, a identificação da ameaça é necessária para justificar e autorizar medidas excepcionais de resposta, como por exemplo a alocação prioritária de recursos e esforços de cooperação (Brundtland, 2003). Porém, essas medidas excepcionais “[...] podem escapar o escrutínio democrático, especialmente devido à sua urgência, e assim terem amplas repercussões políticas” (Ventura, 2016, p. 1, tradução nossa). Além disso, historicamente o processo de marginalização condiciona a nomeação dessas ameaças à determinadas identidades que em si tornam-se alvo de políticas restritivas e violentas. Portanto, a utilização da racionalidade e vocabulário da segurança em questões de saúde pode contribuir para legitimar medidas autoritárias, construir o pânico e estigmatizar dos profissionais de saúde e populações afetadas, assim prejudicando as medidas de resposta e mascarando aspectos socioeconômicos do processo saúde-doença¹⁷ (Nunes, 2020b; Ventura, 2016).

Outro conceito essencial à SSG é o risco, ou seja, a capacidade e necessidade de calcular ameaças possíveis ainda não materializadas e que, por isso, permitem a antecipação de uma resposta. A narrativa de securitização que engloba o cálculo de riscos associados a questões de saúde, ambientais e econômicas possibilita a idealização de soluções no presente para problemas cujos custos seriam irremediáveis no futuro (Beck, 2011). Porém, segundo Elbe (2008), a mentalidade orientada ao risco é responsável por normalizar a agência dos Estados e

¹⁶ Esses conceitos são mais conhecidos na sua apresentação em inglês: *freedom from* e *freedom to*, respectivamente.

¹⁷ O processo saúde-doença é aquele que descreve as condições para a obtenção de condições básicas de saúde que possibilitam a qualidade de vida e a evasão de doenças que prejudiquem esse acesso. Na literatura sobre saúde pública e saúde coletiva, essas são condições que podem ser cumulativas e/ou concomitantes na determinação da saúde ou adoecimento de determinada pessoa ou comunidade.

de outros atores internacionais, de maneira a legitimar políticas bionormativas de vigilância e governança a populações consideradas de risco eminente ou potencial. A própria conceituação e prática das emergências sanitárias podem resultar na aplicação de princípios de precaução manipuláveis a favor dos interesses de determinados agentes, como Estados, a mídia ou corporações, ou mesmo no afastamento e/ou ocultamento de problemas de saúde originários ou mais relevantes às populações impactadas (Nunes, 2020b).

Nesse sentido, a vulnerabilidade é mais um conceito que acompanha a compreensão da SSG pois, no coração da concepção de segurança enquanto emancipação (Booth, 2007) está a ideia da atenuação das inseguranças às quais estão submetidos indivíduos e coletividades. Assim, a partir de Judith Butler (2009, 2019), Nunes (2020a, p. 9, tradução nossa) propõe considerar a vulnerabilidade ontológica em seu caráter sistêmico, na qual “[indivíduos e grupos] são estruturalmente posicionados de uma forma que os torna mais propensos ou susceptíveis de serem prejudicados”. Enquanto resultado de um processo social, essa proposição elucida processos de vulnerabilização produzidos pela negligência de atores em posições de poder na ordem neoliberal (Nunes, 2016, 2020a). O conceito de negligência proposto por Nunes (2016) leva em consideração as emoções e os seus impactos nas vidas precarizadas, atribuindo a ele uma morfologia mais ampla. Ela pode ser produzida, então, por meio da invisibilidade, da apatia, da inação ou da incompetência¹⁸, todos esses com o resultado último de desapropriação das condições de vida dignas de populações pelo mundo (Nunes, 2016).

Da forma como têm se apresentado, as ideias, normas e práticas tradicionais de SSG se esquivam de uma perspectiva crítica comprometida com o desenvolvimento equitativo e com a provisão da saúde através da justiça social (Birn; Muntaner; Afzal, 2017). Se a SSG é justificada pela noção de risco compartilhado na alocação de capital político e material, é necessário reconhecer que o risco imposto pela globalização, enquadrado pela ordem hegemônica neoliberal, legitima a criação e execução de políticas excepcionais de vigilância bionormativas e que precarizam as condições de vida de populações marginalizadas (Murphy, 2005; Nunes, 2020a). Enquanto um regime¹⁹ da GSG, a SSG não possui resultados neutros, como destacado

¹⁸ A negligência por invisibilidade implica que um problema é desconsiderado ou não reconhecido pelos tomadores de decisão e agentes relevantes, enquanto a negligência por apatia significa que o problema foi identificado, mas considerado não importante; nesses casos, o processo de negligência pode ser por inação, quando os atores não estão dispostos a responder ao problema, ou por incompetência, quando as medidas tomadas não são suficientes ou contribuem para a deterioração do problema (Nunes, 2016).

¹⁹ Segundo Rosenau (1992) regimes internacionais são arranjos, grupos de normas, regras, princípios e procedimentos, explícitos ou implícitos, sobre um tema específico (*issue-areas*), compartilhados pelos atores relevantes no esforço de manter e regular suas atividades globalmente. Diferentemente da

por Young (1980), pois ela impacta e é impactada pelos atores que a circundam. E, assim sendo, condiciona a efetividade da GSG sob os seus objetivos pleiteados de desenvolvimento e segurança.

Por fim, uma abordagem crítica em SSG tem sido fundamental para explorar temas como a garantia aos direitos humanos e o comprometimento com o meio ambiente na realização de políticas sustentáveis, em especial em respostas a emergências sanitárias. O reconhecimento dos fatores sociais que influenciam o processo saúde-doença aproxima a GSG e a SSG de temas de direitos humanos, criando condições para a elaboração de ideias, normas e práticas que sirvam a respostas emergenciais e de mitigação de riscos compreensivas (Flahault *et al.*, 2016; Ventura; Giulio; Rached, 2020). Ademais, a premissa central dessa aproximação temática é a relação entre processos individuais e coletivos em assuntos de saúde, ou seja, a concepção de que a articulação das experiências em assuntos de saúde geram consequências em níveis planetários²⁰ (Whitmee *et al.*, 2015). Portanto, é necessário que objetivos e responsabilidades socioecológicas sejam incluídos na agenda SSG (Ventura; Giulio; Rached, 2020), de maneira a construir uma compreensão holística sobre a saúde e a incitar respostas que integrem os múltiplos aspectos de emergências em saúde global.

1.2.2 A liderança descentralizada da Organização Mundial da Saúde na GSG

Como a principal OI para a Governança em Saúde global, a Organização Mundial da Saúde é a agência especializada em saúde no sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), criada para servir à cooperação entre Estados e outros atores da saúde relevantes globalmente (World Health Organization, 2020). A organização concentra os principais agentes da GSG para discutir temas de repercussão global e regional, criando políticas, normas e programas que asseguram a padronização de respostas e expectativas quanto a problemas de saúde global. Seu propósito está fortemente associado àquele da governança global, ou seja, sistematizar agentes e temas relevantes na gestão dos chamados “problemas globais” (Fidler, 2001) através de soluções coletivas e universais (Berlinguer, 1999). Com seus 194 Estados-membros, mais de 8 mil funcionários e seis escritórios regionais (ver **Quadro 2**), sua concepção

perspectiva defendida por Oran Young (1980), o autor argumenta que tanto regimes quanto a ordem internacional devem ser compreendidos como conceitos analíticos relacionados, porém não reduzidos à ideia de instituições internacionais.

²⁰ Essa associação entre questões de saúde e meio ambiente é traduzida no termo saúde planetária ou saúde única, que vem sendo utilizado incrementalmente em textos acadêmicos e institucionais (Whitmee *et al.*, 2015; WHO *et al.*, 2022).

prevê a interface entre Estados²¹ e entre corporações, fundações, OINGs, representantes da elite intelectual e outras OIs²² na criação de uma estrutura multilateral e abrangente de GSG, em especial na gestão de emergências sanitárias (World Health Organization, 2020).

Quadro 2 – Escritórios regionais da OMS

	Data de criação	Primeiro Diretor (país de origem)	Diretor atual (país de origem)	Cidade-sede
Sudeste Asiático (Searo)	Janeiro de 1949	Chandra Mani (Índia)	Poonam Khetrapal Singh (Índia)	Nova Déli
Américas (Opas)	Julho de 1949	Fred L. Soper (Estados Unidos)	Jarbas Barbosa (Brasil)	Washington
Mediterrâneo oriental (Emro)	Julho de 1949	Aly Shousa (Egito)	Ahmed Al Mandhari (Oman)	Alexandria
Mediterrâneo ocidental (Euro)	Setembro de 1951	Norman D. Begg (Inglaterra)	Hans Henri P. Kluge (Bélgica)	Copenhague (antes Genebra)
Pacífico Ocidental (WPRO)	Julho de 1951	I. C. Fang (Filipinas)	Zsuzsanna Jakab* (Hungria)	Manila (antes Hong Kong)
África (Afro)	Setembro de 1951	François Daubenton (Holanda)	Matshidiso Moeti (Botsuana)	Brazzaville (antes Genebra)

*A Dra Jakab é Diretora Regional Interina até a nomeação do novo Diretor Regional que ocorrerá em 1º de fevereiro de 2024.

Fonte: Elaboração nossa com base em Cueto (2015).

É possível dividir as funções da OMS na gestão da saúde global em três categorias: cooperativa, normativa e interventiva (LAUDE *et al. apud* Ventura; Perez, 2014). A primeira está associada à tradição histórica das instituições sanitárias na cooperação em torno da vigilância epidemiológica e no combate às DIES e DIRs. A segunda função compreende a elaboração de normas sanitárias internacionais, essencialmente de caráter recomendatório (*soft law*²³), que vão orientar os colaboradores na produção de normas, práticas e padrões no campo da saúde global. A terceira consiste nas intervenções sanitárias, por meio da definição e

²¹ Categorizados pela OMS como tomadores de decisão, representados por Ministérios da Saúde, agências governamentais e outros departamentos governamentais de nível nacional (World Health Organization, [c2023]).

²² Por sua vez categorizados de influenciadores, ou seja, parcerias em saúde, fundações, organizações intragovernamentais e não-governamentais, sociedade civil, mídia, associações profissionais e centros de colaboração com a própria (World Health Organization, [c2023]).

²³ De acordo com Cockerham e Cockerham (2014), *hard* e *soft law* são duas formas de institucionalização. A primeira envolvendo formas legislativas rígidas, nas quais os altos custos econômicos e de soberania são contrabalançados pelo estabelecimento de compromissos confiáveis. Já a segunda forma oferece compromissos mais fracos, apresentando custos mínimos para o não cumprimento e a menor probabilidade de integração à legislação nacional, porém menos eficaz na promoção de mudanças nas políticas adotadas.

implementação de programas de combate a doenças e condições que sejam problemas globais, assim como programas de apoio à pesquisa e desenvolvimento. Apropriando-se da concepção de Barnett e Finnemore (2005), em sua dupla identidade, a OMS *reúne atores* essenciais à GSG e seus temas, desafios e demandas e *é um ator* que possui em si autoridade normativa e moral para a idealização e realização de políticas globais.

Mesmo protagonizando a GSG, a OMS enfrenta desafios significativos à sua autoridade e legitimidade, associados tanto as premissas normativas e racionais-legais nela estipuladas quanto ao relacionamento com atores que a ela estão associados. Segundo Ventura e Perez (2014, p. 1), “crise e reforma são palavras que acompanham a trajetória das organizações internacionais [e a OMS] constitui um dos mais ricos exemplos [dessas tensões]”. Essas crises e reformas podem dizer respeito aos enquadramentos normativos e ideológicos que orientam as estratégias de GSG entre Estados-membros. Por exemplo, a já mencionada APS foi considerada “ideológica” por países do Norte Global (Buss; Ferreira, 2010b; Cueto, 2015), sendo substituída por abordagens ao desenvolvimento em saúde mais alinhadas à ordem hegemônica neoliberal. Também referenciam questões relativas à primazia de normas em *soft law* que, apesar de oferecerem oportunidades de cooperação que conciliam interesses nacionais, suscitam críticas sobre efetividade e o *enforcement* de medidas propostas pela organização (Burci, 2018; Cockerham; Cockerham, 2014; Toebe, 2018; Ventura, 2003).

Nesse sentido, existem demandas referentes à falta de prestação de contas nas interações da OMS com outros atores da GSG e as consequências da sua liderança descentralizada. Segundo Berridge *et al.* (2002), a preferência por medidas *ad hoc* indica a falta de definição clara de papéis e responsabilidades, delegando à OMS a missão de, concomitantemente, centralizar estratégias comuns e conciliar interesses muitas vezes irreconciliáveis. Essa disputa estratégica tem lastros históricos com outras OIs – como o BM, o FMI e a GHSA (Almeida, 2015; Cueto, 2015; Ventura; Giulio; Rached, 2020) –, com OINGs – como a FBMG –, e com agentes privados. A OMS prevê a interação com agentes externos em sua Constituição²⁴ e, hoje, as chamadas parcerias globais público-privadas estão presentes em grande parte de suas ações e programas, porém esse relacionamento não acontece sem percalços importantes. Por exemplo, no biênio 2020-2021, doações filantrópicas representaram 8,62% do orçamento da OMS, sendo

²⁴ Prevista em seus artigos 57 e 71 (World Health Organization, 2020), a possibilidade de que sejam recebidas doações de atores outros aos Estados-membros e, em adendo realizado em 1950, que sejam estabelecidas relações de cooperação com OINGs (Dodgson; Lee; Drager, 2002).

a FBMG responsável por 88,46% delas através de doações reservadas²⁵, totalizando U\$ 592,2 milhões (World Health Organization, 2023).

A esse propósito, o Framework of Engagement with Non-State Actors (FENSA) foi a ferramenta normativa que buscou encorajar uma maior responsabilização através da adoção de parâmetros e procedimentos de monitoração (World Health Organization, 2020). Porém, o mecanismo não resolve a relativização da prerrogativa deliberativa dos Estados-membros pela capacidade dos financiadores privados de influenciar, com suas contribuições, as prioridades da OMS (Rached; Ventura, 2017). Sua abordagem é, para Rached e Ventura (2017), não mais do que um “cavalo de Troia”, no qual prevalece uma visão tecnicista que afirma o compromisso com o setor privado na conformação de um filantropocapitalismo. A partir do FENSA, foi possível legitimar novos canais de influência da indústria farmacêutica e outras entidades mercadológicas sobre as agendas da GSG e as estratégias por ela idealizadas para o desenvolvimento em saúde. Portanto, na realidade, as parcerias com entidades privadas ultrapassam a questão do financiamento e afetam ativamente o processo decisório da organização (Kerouedan, 2013), atingindo diretamente sua capacidade de resposta às demandas democráticas impostas pela sua Constituição.

Sendo assim, embora o compromisso da OMS com a universalidade seja definido em acordo com os seus Estados Partes, existem problemas profundamente enraizados em relação à tensão entre globalização, soberania e a ordem hegemônica neoliberal (Dodgson; Lee; Drager, 2002; Murphy, 2005; Ventura; Perez, 2014). Nesse cenário, o seu papel como líder visionária na promoção da equidade em saúde global é questionado, e sua eficácia na orientação e coordenação das políticas de saúde global está sujeita a críticas quanto a influência das dinâmicas de poder que a perpassam. Em especial, a crise proporcionada pela pandemia da covid-19 sujeitou a OMS e a GSG às imposições do “neoliberalismo epidemiológico” e das estratégias de “financeirização da saúde” que vêm sendo articuladas nos últimos anos (Nunes, 2020a; Stein, 2021). Portanto, é possível concluir que também organizações especializadas, como a OMS, reúnem interesses tematicamente localizados com a prerrogativa da **boa** governança, enquanto evidenciam as diversas camadas em que eles se organizam.

O contexto apresentado exige, então, que a demanda por medidas equitativas em saúde e as complexidades impostas pela globalização concretizem a liderança da OMS como necessária à GSG (World Health Organization, 1999). Essa demanda surge do compromisso

²⁵ Também conhecidas como *earmarked* ou *specified contributions*, esse tipo de contribuição é caracterizado pela doação de recursos para fins previamente estipulados pelo doador, tirando a agência da OMS na alocação de recursos.

embrionário que a OI assume na defesa dos interesses marginalizados, prometido pelo universalismo que ainda a constrange em aspectos fundamentais. Ela é ainda mais importante no que diz respeito ao RSI, já que a estipulação de normas e parâmetros na prevenção e resposta a emergências sanitárias está sujeita a contradições fundamentais vindas dessas disputas de poder. Seja em relação à sua capacidade de contribuir para a construção de arquiteturas nacionais ou nas estratégias discursivas envolvendo a SSG, o RSI centraliza críticas que permeiam a GSG e se reforçam com o evento de cada nova emergência sanitária experienciada em nível global.

1.2.2.1 O Regulamento Sanitário Internacional e as ESPIIs

O RSI é a principal ferramenta normativa em saúde global, pois ele sintetiza as funções da OMS (Ventura; Perez, 2014) e organiza aspectos fundamentais da GSG, principalmente na resposta às DIES e DIRs. Originalmente idealizado para padronizar a resposta a doenças infecciosas específicas – febre amarela, peste, varíola e cólera (World Health Organization, 1983) – a sua revisão foi aprovada em 2005 para incluir políticas mais abrangentes em escopo e estratégias²⁶. Além de obrigar os Estados Partes a notificarem a OMS constantemente sobre a existência de fenômenos de saúde de relevância internacional, ele delimita os mecanismos aos quais a organização recorre para difundir as informações recebidas e dispõe de regras e recomendações que estipulam quais medidas sanitárias a serem tomadas (Ventura, 2003). O RSI 2005 conforma a GSG através de componentes substantivos, processuais e de implementação, criando regras sobre a gestão de informações epidemiológicas para os fenômenos de saúde global e a variedade de fontes de informações disponíveis (Fidler, 2005).

A partir de 2005, o RSI estabeleceu a inclusão de novos atores, como clínicas médicas locais, laboratórios, mídia, lideranças comunitárias, organizações de classe e indivíduos, reduzindo a janela temporal da informação e formalizando a obrigatoriedade de notificação por parte dos Estados Partes (Fidler, 2005). Esse esforço, que já tinha sido estruturado com a criação do Departamento de Vigilância e Resposta às Doenças Comunicáveis, do Departamento de Alerta e Resposta às Epidemias e Pandemias, e do *Global Outbreak Alert and Response Network*, foi finalmente consolidado com as ESPIIs (ver **Quadro 3**). Além disso, o novo regulamento incorporou novas previsões para padronização de capacidades nacionais de

²⁶ Em vigor em 196 países desde junho de 2007, o RSI 2005 foi alvo de reservas da Índia e dos Estados Unidos, e objetada por seis nações – Irã, China, Grécia, Portugal, Turquia e Tonga – que apresentaram declarações interpretativas (World Health Organization, 2016).

resposta a emergenciais sanitárias, estipulando boas práticas quanto aos sistemas de saúde nacionais e medidas restritivas de movimento e do comércio. Segundo Fidler (2005),

o novo RSI contém cinco grandes mudanças substanciais em relação ao regime anterior: (1) uma expansão drástica do escopo do RSI; (2) a criação de obrigações para que os Estados Partes desenvolvam capacidades mínimas essenciais de vigilância e resposta; (3) a concessão à OMS de autoridade para acessar e usar fontes não governamentais de informações de vigilância; (4) a concessão à OMS do poder de declarar a existência de emergências de saúde pública de interesse internacional e de emitir recomendações sobre como os Estados Partes devem lidar com tais emergências e riscos rotineiros à saúde pública; e (5) a incorporação de conceitos de direitos humanos na implementação do RSI pelos Estados Partes. (Fidler, 2005, p. 358, tradução nossa)

Quadro 3 – As ESPIIs declaradas pela OMS até 18 de julho de 2023

Gripe A (H1N1)	Poliomelite	Doença do Vírus Ebola (DVE)	Zika e microcefalia	Doença do Vírus Ebola (DVE)	COVID-19	Mpox
abril 2009 - agosto 2010	maio de 2014 - em curso	agosto 2014 - março 2016	fevereiro - novembro de 2016	julho de 2019 - maio 2021	janeiro de 2020 - maio 2023	julho de 2022 - maio 2023
<i>Local de origem:</i>	<i>Local de origem:</i>	<i>Local de origem:</i>	<i>Local de origem:</i>	<i>Local de origem:</i>	<i>Local de origem:</i>	<i>Local de origem:</i>
México	-	Guiné-Bissau	Brasil	Rep. Dem. do Congo	China	África/Europa
<i>Vetor:</i>	<i>Vetor:</i>	<i>Vetor:</i>	<i>Vetor:</i>	<i>Vetor:</i>	<i>Vetor:</i>	<i>Vetor:</i>
humano, animal (suíno e aviário)	humano, água, comida	humano, animal (morcegos, porcos-espinhos e primatas não humanos)	animal (mosquitos <i>Aedes aegypti</i>)	humano, animal (morcegos, porcos-espinhos e primatas não humanos)	humano, animal (desconhecido)	humano, animal (esquilos, ratos, arganazes e diferentes espécies de macacos)
<i>Nome do vírus:</i>	<i>Nome do vírus:</i>	<i>Nome do vírus:</i>	<i>Nome do vírus:</i>	<i>Nome do vírus:</i>	<i>Nome do vírus:</i>	<i>Nome do vírus:</i>
Influenza A/H1N1	Poliovírus selvagem tipo 1	Ebola	Zika	Ebola	SARS-CoV-2	Monkeypox
<i>Abrangência:</i>	<i>Abrangência:</i>	<i>Abrangência:</i>	<i>Abrangência:</i>	<i>Abrangência:</i>	<i>Abrangência:</i>	<i>Abrangência:</i>
Global	Paquistão e Afeganistão	África Ocidental	América Latina	Rep. Dem. do Congo	Global	Global
pandemia declarada em junho de 2009					pandemia declarada em março de 2020	

Fonte: Elaboração nossa com base em World Health Organization (c2023, c2023g, c2023b, c2023a, c2023d, c2023j).

A criação das ESPIIs e dos aparatos normativos que acompanham esses eventos merecem destaque pelo seu papel no enfrentamento global a DIES. Elas podem ser definidas como “um evento extraordinário que é determinado [...]: (i) por constituir um risco de saúde pública para outros Estados por meio da disseminação internacional de doenças e (ii) por potencialmente exigir uma resposta internacional coordenada” (World Health Organization, 2016, p. 9, tradução nossa). Esse conceito é mais preciso do que o de DIES e mais amplo do que o de uma pandemia, pois inclui eventos de saúde de qualquer fonte (vetores infecciosos, desastres naturais, calamidades públicas etc.), independentemente da severidade, que apresente potencial ameaça internacional (Ventura, 2016). Sendo assim, o RSI 2005 delimita recomendações de caráter não vinculativo que devem acompanhar cada declaração de ESPII,

direcionando-as ao público geral e a diferentes grupos de interesse com o objetivo de coordenar respostas adequadas (Ventura, 2016).

Entretanto, persiste a noção de que a GSG continua a oferecer soluções insatisfatórias às ESPIIs, principalmente devido a abordagens neoliberais que ignoram demandas sociais para a SSG (Nunes, 2020a; Ventura, 2016; Ventura; Giulio; Rached, 2020). Se, por um lado, a normatização burocrático-legal das ESPIIs implica na incorporação de DIES em uma abordagem de vigilância que aproxima investimentos com base na noção de risco, por outro ela distorce as prioridades para atender a interesses privados que em si afastam a GSG e a SSG de mecanismos democráticos de tomada de decisão (Nunes, 2020b). Segundo Ventura (2016), o protagonismo dessas estratégias não consegue responder às necessidades de segurança em saúde das populações do Sul Global e geram consequências negativas, como os já mencionados pânico e estigmatização das áreas afetadas e dos profissionais de saúde.

Na grande maioria das ESPIIs declaradas até então essa foi uma crítica constante, pois soluções à emergência de saúde contribuíam para o processo de precarização das condições de vida de pessoas particularmente afetadas (Nunes, 2016, 2020a; Ventura, 2016; Ventura; Giulio; Rached, 2020). Isso porque utilizar lentes tradicionais de segurança para ver as crises globais de saúde leva a “uma sucessão infinita de períodos de ‘guerra’ intercalados com ‘tréguas’ focadas em sistemas de vigilância, em vez de confrontar as causas das epidemias, com base nos determinantes sociais da saúde” (Ventura, 2016, p. 3, tradução nossa). Dessa forma, ainda que a sua criação tenha proporcionado meios para que houvesse padronização da resposta e, assim, universalização de princípios quanto à GSG, tanto o RSI 205 quando as ESPIIs corroboram para que as normativas de SSG apresentem resultados práticos que a desviam da prerrogativa moral e normativa que a associa ao desenvolvimento e às necessidades básicas como objetivo global.

1.3 Conclusões

Esse capítulo buscou explorar, de maneira crítica, os principais conceitos, normas e práticas que orientam o campo da governança global, em especial da GSG, por meio da identificação e análise de seus elementos centrais. Em especial, destacou-se como relações de poder conformam a estrutura da governança global, ditando os rumos básicos do SI, por vezes em detrimento de populações marginalizadas, em contexto marcado pela ordem hegemônica neoliberal. A ordem é, nesse contexto, resultado da disputa de interesses ideológicos e materiais, fazendo com que mesmo com as pressões globalizantes do século XXI, as

consequências das relações de poder sejam cada vez mais apagadas da esfera pública (Barnett; Duvall, 2005). Mais ainda, se um dia as consequências da sinergia entre a governança global e as premissas neoliberais defendidas por uma classe capitalista global foram percebidas como um elemento contornável (Murphy, 2005), a ESPII da covid-19 evidencia que as suas consequências são ainda presentes na produção da desigualdade na sua distribuição de poder.

Além disso, segundo Muppidi (MUPPIDI, 2005, p. 281, tradução nossa), “a governança colonial [...] imagina, habita e busca realizar uma ordem na qual alguns sujeitos sempre têm direito à racionalidade, enquanto outros sempre são excluídos desse privilégio”. Nesse sentido, as premissas universalistas de igualdade que permeiam o imaginário da **boa** governança, por mais técnicas, condicionais e contextuais que sejam, tem demonstrado a sua debilidade na fragilidade das suas conquistas, principalmente na promoção da justiça social e na garantia dos insumos necessários para o almejado desenvolvimento. Ou seja, a forma como a governança global está estruturada em bases coloniais e serventes a um capitalismo industrial exploratório cria condições contraditórias para que os supostos benefícios apresentados pelos seus idealizadores sejam concretizados na realidade daqueles que são alvo das políticas por ela empreendidas (Muppidi, 2005; Murphy, 2005; Rupert, 2005).

E ainda, em especial da GSG e na SSG, esses objetivos são ameaçados por estratégias que condicionam a segurança em saúde a performances estatísticas e medidas de vigilância que pouco sanam as necessidades reais ou garantem a vida das populações marginalizadas (Birn; Muntaner; Afzal, 2017; Nunes, 2016, 2020a; Stein, 2021; Ventura; Giulio; Rached, 2020). A saúde passa, então, a fazer parte desses objetivos e resultados contraditórios que deixam de lado a defesa da vida e dos direitos humanos para defender interesses mercadológicos, principalmente em situações emergenciais. Como demonstrado, nesse cenário o risco imposto pelos agentes patogênicos não recai igualmente sob todos os impactos e as soluções não são imaginadas para problemas que ocupam diferentes territórios.

Ainda assim, permanece verdadeira a conclusão de Murphy (2005), de que o liberalismo – ou o neoliberalismo – não é o único enquadramento normativo presente em nível global e que as RI podem ser o contexto ideal para descobrir lições provenientes de territórios e corpos marginalizados. Como evidenciado nesse capítulo, a saúde global enquanto foco temático vinculado às RI proporciona portas de entrada propícias a investigações sobre as dinâmicas relacionais entre desenvolvimento e a precarização da vida. Ademais, de um ponto de vista crítico, “o trabalho de saúde global envolve um compromisso vitalício com a mudança social transformadora” (Birn; Muntaner; Afzal, 2017, p. 604, tradução nossa) na qual a busca por justiça social vai além de premissas simplistas sobre a igualdade e inclui uma redistribuição

efetiva de poderes políticos, econômicos, culturais e sociais no SI. Utilizando as instigantes investigações dos demais autores críticos supracitados, novas análises precisam ser elaboradas para que os que estão sob os efeitos do poder possam influenciar aspectos também estruturais e produtivos de como se organiza a ordem internacional. Dessa forma, é possível realizar análises críticas que informem contextos ainda mais amplos do SI e das suas configurações reais e possíveis.

2 O ACT-A COMO UM MODELO DE REPOSTA A ESPIIs DENTRO DA GSG

O *Access to COVID-19 Tools Accelerator* foi a resposta estruturada pelos principais agentes transnacionais da GSG para a pandemia da covid-19 que, inspirado em experiências passadas, buscou apresentar uma solução global ao principal desafio imposto pela crise: o seu ineditismo e a consequente ausência de mecanismos para o seu enfrentamento. A abordagem adotada pelo ACT-A partiu de algumas premissas fundamentais sobre a maneira mais eficiente de enfrentamento da pandemia: 1) o escopo deveria global, 2) a colaboração entre países seria a melhor saída, 3) seria necessária uma parceria entre agentes públicos e privados, 4) os riscos (em vidas e financeiros) apresentados pela covid-19 justificam o investimento necessário para que essa parceria fosse realizada e 5) esse financiamento deveria ser alocado à produção de ferramentas de resposta centradas em evidências científicas e técnicas. Delas derivaram ideias e práticas a respeito de como seria elaborado e gerido o ACT-A, pensado como uma PGPP para a produção de soluções que dividiram a sua governança em pilares.

A estrutura e a gestão da PGPP foi alvo de diversas reformulações ao longo do seu exercício, e essas serão discutidas em maior profundidade adiante, porém, de forma sintética, estava dividida em três pilares verticais – Diagnóstico (Dx), Tratamento (Tx) e Vacinas (Vx ou COVAX²⁷) – e um transversal – Conector de Sistemas de Saúde (CSS)²⁸. Cada um deles é realizado em quatro etapas: 1) Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) e avaliação de produtos, 2) formação de mercado e produção, 3) aquisição e geração de demanda, e 4) distribuição nos países, que reflete o fluxo de trabalho identificado como Acesso e Alocação. Os *stakeholders* nomeados, que dividem entre si as responsabilidades por cada pilar, são: organizações internacionais como a OMS, o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Unitaid e o BM através da *Global Financing Facility* (GFF); e organizações privadas de atuação filantrópica como a FBMG, a CEPI, a GAVI Alliance, o Global Fund, a Wellcome Trust, a FIND.

O programa funcionou entre 2020 e 2023, produzindo insumos em saúde e informações para o combate à covid-19 como a única ferramenta multilateral global disponível (ACT-A, 2020c). Com a amenização das taxas de contágio e de casos graves devido ao aumento das taxas de vacinação, seu último relatório de atividades do ACT-A foi publicado em maio de 2023 (ACT-A, 2023b), no qual as incumbências de manutenção das atividades relevantes seriam

²⁷ O nome COVAX Facility foi adicionado como sinônimo ao pilar Vx no decorrer do tempo e essa evolução também será discutida adiante.

²⁸ Por vezes chamado nos documentos de Conector de Respostas de Sistemas de Saúde (CRSS).

transferidas às respectivas agências realizadoras. Durante o período em que esteve ativo, a sua missão declarada

não [foi] apenas acelerar o desenvolvimento e a disponibilidade de novas ferramentas contra a COVID-19 – [foi] acelerar o acesso global equitativo a diagnósticos, terapias e vacinas seguros, de qualidade, eficazes e acessíveis contra a COVID-19 e, assim, garantir que, na luta contra a COVID-19, ninguém seja deixado para trás. (ACT-A, 2020a, p. 1, tradução e retificações nossas).

Dito isso, o presente capítulo se dedica a apresentar o ACT-A de forma compreensiva e, para tal, está dividido em quatro momentos: 1) uma exposição metodológica sobre os métodos de análise de dados utilizados ao longo do capítulo, apresentando os recursos e os locais em que estão disponibilizados; 2) uma revisão em formato de linha do tempo da evolução geral do programa, no qual os seus anos de atuação são divididos por elementos discursos e enfoques estratégicos em três fases diferentes; 3) uma exposição aprofundada da governança do ACT-A com detalhamento por pilar; e 4) uma apresentação das avaliações do ACT-A até então publicadas, com foco especial na avaliação oficial encomendada pelo Conselho de Facilitação do ACT-A (ACT-A FC, *ACT-A Facilitation Council*). Nas três últimas subseções, que configuram a parte mais substancial do capítulo, os dados apresentados foram retirados ou baseados em fontes primárias, ou seja, documentos oficiais publicados pelo ACT-A ou por eles veiculados, e complementados pela pesquisa bibliográfica de fontes secundárias referente ao programa. O propósito desse esforço é apresentar de maneira inédita o ACT-A em relação ao seu papel na GSG como mecanismo de resposta à ESPIIs, ressaltando elementos essenciais do seu funcionamento e a sua relação com o contexto internacional mais amplo no qual está inserido.

2.1 Fontes e metodologia

A pesquisa realizada nesse capítulo está centrada primordialmente nos documentos primários oficiais publicados pelo ACT-A. Esses documentos foram produzidos pelo Hub Executivo do ACT-A sediado pela OMS, que forneceu os recursos humanos e técnicos para a publicação de informações relativas ao programa (ACT-A, 2021f). De acordo com o ACT-A (2021f), o conteúdo veiculado nesses documentos foi elaborado e compilado conforme as informações apresentadas pelos *stakeholders* do programa e expressam a única fonte oficial de informações sobre o conjunto de ações realizadas. Informações especializadas foram veiculadas pelos agentes responsáveis segundo as suas responsabilidades e serão acrescentadas conforme necessário, assim como avaliações e documentos secundários mapeados sobre o tema. A base

de dados original (BDo) é composta por esses documentos primários e é a fonte mais robusta de informações analisadas a partir da qual as principais considerações desse capítulo serão tecidas. A base apresenta 102 documentos extraídos da página *Publications* no site do ACT-A, que direciona ao site da OMS onde está sediada toda documentação oficial publicada no intervalo de atuação do programa.

Essa base de dados foi utilizada para a análise bibliográfica, para a produção de elementos gráficos e análise de sentimentos com a linguagem de programação Python, e para a identificação e quantificação de tendências em palavras e termos a partir da sua indexação na ferramenta de pesquisa Recoll. As condições de pesquisa e os *scripts* de códigos utilizados estão referenciados no repositório “ghg_act-a” no GitHub e publicado pelo Zenodo (Almeida; Cabral, 2024) e os documentos da BDo estão referenciados no Dataverse com o mesmo título da dissertação (Campos, 2024) para que os resultados obtidos possam ser replicados e sejam de acesso público. Os dados processados vieram da soma de documentos da BDo que, para melhor detalhamento, foram divididos em categorias analíticas que representam o seu conteúdo e/ou propósito (ver **Quadro 4**). A apresentação em inglês facilita o processamento no Python para análise de sentimento e as categorias escolhidas não são exaustivas, a atribuição está relacionada ao objetivo principal do documento sendo que estes podem oferecer informações de mais de uma categoria.

Quadro 4 – Categorias de conteúdo tipificadas e exemplificadas da BDo

Tipo	Explicação
<i>Founding</i>	Documentos sobre a fundação do ACT-A.
<i>Budget</i>	Documentos orçamentários ou de chamada de investimentos.
<i>Showcase</i>	Documentos que expõe aspectos da governança do ACT-A, que podem incluir documentos expositivos, apresentações de reuniões ou de exposição de informações de gestão.
<i>Bureaucratic</i>	Documentos que relatam assuntos internos ou representam exposições de domínio públicos das atividades burocráticas do ACT-A e seus stakeholders, como cartas, agendas de reuniões, comunicados à imprensa, termos de referência, etc.
<i>Report</i>	Relatórios de atividades que podem ser do escopo geral do ACT-A ou de atividades setorializadas em <i>stakeholders</i> , regionalmente ou nacionalmente, ou por pilar.
<i>Strategic Plan</i>	Documentos que delimitam o foco estratégico do ACT-A por períodos determinados, incluindo o plano de transição.
<i>Evaluation</i>	Documentos de avaliação do ACT-A em termos gerais ou específicos (pilares, impactos em setores delimitados, etc.).

Fonte: Elaboração nossa com base na BDo.

A análise quantitativa realizada pode ser dividida em três fases: 1) produção de dados orçamentários a partir do “*Access to COVID-19 tools funding commitment tracker*” (ACT-A, 2023a), completado por documentos estratégicos e orçamentários quando necessário; 2) análise das principais publicações para a produção de uma linha do tempo, selecionando 13 documentos em uma base de dados parcial chamada BDp; e 3) produção de dados para análise de sentimentos realizada a partir dos 71 documentos selecionados na chamada BDs. A seleção de documentos para a BDp visou identificar os documentos mais representativos dos momentos de virada que orientam a identificação dos três momentos do ACT-A em termos discursivos, estratégicos e orçamentários. Já a BDs selecionou documentos que possuíam potencial analítico para os dicionários de Processamento de Linguagem Natural (NLP, *Natural Language Processing*), ou seja, documentos com a maioria de informações em elementos não-gráficos. Esses dados estão apresentados ao longo do texto em interseções relativas à linha do tempo ou ao tema avaliado.

A análise de discurso realizada ao longo do texto usa resultados dos esforços conjuntos de leitura dos principais documentos, processamento de palavras pelo Recoll e análise de sentimento a partir das ferramentas de NLP. A análise de sentimentos é um método de pesquisa que utiliza interferências quantitativas para análises subjetivas de discurso, categorizando palavras de acordo com o sentimento expresso em positivo, negativo ou neutro. Essa disposição pode ser expressa matematicamente através de uma escala -1:1 a apresenta a atribuição de sentimentos de determinado documento por palavras, frases e parágrafos. Para análises mais complexas que envolvam *machine learning*, ou seja, processadores que aprendam com a base de dado indicada, ferramentas como o GPT²⁹ ou o BERT³⁰ podem ser utilizadas, e em última instância é possível criar processadores completamente personalizados através do *fine-tuning*³¹. Para o propósito da pesquisa realizada, são utilizados dicionários com atribuições de sentimentos pré-definidas, nomeadamente o VADER, através do *Natural Language Toolkit* (NLTK).

O VADER é uma ferramenta de análise de sentimentos baseada em léxico e regras, especificamente adaptada aos sentimentos expressos nas mídias sociais (Hutto, 2024). Essa

²⁹ O GPT (*Generative Pre-trained Transformer*) da OpenAI é a série de NLP introduzida em 2023 e, em seu quarto modelo, gera avaliações aprofundadas em bases de dados externas a partir de uma abordagem *prompt-based*.

³⁰ O BERT (*Bidirectional Encoder Representations from Transformers*) é uma família de modelos de linguagem introduzida em 2018 por pesquisadores do Google, o primeiro modelo *transformer* para análise de linguagem introduzido no mercado.

³¹ *Fine-tuning*, ou ajuste fino, é uma abordagem de *machine learning* que transfere o aprendizado de modelos pré-treinados para adequação a novos dados, assim configurando modelos ajustados às bases especializadas.

ferramenta possibilita a sentimentalização do texto apresentado na BDs e, portanto, inferências mais abrangentes sobre o conteúdo veiculado. É importante ressaltar que a análise do tipo realizado nessa dissertação tem resultados limitados nesses dicionários, porque esses modelos são criados com propósitos de análise de mídias sociais e interações informais, e a BDs contém dados publicados por veículos oficiais que tendem a empregar linguajares mais sutis. Esse resultado é mitigado pela avaliação bibliográfica qualitativa realizada ao longo do texto.

Essas escolhas metodológicas visam identificar padrões quantitativos que complementam a análise qualitativas dos dados coletados. Essa abordagem de métodos mistos tem como propósito responder aos efeitos deletérios de estudos de casos que se debruçam sob eventos contemporâneos, nos quais é complexa a identificação de variáveis e a mensuração da sua relevância ao contexto maior analisado, o que pode contribuir para ambiguidades e cruzamento de influências e dados (George; Bennett, 2005). Também sanam as dificuldades de análise oriundas de bases de dados complexas e extensas, na qual a revisão qualitativa ficaria restritiva a questões de tempo e recursos. E ainda, a escolha da análise de dados, em conjunto com a análise de sentimentos, funciona como uma bússola para a revisão bibliográfica realizada no capítulo anterior. Essa escolha possibilitou desvendar variável e conclusões anteriormente obscurecidas na quantidade de documentos disponível e, assim, realizar uma análise crítica fundamentada que pode generalizar e inferir resultados a partir de elementos específicos do ACT-A. Portanto, complementar o estudo qualitativo das fontes bibliográficas com a interpretação de dados quantitativos visa dar luz a variáveis que podem a análise do caso escolhido, assim como elucidar novas relações entre variáveis que outrossim estariam ocultas. (Brannen, 2007; Bryman, 2006).

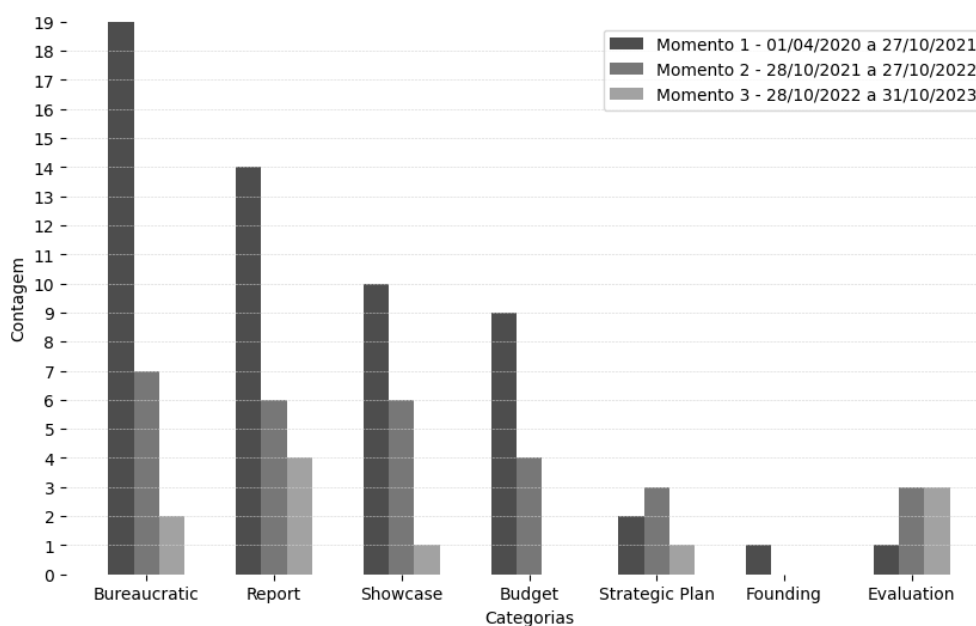
2.2 O ACT-A em uma linha do tempo: elementos estruturais e discursivos

No período em que esteve ativo, o ACT-A representou o principal *framework* de governança em saúde global para a pandemia da covid-19. Idealizado em uma reunião do G20 no dia 26 de março de 2020, sua proposta era realizar “uma frente unida contra a pandemia” (ACT-A, 2020c, p. 8 tradução nossa). O lançamento oficial aconteceu em 24 de abril do mesmo ano (ACT-A, 2020a) e já declarava aspectos fundamentais do que seria a sua estrutura, como o os principais *stakeholders* e o fato dela ser uma PGPP. Foram mobilizados pelo ACT-A Estados, o sistema ONU, OINGs, a sociedade civil e atores privados, que investiram recursos materiais, humanos e/ou técnicos. A sua introdução foi como “uma colaboração marcante, global e limitada no tempo para acelerar o desenvolvimento, a produção e o acesso global

equitativo à nova tecnologias de saúde essenciais à covid-19” (ACT-A, 2020a, p. 1 tradução nossa). Nesse objetivo, inspirado por experiências anteriores de resposta a ESPIIs na GSG, o programa se guiava pela premissa de que uma estratégia efetiva de combate à covid-19 deveria ser global e deveria incluir diferentes tipos de *stakeholders*.

Ao longo dos três anos de atuação, porém, houve mudanças estratégicas e discursivas que influenciaram a forma como os seus objetivos acomodaram novos desafios e críticas. Essas transformações são identificadas através dos documentos publicados pelo ACT-A, que relatam o seu plano estratégico e orçamentário, assim como o seu impacto no contexto ao qual se inseria. A partir da BDp, esse item se dedica a identificar em maior profundidade o que foram esses momentos, levando em consideração as transformações que ocorreram no decorrer tempo, para adquirir uma perspectiva holística do ACT-A na GSG. O **Apêndice A** demonstra a disposição dos documentos da BDp em formato de linha do tempo, distribuídos em três momentos identificados por focos estratégicos explicitados discursivamente, os quais serão apresentados em maiores detalhes abaixo. Já o **Gráfico 1** demonstra a quantidade de documentos da BDo por categoria e por momento do ACT-A³². Essa é a oportunidade de apresentar os elementos discursivos e resultados de maneira mais ampla para que, em seguida, sejam discutidos aspectos mais aprofundados da governança do programa.

Gráfico 1 – Categorias de conteúdo da BDo por momento do ACT-A



Fonte: Elaboração nossa a partir da BDo.

³² Foram considerados um total de noventa e nove documentos do total de documentos da BDo, tendo em vista três documentos sem data de publicação.

2.2.1. Primeiro momento: risco compartilhado

O primeiro momento do ACT-A compreende o período da sua criação até setembro de 2021 no qual esteve em exercício a ideal basilar do que o programa se propunha: oferecer uma solução global unificada à pandemia da covid-19 através da produção e distribuição de tecnologias biomédicas e informação. Esse período representa, na BDo, 55 arquivos – a maior parte dos documentos publicados – e, na BDp, 7 arquivos (ver **Quadro 5**). Neles estão incluídos o primeiro e segundo planos estratégicos do programa, assim como a primeira chamada para doações, os planos orçamentários do primeiro e segundo ano e uma avaliação externa. A identificação desses documentos como parte de um primeiro momento do programa se apoia na primazia de uma estratégia discursiva que colocava a ideia de risco como a prerrogativa para que o ACT-A fosse pleiteado, ou seja, uma solução global criada para responder à responsabilidade compartilhada sob a resposta à covid-19. Nesse intervalo de tempo, o principal foco das publicações era caracterizar a covid-19 como uma emergência global e frisar a cooperação global como a melhor alternativa de resposta.

Quadro 5 – Documentos BDp: primeiro momento

Data de publicação	Tipo	Nome
24/04/2020	<i>Founding</i>	Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator A Global Collaboration to Accelerate the Development, Production and Equitable Access to New COVID-19 diagnostics, therapeutics and vaccines
26/06/2020	<i>Budget</i>	ACT Accelerator Investment Case Invest now to change the course of the COVID-19 pandemic
24/09/2020	<i>Budget</i>	ACT-Accelerator: An economic investment case & financing requirements September 2020 – December 2021
24/09/2020	<i>Strategic Plan</i>	ACT-Accelerator: Status report and plan September 2020 – December 2021
12/04/2021	<i>Budget</i>	A prioritized strategy and budget for 2021
28/04/2021	<i>Report</i>	ACT now, ACT together 2020-2021 Impact Report
10/08/2021	<i>Evaluation</i>	ACT-Accelerator Strategic Review An independent report prepared by Dalberg

Fonte: Elaboração nossa com base na BDp.

Após o documento fundacional, foi publicado o primeiro documento orçamentário dedicado ao pleito de investimentos do programa – chamado *Investment Case* – apresentando de forma embrionária as principais estratégias que seriam empregadas e, principalmente, as demandas orçamentárias para que o trabalho acontecesse. Nesse momento, o orçamento necessário estimado era de US\$ 31.3 bilhões, dividido entre os pilares, dos quais, naquele momento, apenas os Vx, Dx e Tx já possuíam orçamentos previstos (ACT-A, 2020b). Até então,

os investimentos prometidos compreendiam apenas 11% do orçamento estimado: US\$ 11 bilhões que já haviam sido alocados por pilar (ACT-A, 2020b, p. 7). A partir desse momento, a chamada para doações era direcionada principalmente a países soberanos, mas incluía também empresas e instituições filantrópicas acionadas através dos *stakeholders* do programa. As estimativas deste documento foram revisadas em três meses, quando foram publicados o orçamento e plano estratégico para o intervalo de setembro 2020 até dezembro 2020.

De acordo com esses documentos, o novo plano orçamentário de US\$ 38 bilhões seria “insignificante em comparação com o impacto econômico da covid-19” (ACT-A, 2020e, p. 16, tradução nossa). Mesmo com as promessas de investimento iniciais, até então apenas US\$ 2.6 bilhões haviam sido doados, resultando em uma lacuna de financiamento que representava 93% do orçamento total. O principal motivo para esse cenário era a falta de engajamento dos países em uma solução global, optando por estratégias nacionais ou regionais que, segundo os documentos, não seria suficiente para que a crise fosse solucionada (ACT-A, 2020c, 2020e). De qualquer maneira, naquele momento, a expectativa era que a lacuna de financiamento fosse preenchida até março de 2021 (ACT-A, 2020c, p. 33). Mais um chamado para doações foi publicado em novembro do mesmo ano (ACT-A, 2020d), destacando as necessidades urgentes de US\$ 4.6 bilhões em recursos para que as atividades do trabalho continuassem. Ele foi acompanhado pelo primeiro relatório de “custo humano” da covid-19 (ACT-A, 2020g), reportando 4 casos de atuação do ACT-A no combate à pandemia, e pela carta do Diretor-Geral da OMS Tedros Adhanom e dos líderes executivos da África do Sul, Noruega e Comissão Europeia ao G20 solicitando apoio (ACT-A, 2020f).

Em março de 2021, foi lançada a chamada de investimentos específica para o setor privado (ACT-A, 2021d), que até fevereiro do mesmo ano representavam cerca de 6% do total de doações recebidas (US\$ 630 milhões). Além de ressaltar essa participação, o documento fazia uma exposição do aparato burocrático do programa e apresentava pela primeira vez as forças de investimento, através das agências corresponsáveis pelo ACT-A ou do fundo conjunto *ACT Together Fund*, hospedado pela Fundação da ONU. Esse documento, encerrou porém, esse plano orçamentário com um novo orçamento e plano estratégico para 2021 publicado em abril. Estes identifica um novo contexto que demandava mudanças nos objetivos do ACT-A. Das mudanças destacam-se a chamada “era das vacinas” (ACT-A, 2021b, p. 5, tradução nossa), na qual se iniciava a disponibilidade de vacinas, ainda que não de forma equitativa pela alta demanda no contexto global. Além disso, a descoberta de novas variantes ameaçava a promessa vacinal com novos casos e mortes, assim como a priorização de soluções nacionais e bilaterais em detrimento da estratégia global que o ACT-A representava.

Nesse contexto, entretanto, não havia diferenças significativas nas prioridades para 2021 das estabelecidas para o ano anterior: ampliar o acesso às tecnologias de resposta à covid-19 em disponibilidade, *know-how* e preços compatíveis. Porém, inicia-se o processo que conduzirá ao próximo momento, de menção às disparidades presentes nessa distribuição, e por isso, o plano indicava “intensificar sua busca por equidade” (ACT-A, 2021b, p. 2 tradução nossa), principalmente a partir dos 92 países do *Advanced Market Commitment* (AMC92)³³ vinculados à COVAX, mecanismo de distribuição de vacinas do Vx. Mantido o orçamento, a lacuna de financiamento figurava US\$ 22.1 bilhões até o final de 2021 (aproximadamente 58%), sendo o Vx e o CSS os pilares que mais haviam recebido e demandavam recursos. Dessa parcela, US\$ 20.4 bilhões estariam envolvidos com a compra e entrega de insumos para países de baixa renda (LICs, *Low Income Countries*)³⁴. Porém a indicação só se refletiria efetivamente em mudanças estratégicas no programa ao final de 2021 que será discutido na próxima sessão.

O segundo relatório geral publicado relatório (ACT-A, 2021a) compartilha a parte mais significativa dessas informações a um público mais amplo, acrescentando relatos e imagens das atividades realizadas durante o primeiro ano de atuação do programa. Nele está apresentada a primeira linha do tempo elaborada pelo próprio ACT-A (ACT-A, 2021a, p. 6 e 7) e a nova lacuna de financiamento de US\$19 bilhões³⁵. O total investido em 12 meses de programa – de abril 2020 a abril 2021 – havia sido US\$ 14.1 bilhões³⁶ (ACT-A, 2021a), em grande parte fruto do investimento de países, ainda que existissem discrepâncias significativas entre os países quanto à quantidade de recursos alocados. Com o intuito de estimular maiores e mais equitativas contribuições, em maio de 2021, a PGPP lançou o documento *How to fairly share the Financing of the ACT-A* (ACT-A, 2021e), detalhando o que foi chamada de abordagem *fair share*, ou de contribuições justas de financiamento³⁷. Nela, o cálculo de parcelamento de ônus baseado no

³³ Os mecanismos e 92 países elegíveis do AMC serão discutido no item 2.3.1, quando apresentado o pilar Vacinas.

³⁴ O ACT-A toma como base a alocação de países em categorias de renda realizada pelo Banco Mundial (The World Bank, 2022).

³⁵ O G7 investiu cerca de US\$ 4 bilhões no intervalo de publicações entre o plano estratégico/orçamento e o relatório (ACT-A, 2021a).

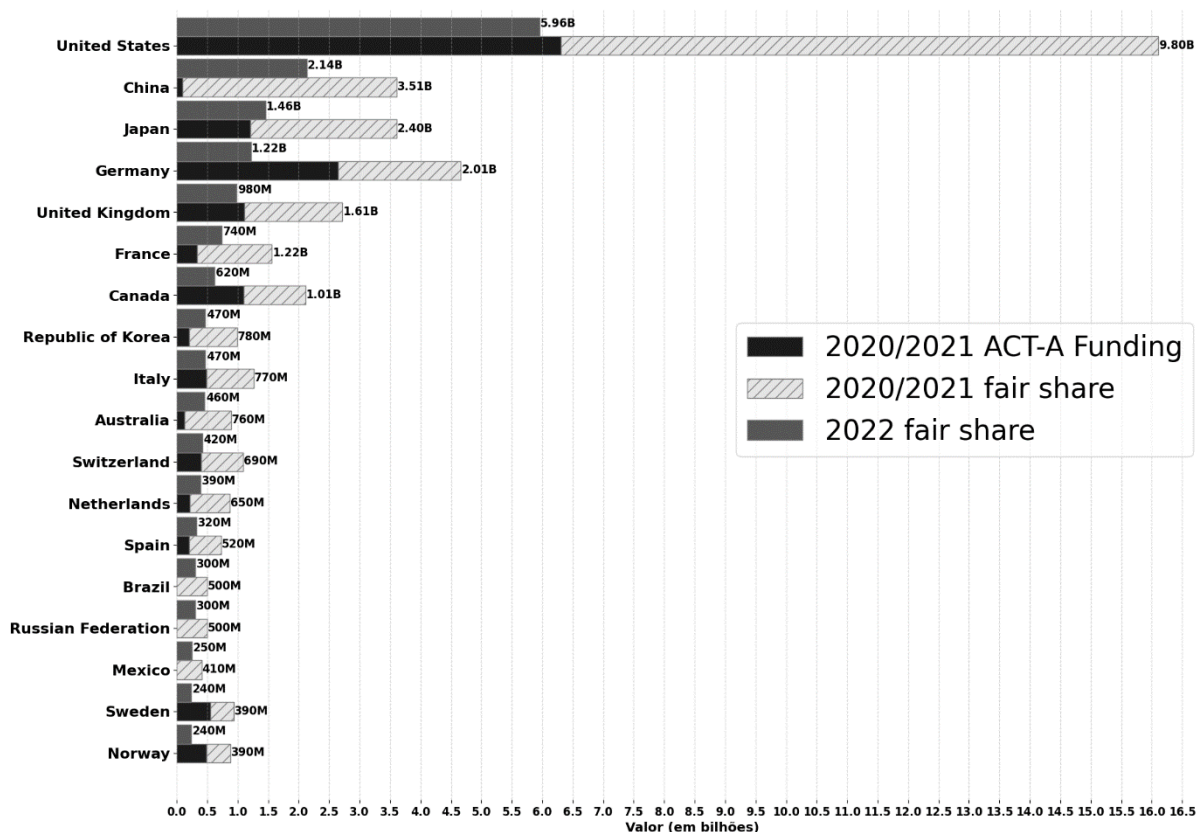
³⁶ No ACT-A Funding Commitment Tracker (2023a), o intervalo de relatórios é sempre até outubro do último ano avaliado, portanto o acumulado de doações corresponde a US\$ 17.7 bilhões – de abril de 2020 a outubro de 2021.

³⁷ Segundo o documento, é realizada "uma análise quantitativa e pública em quatro etapas para determinar a meta de contribuição de cada país com base em fontes de dados consensuais (por exemplo, taxa de câmbio do mercado, PIB, indicador de abertura do FMI, PIB/capita). Uma quinta etapa qualitativa avaliando a meta de contribuição de cada país contribuinte com base em avaliações confidenciais por país e diálogo" (ACT-A, 2021e, p. 3 tradução nossa).

Produto Interno Bruto (PIB) de cada país criou uma lista com contribuições consideradas adequadas, na qual o G7³⁸ representava 54% do necessário para o financiamento do programa, enquanto o G20³⁹, 88% (Röttingen *et al.*, 2021).

Em maio de 2021, momento em que o documento foi publicado, a Alemanha, Arabia Saudita, Noruega e Canadá já haviam contribuído com suas respectivas parcelas ou as excedido e outros países já tinham contribuições acima de 50% (ACT-A, 2021e). Entretanto, outras grandes economias continuavam aquém do pedido pelo modelo e, no começo de 2022, o ACT-A publicou o modelo *fair share* para os 55 principais países com doações pleiteadas (ACT-A, 2022e) (ver **Gráfico 2**). Essa realização, acompanhada dos resultados da avaliação externa encomendada pela ACT-FC conduziram o programa à mudança estratégica mais significativa que norteou o que está identificado como o segundo momento, cujas especificidades estão dispostas no item 3.2.2.

Gráfico 2 – Modelo *fair share* em doações pedidas de 2020/21 e 2021/22



Fonte: Elaboração nossa com base em ACT-A (2022e).

³⁸ O G7 é um grupo de países composto por Estados Unidos, Japão, Alemanha, Reino Unido, França, Itália e Canadá que se reúnem periodicamente como as economias mais desenvolvidas do mundo.

³⁹ Por sua vez, o G20 ou Grupo dos 20 é composto por representantes das 19 maiores economias do mundo, somadas à União Europeia e à União Africana.

Em todos esses documentos, a justificativa de investimento do ACT-A esteve fundamentada em “salvar milhões de vidas e incontáveis trilhões de dólares” (ACT-A, 2020a, p. 1, tradução nossa). Duas premissas orientavam essa abordagem: 1) o custo financeiro de iniciativas regionais ou nacionais, ou ainda o custo global da inação, suplantavam em grandes medidas a proposta do programa; sendo assim, 2) a pandemia representava um risco compartilhado e, portanto, demandava uma solução global – uma abordagem que considera que ninguém está salvo até que todos estejam. Do lado econômico, o ACT-A pleiteava que o seu orçamento seira “pago em 36 horas de recuperação econômica” (ACT-A, 2020e, p. 16, tradução nossa), representava 10% das perdas mensais globais e menos de 1% dos gastos feitos domesticamente entre os países do G20 (US\$ 12 trilhões) (ACT-A, 2020e, 2020d). Naquele momento, por exemplo, a Câmara de Comércio Internacional apresentava dados que indicavam que “mesmo com uma forte cobertura de vacinas nos países de alta renda, o acesso desigual às ferramentas contra a covid-19 em outros lugares custaria às economias [desses países] um adicional de US\$ 2,4 trilhões somente em 2021” (ACT-A, 2021b, p. 35, tradução nossa).

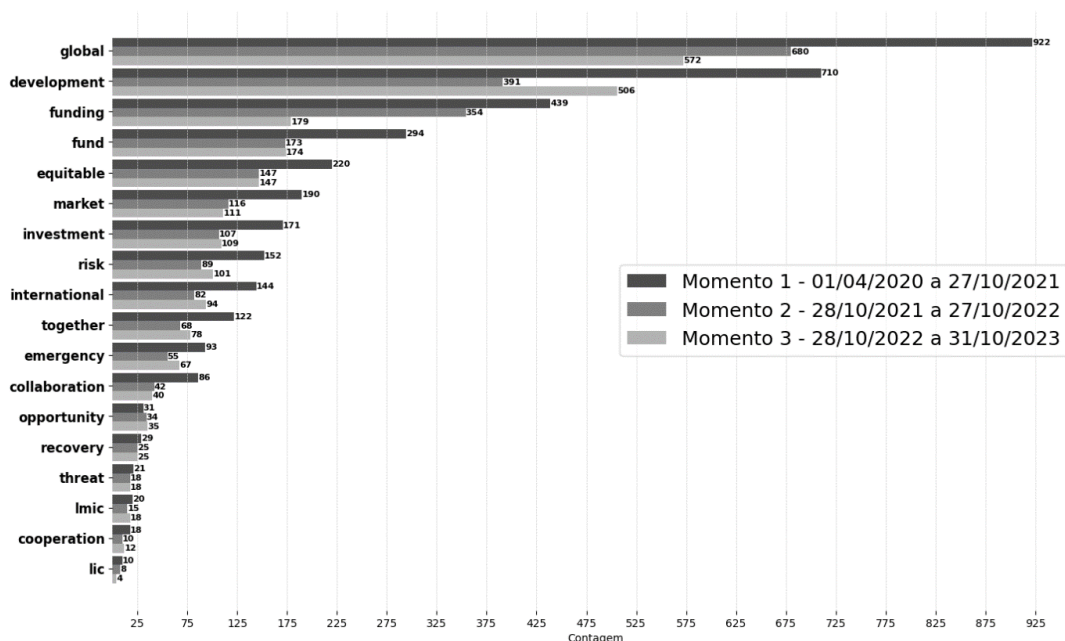
Durante este período, o foco estratégico do programa era justificar a sua existência enquanto PGPP e apresentar as soluções oferecidas pelo programa. O primeiro aspecto que permite localizar o ACT-A no escopo da GSG é a defesa do argumento de que uma solução global era necessária para a resposta à covid-19, que se intensificou conforme era demonstrada a preferência de HICs por mecanismos bilaterais. Por exemplo, se no primeiro plano estratégico a justificativa estava construída na premissa de que “nenhum país pode vencer a covid-19 sozinho” (ACT-A, 2020c, p. 10, tradução nossa), alguns meses depois o plano estratégico de 2021 dedicava parte importante do seu *Investment Case* para apresentar provas de que HICs pagariam a conta de uma resposta desigual à covid-19 (ACT-A, 2021b). Nesse sentido, considerava-se parte da missão do programa oferecer uma necessária resposta global que garantisse que “ninguém seja deixado para trás” (ACT-A, 2020a, p. 1) e que, para isso, contasse com uma colaboração plena entre “governos, cientistas, empresas, sociedades civis e filantropos” (ACT-A, 2020c, p. 16, tradução nossa).

Além disso, o ACT-A também incorporou a ideia do risco compartilhado apresentado pela SSG como um ímpeto colaborativo, afinal “investir em uma solução global para acabar com a pandemia é um investimento sólido na segurança da saúde global” (ACT-A, 2021a, p. 37, tradução nossa). Esse argumento estava relacionado ao impacto da pandemia para além das taxas de contágio e óbitos, ele incorporava de maneira associativa o conceito de risco à saúde humana ao risco econômico que ameaçava o desempenho de indicadores econômicos dos mercados das sociedades desenvolvidas. Por exemplo, a mitigação de riscos de investimento e

operacionais associados à produção de novas tecnologias e os custos da paralização do comércio e mobilidade internacional estava presente assim como as consequências humanas do desengajamento da solução global proposta (ACT-A, 2020e). Esse argumento, somado ao “argumento moral para garantir o acesso equitativo às ferramentas da covid-19” (ACT-A, 2020e, 12, tradução nossa), formavam o escopo dual do primeiro momento do ACT-A.

Essa conclusão está demonstrada no **Gráfico 3**, que apresenta a frequência de palavras estratégicas para a abordagem discursiva do ACT-A em cada momento. A palavra *global*, além de ser a palavra quarta palavra mais citada em toda a base de dados – um total de 3859 vezes (Almeida; Cabral, 2024) –, é empregada com uma distância significativa entre os momentos, sendo o primeiro o de maior ênfase. O gráfico também demonstra que a palavra *risk* também aparece com maior frequência do primeiro momento, com uma distância significativa em relação aos momentos seguintes. As palavras *emergency* e *threat* também seguem essa tendência, por mais que em menores proporções. É interessante notar também que o gráfico evidencia a prevalência das palavras *funding*, *fund* e *market* no primeiro momento e como esse esforço de traduz também na quantidade de documentos produzidos publicados a esse fim se comparado aos momentos posteriores, como demonstrado pelo **Gráfico 1**.

Gráfico 3 – Frequência de palavras estratégicas na BDs por momento do ACT-A



Fonte: Elaboração nossa com base na BDs

Pelo VADER, esse é o período com o maior número de frases de conotação negativa, cerca de 25% (ver **Tabela 1**). O discurso de ameaças e risco corrobora esse resultado, relatando os desafios contextuais aos quais o ACT-A pretendia responder nos sentidos negativos que ele

carrega. Em geral, porém, esse momento mantém a tendência do discurso positivo do ACT-A, levando em consideração as promessas que a solução do ACT-A representava, ou seja, uma resposta rápida e eficiente à covid-19 em escala global.

Tabela 1 – Classificação de sentimentos por sentença e momento da BDs

	<i>nº de frases</i>	
	Positivo	Negativo
1º momento	3537	1167
2º momento	2901	850
3º momento	2876	700

Fonte: Elaboração nossa com base na BDs

2.2.2. Segundo momento: pandemia de duas vias

A partir de outubro de 2021, em resposta ao *report* da consultoria Dalberg (ACT-A; Dalberg, 2021) e diante do contexto pandêmico em evolução, o ACT-A esteve sob um novo plano estratégico que focava especialmente em regiões identificadas como mal contempladas no primeiro ano de resposta (ACT-A, 2021c). Segundo o novo plano, o mundo experimentava uma “pandemia de duas vias” (ACT-A, 2021c, p. 1, tradução nossa), fruto das inequidades no acesso a tecnologias de resposta entre países de alta renda (HICs, *High Income Countries*) e de baixa ou baixa/média renda (LMICs, *Low-Middle Income Countries*). Esse momento, é marcado por uma mudança estratégica explícita em termos discursivos e orçamentários que orientam a PGPP na direção de terminados territórios. Em outras palavras, a parceria deixa de ser necessariamente global. Na BDo, 22 arquivos compreendem esse período, sendo 3 deles alocados à BDp (ver **Quadro 6**). Esses documentos apresentam os aspectos fundamentais dessa inflexão e das conclusões que levaram à sua construção, assim como os principais elementos que, então, identificam o trabalho do ACT-A no intervalo entre outubro de 2021 e setembro de 2022.

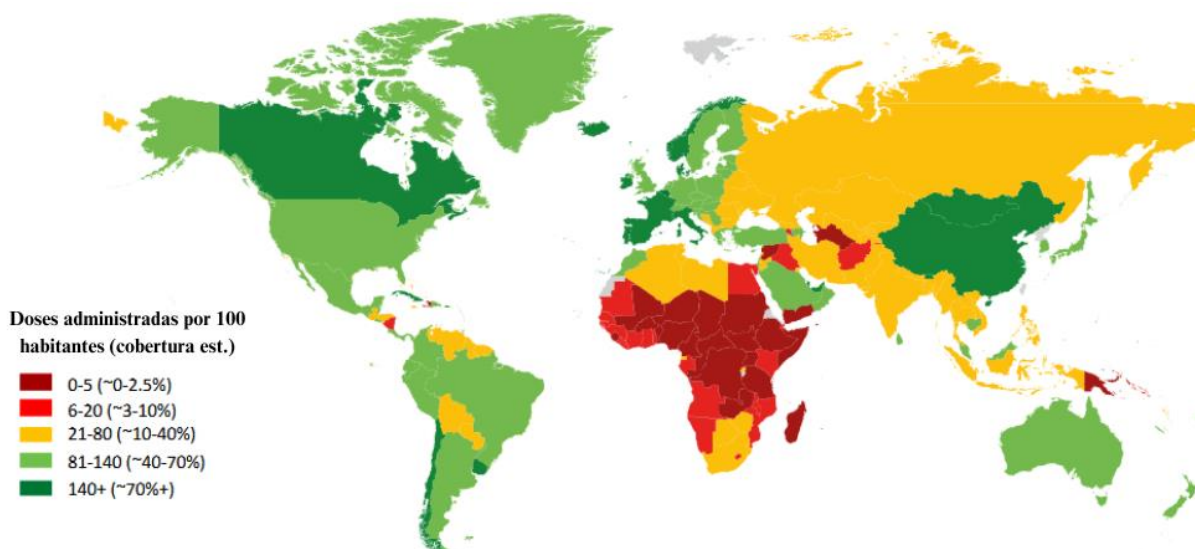
Quadro 6 – Documentos BDp: segundo momento

Data de publicação	Tipo	Nome
28/10/2021	<i>Strategic Plan</i>	ACT-Accelerator Strategic Plan & Budget: October 2021 to September 2022
26/04/2022	<i>Report</i>	The ACT-Accelerator: Two years of impact
10/10/2022	<i>Evaluation</i>	External Evaluation of the Access To COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A)

Fonte: Elaboração nossa com base na BDp.

No plano estratégico e de orçamento (ACT-A, 2021c, 2022f) está descrita a crescente discrepância entre HICs e LICs e/ou LMICs no acesso aos insumos capitaneados pelo ACT-A. Naquele momento, a cobertura vacinal variava entre 1% e 70% entre os países, com padrões socioeconômicos e geográfico claramente identificáveis (ver **Mapa 2**). A taxa de testagem diária em HICs, por sua vez, chega a ser 55 vezes maior nos HICs do que nos LICs (ver **Gráfico 4**) (ACT-A, 2021c). Nesse contexto, cinco novas prioridades são estabelecidas: 1) acompanhar a lacuna na distribuição de insumos de forma geral; 2) alçar a meta de 70% de cobertura vacinal dos países AMC91⁴⁰; 3) garantir testagem mínima de 100 a cada 100 mil pessoas por dia; 4) oferecer tratamentos a 120 milhões de pessoas e garantir a segurança de 2,7 milhões de profissionais de saúde; 5) e integrar completamente os pilares e a entrega de insumos com sistemas nacionais (ACT-A, 2021c). Em comparação ao seu momento anterior, o ACT-A reduz a sua área de atuação a determinados territórios e populações nos quais a situação de enfrentamento da pandemia continuava precária, focando em objetivos mais específicos de atuação.

Mapa 2 – Desigualdades em vacinas (total de doses de vacina administradas por 100 habitantes, em meados de outubro de 2021)



Nota: Assume 2 doses por pessoa completamente vacinada.

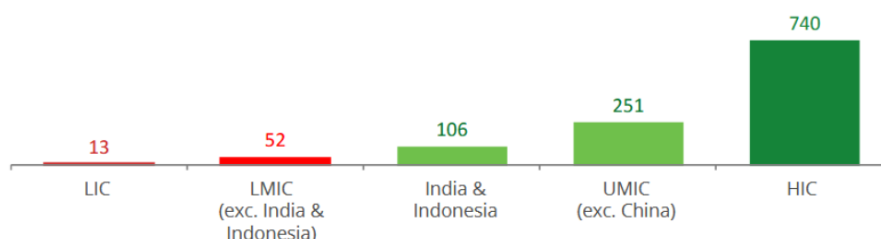
Fonte: Traduzido de ACT-A, 2021c, p. 2).

A nova justificativa de investimento estava centrada no entendimento, agora central ao escopo do projeto, de que, devido à natureza do vírus SARS-Cov-2, a pandemia não acabaria

⁴⁰ Representa o grupo de países elegíveis ao AMC menos a Índia (COVAX, 2020c).

enquanto todos os países não encontrassem níveis razoáveis de resposta. Segundo o ACT-A, o FMI32 reportava que “o surgimento de variantes de vírus novas e altamente infecciosas que exigem medidas rigorosas de saúde pública e sociais poderá resultar em perdas do PIB global de até 5,3 bilhões de dólares até 2026 [,] dois terços deste custo económico serão suportados por altas -países de renda” (ACT-A, 2021c, p. 45, tradução nossa). Para sanar esse problema, o ACT-A assumia novos compromissos, agora mais alinhados aos contextos comunitários e nacionais dos países, orientado expressamente à redução de inequidades. Nessa nova abordagem, somar-se-iam aos US\$ 18,7 bilhões já doados, US\$ 23,4 bilhões faltantes para o financiamento das demandas do ACT-A em relação à equidade entre LICs, LMICs e países de renda alta/média (UMICs, sigla em inglês) pelos próximos 12 meses (ACT-A, 2021c).

Gráfico 4 – Desigualdades em testes (testes diários / 100 mil habitantes, no final de setembro de 2021)



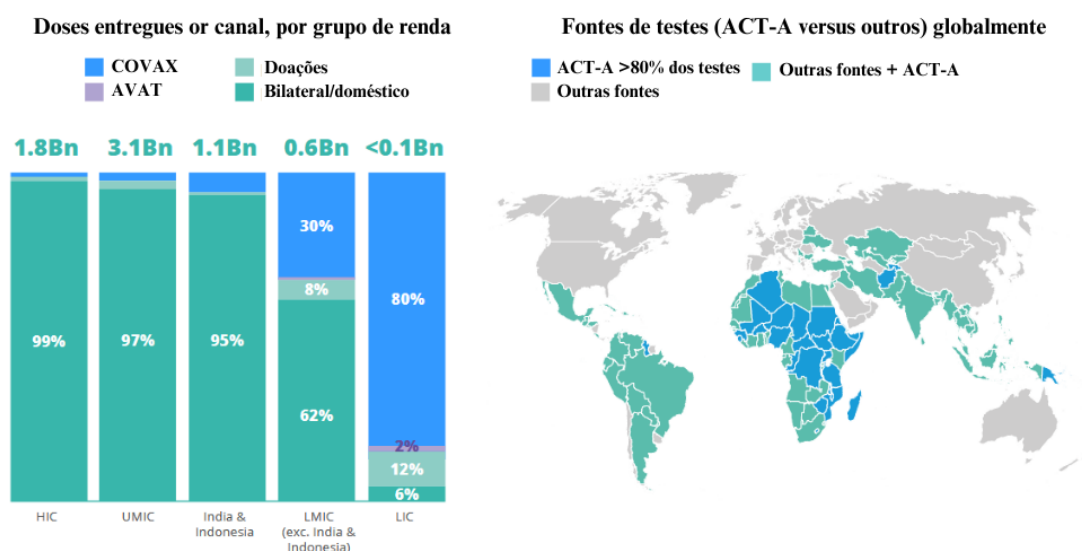
Fonte: FIND ([c2022] *apud* ACT-A, 2021c, p. 2).

A nova justificativa de investimento estava centrada no entendimento, agora central ao escopo do projeto, de que, devido à natureza do vírus SARS-Cov-2, a pandemia não acabaria enquanto todos os países não encontrassem níveis razoáveis de resposta. Segundo o ACT-A, o FMI32 reportava que “o surgimento de variantes de vírus novas e altamente infecciosas que exigem medidas rigorosas de saúde pública e sociais poderá resultar em perdas do PIB global de até 5,3 bilhões de dólares até 2026 [,] dois terços deste custo económico serão suportados por altas -países de renda” (ACT-A, 2021c, p. 45, tradução nossa). Para sanar esse problema, o ACT-A assumia novos compromissos, agora mais alinhados aos contextos comunitários e nacionais dos países, orientado expressamente à redução de inequidades. Nessa nova abordagem, somar-se-iam aos US\$ 18,7 bilhões já doados, US\$ 23,4 bilhões faltantes para o financiamento das demandas do ACT-A em relação à equidade entre LICs, LMICs e países de renda alta/média (UMICs, sigla em inglês) pelos próximos 12 meses (ACT-A, 2021c).

De fato, no final de 2021, o ACT-A representava a principal ferramenta de acesso a insumos para combate à covid-19 para países de baixa renda (ver **Gráfico 5**), em comparação a países com maiores índices de desenvolvimento económico, que continuaram preferindo

acordos bilaterais. Novos mecanismos, como o *COVID-19 Vaccine Delivery Partnership* (CoVDP) e o *ACT-A Oxygen Emergency Taskforce*, foram criados para suprir as deficiências que se apresentavam (ACT-A, 2022f). Porém, nos seis meses seguintes, o relatório de atividades que retratava os dois anos de atuação do programa ressaltava o seu papel na contenção da ESPII, reforçando o impacto à constante lacuna de financiamento que acompanhou o programa. Desde a publicação do plano estratégico, apenas US\$ 1,96 bilhões haviam sido doados e o relatório declarava uma “crise de financiamento” (ACT-A, 2022e, p. 27, tradução nossa). Sem expressamente indicar uma redução no orçamento original, o relatório apresentava uma lacuna de financiamento de US\$ 14,89 bilhões referente a um orçamento total de US\$ 16,85 bilhões para 2021/2022 (ACT-A, 2022f).

Gráfico 5 – Papel crucial do ACT-A para garantir a implementação equitativa de ferramentas em áreas carentes



Fonte: Traduzido de World Health Organization (2023b *apud* ACT-A, 2021c, p.4) e FIND ([c2022] *apud* ACT-A, 2021c, p. 4).

Em outubro de 2022, foi publicada a avaliação externa realizada pela Open Consultants que, entrevistando representantes dos principais *stakeholders* envolvidos na realização da PGPP ou da GSG, que realizou um esforço compreensivo sobre o saldo das suas atividades⁴¹. Ainda que novas chamadas de investimento e relatórios tenham sido publicados nesse intervalo, o resultado da avaliação acompanhou as menores taxas de contaminação e mortalidade e a escassez de investimentos que conduziram ao processo de transição para o encerramento das

⁴¹ Essa avaliação será discutida em maior profundidade no item 2.4, dedicado aos resultados das avaliações do programa.

atividades da PGPP. Em termos discursivos, esse momento ficou marcado pela constatação que o objetivo de não deixar ninguém para trás poderia ser mais desafiador do que o previsto, o que exigiu uma guinada para incluir um foco explícito na desigualdade no acesso e nas necessidades de L/MICs. A maior menção à LICs e LMICs a partir desse período demonstra essa reorientação geográfica do programa. Se no primeiro momento foram 55 documentos publicados com um total de 30 menções aos termos, a partir do segundo momento foram 37 documentos com o total de 45 menções (ver **Gráfico 3**), um aumento de 50%.

Nesse contexto, falas que demonstram a permanente relevância da pandemia mesmo com a redução das taxas de contágio e óbitos começaram a tomar conta dos documentos orçamentários e estratégicos, acompanhada de um programa que agora deixava de ser global para atender regiões específicas nas quais as condições de resposta à pandemia ainda eram precárias (ACT-A, 2021c). O índice de sentenças com conotação negativa nesse período foi um pouco menor do que o do período anterior, cerca de 22,6%, o que pode ter a ver com o redirecionamento em relação ao discurso dominante do risco compartilhado (ver **Tabela 1**). Em compensação, a situação dos LICs e LMICs introduz um novo elemento negativo que pode influenciar a análise de sentimentos aplicada.

2.2.3. Terceiro momento: transição pandêmica

A partir de outubro de 2022 o ACT-A entrou no seu processo de transição, programado para ser encerrado em seis meses. A partir das considerações oferecidas pela avaliação externa (ACT-A; Open Consultants, 2022) e das realizações já expressas nos últimos relatórios de atividades (ACT-A, 2022f), o programa muda mais uma vez de direção para se preparar para o encerramento de suas atividades. Nesse processo, além de reconhecer a escassez de recursos e a urgência de outras demandas de saúde oriundas seja do esgotamento dos sistemas de saúde ou do surgimento de novas crises epidemiológicas como a *monkeypox*⁴², o ACT-A estava interessado em apoiar a transição dos países à uma resposta de longo prazo para a covid-19 (ACT-A, 2022c). Os documentos publicados foram, em sua maioria, relatórios das atividades e monitoramento da situação epidemiológica do vírus nos quais o discurso esteve adaptado às

⁴² A *monkeypox* (ou mpox) é uma doença viral altamente infecciosa da família da varíola. Apesar de já presente em regiões do continente africano, em maio de 2022, um novo surto assumiu o centro da GSG ao se alastrar para países sem casos anteriores (World Health Organization, [c2023]). Como relatado no **Quadro 3**, a mpox foi declarada uma ESPII em junho de 2023.

demandas de prevenção, preparação e resposta (PPR) da pandemia. A BDo compreende, para esse período, o total de 15 arquivos publicados e a BDp 3 arquivos (ver **Quadro 7**).

Quadro 7 – Documentos BDp: terceiro momento

Data de publicação	Tipo	Nome
28/10/2021	<i>Strategic Plan</i>	ACT-Accelerator Transition Plan (1 Oct 2022 to 31 Mar 2023)
14/12/2022	<i>Report</i>	ACT-Accelerator Outcomes Report, 2020-22 including Q3 update
17/05/2023	<i>Report</i>	ACT-Accelerator Transition Report (01 October 2022 to 31 March 2023)

Fonte: Elaboração nossa com base na BDp.

Durante esse intervalo, os objetivos da PGPP estiveram orientados à passagem gradativa das suas funcionalidades às agências constituintes e a observação do cenário pandêmico para que fossem asseguradas estratégias de resposta adequadas. O plano de transição trabalhava com o cenário mais evidente, ou seja, de que a pandemia continuaria amenizando-se, com surtos locais administráveis através de soluções já disponíveis e asseguradas (ACT-A, 2022c). Porém, previa tanto aumento repentino de casos, quanto aumento repentino de óbitos, e ambos demandariam uma resposta atenta e ativa que justificava um período provisório de observação (ACT-A, 2022c). De forma geral, o entendimento era que “a pandemia pode acabar em breve, mas a covid-19 veio para ficar” (ACT-A, 2022c, p. iv, tradução nossa) e por isso três novos objetivos foram estabelecidos: 1) garantir a linha de produção dos insumos focando em pesquisa e desenvolvimento (P&D) e na criação de mercado; 2) investir em estruturas institucionais de longo prazo – o que inclui espaços de manufatura, compra e produção de genéricos; 3) intensificar o trabalho na distribuição dos insumos em países de maior risco (ACT-A, 2022c).

Em termos orçamentários, até setembro de 2022, o total acumulado de doações recebidas perfazia US\$ 23,7 bilhões, às quais deveriam ser acrescentados US\$ 386 milhões para o orçamento estimado⁴³ do período de transição (ACT-A, 2022c). Para conseguir esses recursos, que naquele momento já se encontravam escassos, as agências passariam a usar primordialmente a sua própria rede de financiamento para seguir com as atividades necessárias. Ademais, como parte dos esforços de consolidação do trabalho do ACT-A, foi incorporado como adendo ao plano de transição um breve documento que expressava os principais aprendizados com o ACT-A a partir dos parceiros alocados por pilar, da sociedade civil e dos principais representantes de líderes do mercado farmacêutico (ACT-A, 2022d), que serão

⁴³ No plano de transição não está estabelecido um plano orçamentário consolidado, apenas a estimativa com base nos pedidos das agências responsáveis por pilar.

examinados mais detalhadamente no item 3.4. Vale ressaltar, porém, que o documento prevê a incorporação dessas contribuições, juntamente às demais avaliações publicadas, nas instâncias internas da OMS e seus principais *stakeholders* a fim de que novas estratégias de enfrentamento pandêmico pudessem ser elaboradas (ACT-A, 2022c).

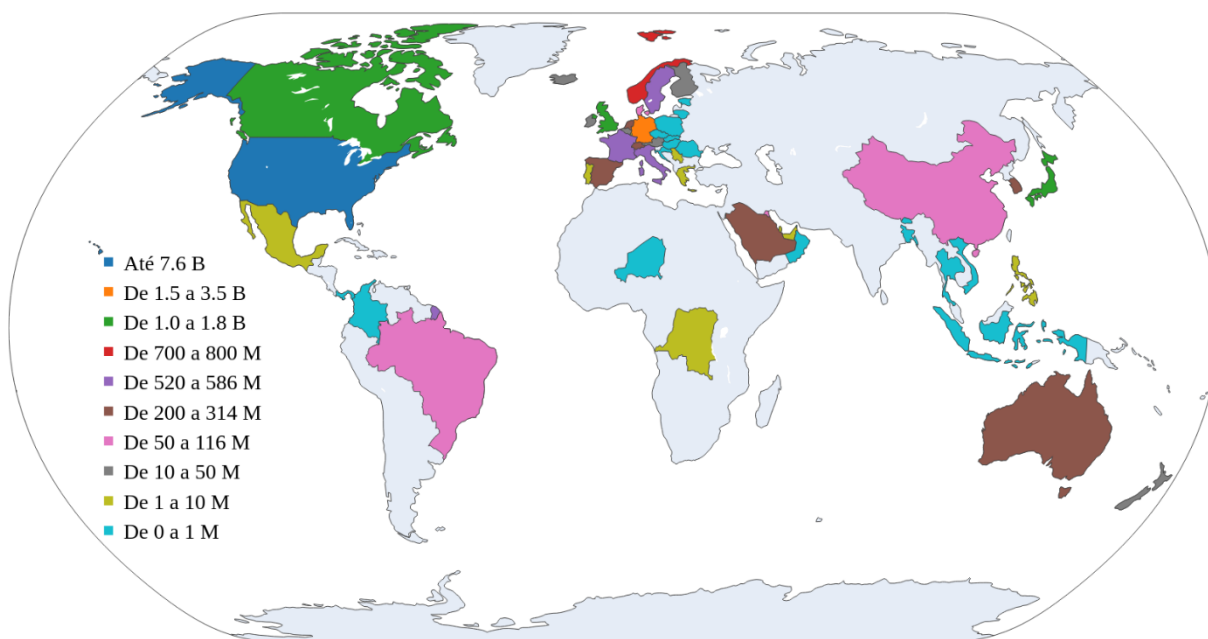
Naquele momento, previa-se também a publicação de relatórios quadrienais de acompanhamento dos resultados, que levariam em possíveis revisões do plano inicial (ACT-A, 2022a), assim como do relatório geral (ACT-A, 2023b). Em 05 maio de 2023, o diretor-geral da OMS declarava o fim da ESPII da covid-19 (Ghebreyesus, 2023) e, no dia 30 do mesmo mês, era publicado o relatório geral que encerraria as atividades do ACT-A. Em relação ao primeiro dos objetivos estabelecidos pelo plano de transição, está entre as conquistas a aprovação do uso das vacinas bivalentes e doses de reforço, e o desenvolvimento de um plano amplo de produção de vacinas na África (ACT-A, 2023b, p. 7). Quanto ao segundo objetivo, as previsões institucionais para a manutenção das atividades do ACT-A foram alocadas por agente e foram expressas as principais fontes dos insumos contemplados pelo programa agora atualizadas também de acordo com os agentes co-convocadores (ACT-A, 2023b, p. 8). E quanto ao terceiro e último objetivo, resultou que “nos 34 países selecionados para apoio coordenado, a cobertura [vacinal] aumentou oito vezes, e o número de países com cobertura igual ou inferior a 10% caiu para 6 em fevereiro de 2023, em comparação com 34 em janeiro de 2022” (ACT-A, 2023b, p. 11, tradução nossa).

O discurso esteve voltado ao processo de transição e palavras como *recovery* e *opportunity* tiveram aumentos proporcionais e factuais em relação aos momentos precedentes, justificando os investimentos restantes para que o fim das suas atividades fosse possível (ver **Gráfico 3**). O **Gráfico 3** também demonstra que nesse momento palavras como *together*, *cooperation*, e *international* voltaram a ocupar espaço no discurso do ACT-A como parte desses esforços. Esse é o momento com a menor proporção de frases negativas – aproximadamente 20% – fruto de um novo discurso focado na esperança do futuro e na prova de caso que os resultados do ACT-A proviam (ver **Tabela 1**).

Até o março de 2023, as doações completavam US\$ 24 bilhões, desses, US\$ 116,9 milhões foram obtidos durante o período de transição (ACT-A, 2023b). Segundo o Commitment Tracker, até junho de 2023, esse valor havia se elevado para US\$ 139 milhões (ACT-A, 2023a). Grande parte das doações foram realizadas por governos de 60 países, em sua maioria do Norte Global (ver **Mapa 3**) (ACT-A, 2023a). Seis doadores completaram mais de um bilhão em contribuições. Dentre esses, os Estados Unidos ocupou o topo dessa lista por uma larga margem, doando o equivalente a cerca de 31% do orçamento total, US\$ 7,6 bilhões,

seguido pela Alemanha (US\$ 3,9 bilhões), Japão (US\$ 1,8 bilhões), Canadá (US\$ 1,7 bilhões), Reino Unido (US\$ 1,215 bilhões) e Comissão Europeia (US\$ 1,213 bilhões) (ACT-A, 2023b). Do Sul Global, 21 países contribuíram, sendo a China a única com um valor maior do que US\$ 100 milhões (ACT-A, 2023b).

Mapa 3 – Doadores públicos do ACT-A por contribuição em US\$ até junho de 2023



Fonte: Elaboração nossa com base em ACT-A (2023a).

Os doadores privados representavam uma pequena parcela do total e vieram, em grande parte, de empresas sediadas nos Estados Unidos e alguns outros países do Norte Global (ver **Tabela 1**). Entre eles, a FBMG ocupa a liderança por meio da doação de US\$ 443 milhões, dos quais quase a totalidade no primeiro momento do ACT-A (ACT-A, 2023b), mas ela foi acompanhada por outras organizações filantrópicas ou sem fins lucrativos e empresas de vários setores da economia (ver **Apêndice B**). No total, porém, a soma dos investimentos privados foi pequena quando comparada aos aportes públicos – cerca de 5,6% do total de contribuições públicas – e, apesar da proposta inicial de engajamento coletivizado e da expressiva participação de entidades privadas na gestão do programa, a expectativa de contribuições privadas em termos orçamentários não se concretizaram. Em termos discursivos, esse momento se distancia do anterior por aderir uma estratégia de conclusão e delegação de responsabilidades, assim como de arrecadação dos últimos esforços para a conclusão das atividades do programa. A estrutura organizada pelo ACT-A foi, então, distribuída entre os

pilares e os *stakeholders* do programa que alocaram os recursos na realização de seus objetivos. A exposição desse processo será discutida no restante deste capítulo.

Tabela 2 – Origem dos doadores privados do ACT-A por valor de contribuição em US\$ bilhões até junho de 2023

País de origem	Soma total das doações em US\$ milhões	Nº total de doadores
Estados Unidos	701,7	15
Reino Unido	94,6	3
Singapura	16,5	3
República Tcheca	7,9	1
Suíça	4,6	3
Canadá	3,9	1
Arábia Saudita	2,3	1
Japão	1,1	1

Fonte: Elaboração nossa com base em ACT-A (2023a).

2.3. A governança do ACT-A enquanto uma PGPP

Como representado na BDo e discutido anteriormente, os arquivos iniciais publicados pelo ACT-A estavam focados no detalhamento orçamentário e em seus objetivos gerais, mas não incluíam explicações detalhadas sobre a sua organização estrutural e governança. Esse detalhamento foi realizado pela primeira vez no documento “*What is the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator, how is it structured and how does it work?*” (ACT-A, 2021f), publicado em abril de 2021. Ali foram esclarecidos aspectos da governança do programa em seu aspecto geral e por pilar, e foram revidados alguns aparatos do funcionamento de estruturas já apresentadas anteriormente. Essa sessão se dedica a explorar esse documento, complementando os seus achados com informações disponibilizadas em documentos orçamentários e estratégicos. Percebe-se que a sua governança foi sendo atrelada ao momento de gestão identificado pela sessão 2.2 e, por isso, essas diferenças também serão discutidas abaixo.

A primeira questão fundamental é quem são os atores responsáveis pela realização do

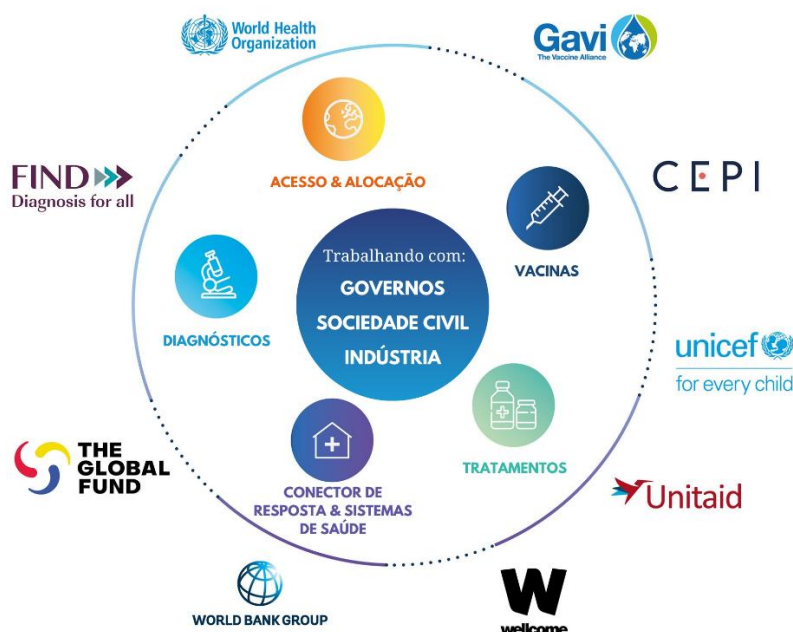
ACT-A, chamados co-convocadores. O documento fundacional nomeia a FBMG, a CEPI, a GAVI, o Global Fund, a Unitaïd, a Wellcome Trust e a OMS, além de parceiros privados (ACT-A, 2020a). Identificados através de logos estão, além desses, a Rede de Produtores de Vacinas de Países em Desenvolvimento (DCVMN, *Developing Countries Vaccine Manufacturers Network*), a Federação Internacional de Fabricantes e Associações Farmacêuticas (IFPMA, *International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations*) e a Associação Internacional de Medicamentos Genéricos e Biossimilares (IGBA, *International Generic and Biosimilar Medicines Association*), que não são mencionadas como parceiras na execução de atividades por pilar. O organograma institucional apresentado no site da OMS (ver **Gráfico 6**) e no documento de governança acrescentam à esses o BM e a Unicef (WHO, [c2022]). Esses se dividem entre os pilares para a sua gestão, além de enviarem representantes para o Grupo de Coordenação dos Diretores, ou Grupo de Diretores (GD), responsável por endereçar “os principais desenvolvimentos e desafios, a direção estratégica geral do ACT-Accelerator e as prioridades específicas dos pilares, além de abordar e alinhar questões transversais e os principais gargalos” (ACT-A, 2021f, p. 6, tradução nossa).

Além dos diretores das agências parceiras, participam do GD representantes da sociedade civil articulados na Plataforma para Representantes da Sociedade Civil e da Comunidade do ACT-A (Plataforma) e os representantes da indústria farmacêutica já identificados. O grupo se reunia em encontros semanais coordenados pelo Hub Executivo e presididos pelos Enviados Especiais da OMS, inicialmente Sr. Andrew Witty e Dr. Ngozi Okonjo-Iweala e, a partir de abril de 2021, Carl Bildt (ACT-A, 2021f). O Hub Executivo do ACT-A é sediado na OMS e funciona como o secretariado do GD e do ACT-A FC, fornecendo os aparatos normativos, técnicos, de *advocacy* e de governança necessários para o funcionamento das atividades dos pilares e fluxos de trabalho, além de produzir as publicações do programa (ACT-A, 2021f). Já a Plataforma foi introduzida pela primeira vez no documento de governança supracitado, porém existe desde maio de 2020 para “apoiar os representantes da comunidade e da sociedade civil no ACT-A” (Platform, [c2023], n.p), com 47 representantes acompanhando o desenvolvimento das atividades nos quatro pilares e 2 representantes no Conselho de Facilitação (inclusas nas reuniões dos Diretores do ACT-A). A liderança da Plataforma está com três organizações principais: WACI Health⁴⁴, Global Fund Advocates

⁴⁴ Uma organização da sociedade civil africana que trabalha na conscientização e democratização de políticas em epidemias na região (WACI Health, [c2023]).

Network (GFAN)⁴⁵ e STOPAIDS⁴⁶.

Gráfico 6 – Organograma institucional simplificado do ACT-A



Fonte: WHO (c2022, s.p., tradução nossa).

O Conselho de Facilitação do ACT-A encerra o núcleo de governança geral do programa, presidido pelos governos da Noruega e da África do Sul, e organizado pela OMS e pela Comissão Europeia (ACT-A, 2021f). Sua função é supervisionar as atividades do programa, orientando os pilares e os seus diretores em princípios e estratégias prioritárias, promover redes de *advocacy* e realizar a avaliação do programa (ACT-A, 2020b, 2021f). Para isso, conta com representantes dos países doadores fundadores, os principais países formadores de mercado e atuais presidentes de grupos de cooperação regional, com parceiros não governamentais – como a FBMG, a Wellcome Trust, o FMI e o BM (observador) – e tem convite permanente à sociedade civil, comunidades e indústria. Durante o período de transição, o ACT-A FC e os grupos de trabalho vinculados aos pilares foram compilados na Força-tarefa de Rastreamento e Monitoramento, responsável por manter ativos os mecanismos de coordenação necessários e acompanhar os objetivos de transição em insumos e orçamento (ACT-A, 2022c).

⁴⁵ Uma rede de *advocacy* global que auxilia na defesa e financiamento do Global Fund (GFAN, 2023).

⁴⁶ Uma rede de membros do Reino Unido no *advocacy* do combate à AIDS/HIV (STOPAIDS, [s. d.]).

Ou seja, a principal tarefa de todas essas estruturas é acompanhar e orientar o trabalho dos pilares e seus líderes na realização dos chamados fluxos de trabalho. Identificados inicialmente na primeira chamada de investimentos, estavam divididos em três: 1) pesquisa e desenvolvimento (P&D); 2) formação ou preparação de mercado e fabricação; 3) aquisição e fornecimento (ACT-A, 2020b). O fluxo de trabalho 3 foi dividido entre aquisição e fornecimento no primeiro relatório de atividades (ACT-A, 2021a), porém no documento de governança foram apresentadas novas delimitações que totalizam 5 fluxos de trabalho: “pesquisa e desenvolvimento (P&D), fabricação, desenvolvimento de políticas, procedimentos regulatórios, formação de mercado, aquisição e entrega” (ACT-A, 2021f, p. 1, tradução nossa). Além desses, o documento estabelece os pilares e fluxos de trabalho trabalhariam de forma independente na gestão de suas responsabilidades e na tomada de decisões, tendo agentes indicados por cada pilar e agentes indicados para cada fluxo de trabalho nele contido.

Estava indicado no primeiro plano estratégico que determinados atores seriam responsáveis por aspectos amplos dos fluxos de trabalho dadas as suas experiências prévias na GSG. O acesso e P&D seriam de responsabilidade da CEPI, FIND e Wellcome, já a OMS seria a responsável pela regulamentação técnica e definição de padrões normativos, a Unitaid, o Global Fund e a Gavi compartilhariam a sua experiência de compras e formação de mercado e, por fim, o BM e a OMS estariam responsáveis pelo fortalecimento de sistemas de saúde (ACT-A, 2020c). Por mais que exista uma coordenação unificada através do GD e do ACT-A FC, não havia um órgão decisório autônomo do programa que o qualificasse como uma entidade legal (ACT-A, 2020c).

Cada agente estabeleceu seus próprios os mecanismos de coordenação para garantir o trabalho colaborativo da parceria e a organização das atividades era realizada através de princípios comuns definidos do GC e no ACT-A FC e em reuniões periódicas (ACT-A, 2021f). Nos pilares, essa coordenação de parceria era realizada pelos Comitês de Coordenação, do qual participam representantes de cada agência responsável, da OMS e de líderes de fluxos de trabalho, que estabelecia os princípios, estratégias e prioridades de gestão e financeiras de cada pilar (ACT-A, 2021f). A coordenação técnica dos fluxos de trabalho eram delegadas a representantes de uma ou duas organizações, não necessariamente ligadas ao escopo geral do programa, responsáveis pela realização de aspectos especializados. O escopo geral dessa organização, com os principais agentes e suas funções, está apresentada no **Anexo B**. Para entender com maior detalhamento os agentes, objetivos e resultados das atividades realizadas é necessário analisar os pilares individualmente.

2.3.1. O pilar Vacinas

O pilar Vacinas (Vx) foi o mais proeminente do programa e tratou da produção e distribuição de vacinas contra a covid-19. Especificamente, essa dimensão do programa tinha o propósito de “apoiar a construção de recursos de fabricação e a compra de suprimentos com antecedência, para que 2 bilhões de doses [pudessem] ser distribuídas de forma justa nos locais de maior necessidade, em todo o mundo, até o final de 2021” (ACT-A, 2020b, p.3, tradução nossa). Durante o período em que esteve ativo, o pilar era liderado pela GAVI e CEPI, com apoio logístico da OMS e da Unicef e no total, assegurou 2,62 bilhões de doses vacinais através do mecanismo de autofinanciamento chamado *COVAX Facility (push financing)*, dessas 1,59 bilhões foram exclusivamente para o segundo mecanismo de participação, os *Advanced Market Commitments (AMCs)* para 92 LICs ou LMICs⁴⁷ (*pull financing*) (ACT-A, 2022a). Ademais, participou do desenvolvimento de 14 candidatas a vacinas, das quais 11 foram aprovadas para uso emergencial⁴⁸ pela OMS – dentre elas a Moderna, a Novavax e a Oxford/AstraZeneca⁴⁹ – e, através da CoVDP, o número de países com cobertura vacinal menor que 10% caiu de 34 para 9 países (ACT-A, 2022a; ACT-A; Open Consultants, 2022).

A GAVI Alliance é uma organização não-governamental inaugurada pela Fundação Bill & Melinda Gates no contexto da estratégia de CUS e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) dos anos 2000 com o propósito de promover ações de diminuição do preço de vacinas e, portanto, facilitar a sua distribuição para crianças em áreas de baixa renda ao redor do mundo (GAVI, [c2023]). A FBMG continua sendo a maior financiadora privada⁵⁰ e uma das

⁴⁷ Os 92 países passíveis de serem contemplados pelo AMC são todas economias com Produto Interno Bruto (PIB) abaixo de US\$ 4.000 per capita, além de outras indicadas pela Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA) do Banco Mundial (GAVI, 2020a).

⁴⁸ O uso emergencial de medicamentos é conhecido como Emergency Use Listing (EUL) e é “um procedimento baseado em risco para avaliar e listar vacinas, terapias e diagnósticos in vitro não licenciados com o objetivo final de acelerar a disponibilidade desses produtos para as pessoas afetadas por uma emergência de saúde pública” (World Health Organization, [c2023], s.p., tradução nossa).

⁴⁹ Segundo a avaliação externa realizada pela Open Consultants, “dessas três [...] a COVAX contribuiu com investimentos em P&D que totalizaram US\$384 milhões para a Oxford/AstraZeneca, US\$1 milhões para a Moderna, e US\$399 milhões para a Novavax.” (ACT-A e Open Consultants, 2022, p. 46, tradução nossa).

⁵⁰ De acordo com o relatório de Contribuições e receitas anuais de 2023, no intervalo 2016-2020, o Reino Unido e a FBMG foram os maiores doadores (23% e 17% respectivamente), enquanto no intervalo 2021-2025, o governo dos Estados Unidos e a FBMG foram os maiores contribuintes em doações realizadas e de compromisso (23% e 8% respectivamente) (GAVI, 2023). Ainda de acordo com o relatório, houve um aumento significativo de doações, no segundo período, entre doadores públicos, contando com a contribuição de uma diversidade maior de países, principalmente através da COVAX (GAVI, 2023). Das doações de atores privados e da sociedade civil, a porcentagem de

parceiras da OING, porém ela é um organismo com governança autônoma que funciona com a parceira da OMS, do BM e da Unicef (GAVI, [c2023]). Ela foi a responsável pela *COVAX Facility* e COVAX AMC, assim como pelo fluxo de trabalho de aquisição e distribuição em parceria com a OMS através da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e da Unicef. Por sua vez, a CEPI é uma coalisão norueguesa fundada em 2016 em parceria com a Índia, a FBMG, a Wellcome e o Fórum Econômico Mundial com o objetivo de acelerar a produção e melhorar a distribuição de vacinas para DIES (CEPI, [c2023]). Aqui também a FBMG é a maior doadora privada, mas grande parte dos financiadores são governos soberanos⁵¹ (CEPI, 2023). A CEPI esteve responsável pelos fluxos de trabalho P&D e fabricação.

A *COVAX Facility*, que logo seria identificada como sinônimo para o Vx, foi o principal mecanismo utilizado. Na sua primeira apresentação, ela fazia parte do fluxo de trabalho, acesso e fornecimento, e oferecia a oportunidade de colaborações entre países para mitigação de risco na aquisição e investimento em vacinas através de financiamento próprio (pagamento na íntegra) ou por Assistências Oficiais ao Desenvolvimento (AOD)⁵² (ACT-A, 2020b). Ou seja, a COVAX "é o mecanismo global de aquisição conjunta de vacinas contra a covid-19", organizada para negociar a compra de vacinas com empresas em nome de 191⁵³ países participantes (ACT-A, 2021b, p. 39, tradução nossa). Os países interessados deveriam comunicar a parcela populacional que seria contemplada pelo programa (entre 10-50%) e as doses asseguradas seriam distribuídas entre esses e os AMC92 através de uma estrutura de alocação elaborada pela OMS (COVAX, 2020a). Nessa estratégia, os países poderiam optar por acordos de "Compras Comprometidas", no qual é feito um pagamento antecipado por dose/pessoa menor e a possibilidade de derrogação é reduzida, ou de "Compras Opcionais", que prevê um pagamento antecipado maior e a possibilidade de escolha na cartela vacinal (COVAX, 2020a).

participação caiu de 18% (US\$ 1.635 milhões) no primeiro intervalo para 10% (US\$ 2.151 milhões), ainda que o valor total de doações tenha aumentado (GAVI, 2023). Esses recursos foram em sua maioria doados diretamente ao GAVI, mas incluem também doações para a CEPI através do GAVI.

⁵¹ De acordo com o relatório financeiro de 2023 da CEPI, no intervalo orçamentário de 2017-2021, a Noruega foi o maior doador, contribuindo com 18,5% do orçamento total (US\$ 401,6 milhões), a FBMG foi a 7ª maior doadora, representando 5,5% (US\$ 120 milhões) (CEPI, 2023). No novo ciclo orçamentário 2022-2026, a maior doadora foi a Alemanha, com US\$ 330 milhões, e a FBMG perdeu o posto de maior doadora privada para a Wellcome Trust, que doou US\$ 192,35 milhões (CEPI, 2023).

⁵² De acordo com Alsayyad (2020, p.1), AODs são "um dos principais meios de implementação no financiamento para o desenvolvimento [e] inclui tanto fluxos financeiros geradores de dívidas (por exemplo, empréstimos para projetos) quanto não geradores de dívidas (por exemplo, subvenções)."

⁵³ O pilar disponibilizou em documento publicado a lista de países que participaram ou demonstraram interesse em participar do mecanismo em 2020 (COVAX, 2021).

O mecanismo possibilitava a aceleração da produção através de investimento continuado e, em troca, assegurava doses em menor preço e antecipadas, e o financiamento para os AMC92. Uma possível tradução para AMC seria compromissos de compras antecipadas e, segundo o Banco Mundial ([c2023]), são um mecanismo de financiamento no qual “doadores se comprometem com fundos para garantir o preço de vacinas uma vez que elas tenham sido desenvolvidas”, assegurando acesso prioritário e preços acessíveis, enquanto fabricantes obtêm “o incentivo necessário para investir em pesquisa e desenvolvimento e para expandir a capacidade de fabricação”. Esse mecanismo já era comumente utilizado pela GAVI e, na COVAX, esteve reservado a 92 economias de baixa e média renda (ACT-A, 2021b; COVAX, 2021). Esse programa criou o primeiro Programa de Compensação *no-fault*⁵⁴ de atuação internacional para atender as economias identificadas (World Health Organization, 2022).

Esse foi o único pilar com uma estrutura organizacional autônoma estabelecida na colaboração entre atores, que foi introduzida no documento “*COVAX: The Vaccines Pillar of the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator: Structure and Principles*” (COVAX, 2020c). Também foi o único pilar a produzir publicações alheias ao Hub Executivo compartilhadas pela GAVI e CEPI, algumas disponibilizadas também no centro de documentação da OMS. No geral, foi o pilar com maior financiamento do programa: foram US\$ 16.3 bilhões até junho de 2023 (mais de 65% do total) (ACT-A, 2023a) e um dos únicos a atingir o objetivo inicial estabelecido em entrega de insumos. Ainda assim, o Vx foi subfinanciado em relação às expectativas no programa: no orçamento inicial era estimado que seriam necessários US\$ 18,1 bilhões para a realização de apenas 18 meses de trabalho (ACT-A, 2020b; COVAX, 2020b). Além disso, diversos desafios e críticas foram destinados à alocação de recursos e distribuição de insumos, que serão discutidos mais amplamente no item 2.4.

2.3.2. O pilar Tratamentos

Dos pilares verticais, o Tratamentos (Tx) desenvolveu tecnologias terapêuticas para a covid-19 que, em grande parte, consistiram em soluções medicamentosas e em tanques de oxigênio. Liderado pela Unitaid e pela Wellcome Trust, com colaboração do Global Fund, visava “desenvolver novas terapias eficazes e garantir a fabricação, aquisição e distribuição de

⁵⁴ Mecanismos de compensação *no-fault* são comuns para novas vacinas e são um método de compensação a pessoas que sofreram efeitos adversos não-previstos ou identificados no momento de aprovação.

245 milhões de cursos desses tratamentos para países de baixa e média renda (LMICs) até meados de 2021” (ACT-A, 2020b, p. 3, tradução nossa). A FBMG e a Wellcome Trust ficaram responsáveis pelo fluxo de P&D, enquanto a Unitaïd ficou na formação de mercado, e o Global Fund e a OMS na aquisição e distribuição. Até maio de 2023, foram desenvolvidas e aprovadas tecnologias para o uso de intervenções medicamentosas para casos graves como os retrovirais molnupiravir, nirmatrelvir/ritonavir e remdesivir, mas os medicamentos comprovados de tratamento para a covid-19 também incluíam o corticoide dexametasona, a primeira a ser identificada como efetiva contra o vírus, e o tocilizumabe (ACT-A, 2021b, 2022a).

Quanto ao oxigênio, no primeiro relatório produzido pelo programa, a distribuição seria responsabilidade do CSSR (ACT-A, 2020c), porém essa responsabilidade foi transferida ao pilar Tx em fevereiro de 2021 pelo GD (ACT-A; Dalberg, 2021). Ao total, foram aproximadamente 100 países apoiados seja na redução de preços, que chegou a 15%, seja na doação de tanques. Além dessas iniciativas, o pilar desenvolveu a estratégia *Oxygem Plant System* ou *Plant-in-a-Box*, que construiu 44 plantas para a produção de oxigênio hospitalar e equipamentos correlatos em 30 países (ACT-A, 2022f). Ainda assim, a expectativa inicial era de um orçamento de US\$ 7.2 bilhões (ACT-A, 2020b), porém até junho de 2023 os investimentos chegavam a apenas US\$ 1,74 bilhões (ACT-A, 2023a).

Sobre os seus líderes, a Unitaïd é uma OING, “fundada em 2006 pelo Brasil, Chile, França, Noruega e Reino Unido, e sediada pela Organização Mundial da Saúde” (Unitaid, [c2021]) que trabalha na resposta global ao HIV/ADIS, tuberculose, malária e outras doenças virais em países de baixa e média renda. Segundo o site da organização, os doadores são Brasil, Chile, França, Japão, Noruega, República da Coreia, Espanha, Reino Unido e a FBMG (Unitaid, [c2023]). Já a Wellcome Trust é uma OING criada a partir da iniciativa em testamento do farmacêutico norte-americano Sir Henry Wellcome registrada no Reino Unido (Wellcome Trust, 2023) focada no desenvolvimento e financiamento de pesquisa em saúde. Por fim, o Global Fund é uma articulação fundada em 2002 entre líderes mundiais, comunidades, sociedade civil, profissionais de saúde e o setor privado, que investe em sistemas de saúde para combater também o HIV/AIDS, a tuberculose e a malária (Global Fund, c2023).

2.3.3. O pilar Diagnóstico

O pilar Diagnóstico (Dx) organiza a produção e distribuição de testes de detecção do vírus SARS-CoV-2 e o sequenciamento de variantes, com o objetivo de “desenvolver novos diagnósticos simples, acessíveis, de alta qualidade e rápidos para detectar infecções e conter a

disseminação de doenças, com 500 milhões desses testes chegando às pessoas em países de baixa e média renda até meados de 2021” (ACT-A, 2020b, p.3). Sob a responsabilidade conjunta da FIND e do Global Fund, contava com a ajuda da Unitaid e da Unicef para o Acesso e Alocação, e da OMS para a regulamentação do processo de P&D e aquisição (ACT-A, 2022b). Segundo o relatório bianual do ACT-A (ACT-A, 2022a, p. 5, tradução nossa), ao todo o pilar participou do desenvolvimento de 24 ferramentas diagnósticas garantindo "uma capacidade total de 314 milhões de Ag-RDTs de uso profissional por ano e 840 milhões de Ag-RDTs de autoteste por ano". Além disso, o pilar participou do esforço de identificação da variante Omicron na África do Sul, adquiriu 185 milhões de testes (desses 161 entregues para 181 países, em sua maioria LICs e LMICs) e apoiou diversas iniciativas do mercado farmacêutico para o desenvolvimento de novas tecnologias (ACT-A, 2022a).

Já apresentado o Global Fund em seu escopo, resta acrescentar que o seu financiamento é majoritariamente de doadores públicos, sendo os Estados Unidos o maior em doações acumuladas (US\$ 2 bilhões) (Global Fund, 2023b). Dos doadores privados, novamente a FBMG é a maior contribuinte com US\$ 700 milhões acumulados (Global Fund, 2022). Já a FIND é uma OING especializada na produção de tecnologias diagnósticas para populações em vulnerabilidade com sedes na África do Sul, Suíça, Vietnã, Quênia e Índia (FIND, [c2023]). Do pilar, no primeiro plano orçamentário, um investimento de US\$ 6 bilhões (ACT-A, 2020b) era estimado como necessário para a realização das suas atividades, porém, até março de 2023 o total de investimento era de US\$ 1,4 bilhões (ACT-A, 2023a). Além dele e dos demais atores, foram nomeadas a FBMG, a OMS/OPAS, o BM e outras organizações como o *Imperial College London*, o *Mayo Clinic Labs* e o *Global Fund Advocates Network* em diferentes etapas do fluxo de trabalho.

2.3.4. O pilar/fluxo de trabalho Conector de Sistemas de Saúde

Liderado pela OMS, BM e Global Fund, em parceria com a Unicef e a GFF, o pilar horizontal Conector de Sistemas de Saúde (CSS) visa garantir recursos técnicos, operacionais e financeiros de suporte os sistemas de saúde na resposta à pandemia. A sua horizontalidade deriva da previsão de influência sobre os demais pilares do programa, para qual os critérios nunca foram propriamente detalhados. Na idealização inicial do programa, seu objetivo e previsão orçamentária não estavam bem delimitados e o seu trabalho era definido apenas como “para garantir que essas ferramentas cheguem às pessoas que precisam delas” (ACT-A, 2020b, p. 3, tradução nossa). A primeira definição explícita do que seria o CSS foi apresentada no

plano estratégico de 2020/2021, no qual o seu objetivo passa a ser “permitir a implantação efetiva das ferramentas contra a covid-19 e a prestação de serviços essenciais de saúde, e fornecer EPI e oxigênio para quem precisa” (ACT-A, 2020c, p. 12, tradução nossa).

Isso significou principalmente a disseminação de informações a equipes de resposta, o financiamento e auxílio técnico para elaboração de planos de resposta em sistemas de saúde locais, o monitoramento de estatísticas relacionadas a respostas locais da covid-19, que resultou no banco de dados (World Health Organization, [c2023]) e na aquisição de equipamentos de proteção pessoal (EPPs), que totalizaram até 2023 um investimento de US\$ 736 milhões (ACT-A, 2023c). Como já ressaltado, inicialmente o seu escopo também incluiu a entrega de oxigênio, porém essa demanda foi transferida ao Tx em 2021. No documento de apresentação da governança do ACT-A, publicado em março de 2021, o pilar também foi identificado como um fluxo de trabalho horizontal, similar ao fluxo de trabalho Acesso & Alocação (ACT-A, 2021f), porém nenhuma outra menção a essa nova organização e as suas implicações foi realizada ao longo das demais publicações, que mantiveram o pilar nomeado como tal e associado aos demais.

Exceto nos primeiros meses de existência, o pilar foi o que teve a maior lacuna de financiamento (ACT-A, 2022a), apesar de ocupar o segundo lugar na distribuição de recursos por pilar com US\$ 2,4 bilhões recebidos (ACT-A, 2023a). Esse valor foi incumbido à OMS, já apresentada no capítulo 2, e ao Global Fund, apresentado na seção acima. Além desses, esteve presente também o Banco Mundial, que é a maior organização internacional de financiamento ao desenvolvimento fundada em 1944 parte das conferências de Bretton Woods e tem um longo histórico como investidos da saúde global (World Bank, [s. d.]), sendo hoje a OI que mais financia iniciativas em saúde ao redor do mundo. A GFF é uma organização sediada pelo BM desde 2015, focada especificamente no financiamento de iniciativas para a saúde e direitos de mulheres, crianças e adolescentes em 36 LICs e LMICs (GFF, [c2022]). Entre as suas abordagens estão o suporte para a construção de sistema de saúde resilientes, iniciativas de segurança alimentar e nutrição, entre outros tópicos caros à saúde global.

2.4. Avaliações e percepções do ACT-A

Apesar da virada estratégica e dos resultados alcançados, persistiu ao longo do seu tempo de atuação a percepção de que o ACT-A teria um escopo limitado. De acordo com a avaliação externa conduzida pela Open Consultants (2022) a pedido do ACT-A FC, ainda que a maioria dos respondentes (58,3%) declarassem estar satisfeitos com o programa, dois-terços

(65,3%) acreditam que ele não deveria ser replicado futuramente. As razões mencionadas “incluíam a limitada coordenação entre e dentro dos pilares, a insuficiente possibilidade de prestação de contas, o envolvimento significativamente limitado dos países de baixa e média renda e dos órgãos regionais, além do foco insuficiente na entrega dos insumos” (OPEN CONSULTANTS; ACT-A FC, 2022, p. 10, tradução nossa). A eles somam-se críticas quanto à escassez de recursos, à estratégia adotada e ao foco excessivo em medidas de curto prazo, que negligenciam abordagens estruturais e sustentáveis às ESPIIs (Souza; Buss, 2021; Stein, 2021; Ventura; Giulio; Rached, 2020). Nessa seção, serão apresentados os principais resultados das duas avaliações realizadas como demanda do ACT-A, complementados por percepções do programa no contexto da GSG.

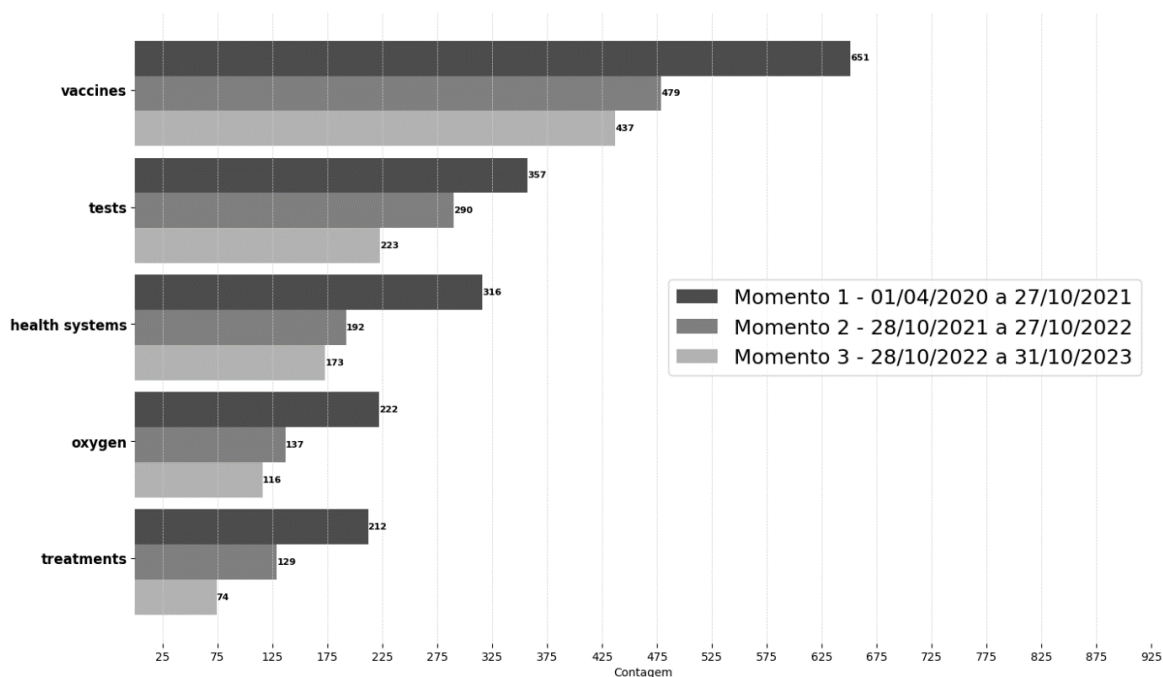
A primeira revisão compreensiva do programa por um agente externo foi publicada pelo ACT-A em outubro e veiculava o parecer realizado pela empresa de consultorias políticas norte-americana Dalberg. O seu propósito era considerar “as conquistas, melhores práticas, desafios e lacunas do mecanismo do ACT-A como base para elaborar recomendações visando aprimorar seu trabalho futuro e se adaptar às necessidades em constante mudança” (ACT-A; Dalberg, 2021, p. 8, tradução nossa). Com os resultados obtidos foram elaboradas uma série de recomendações em diversos escopos do programa para que fossem incorporadas no próximo plano estratégico. Um novo relatório foi produzido pela Open Consultants, a empresa de consultoria em política internacional alemã que realizou uma avaliação externa a pedido do ACT-FC. Através de entrevistas, questionários e análises documentais, o documento tinha a intenção “de fornecer aprendizados para soluções institucionais para melhorar o acesso equitativo global a contramedidas médicas (CMMs) no futuro” (ACT-A; Open Consultants, 2022, p. 8, tradução nossa).

Quanto ao desempenho dos pilares, a pesquisa de outubro de 2022 revelou que a maioria dos respondentes estava satisfeito com a ação dos pilares no decorrer da atuação do ACT-A⁵⁵, ainda que importantes desafios tenham sido enfrentados que ameaçam esse resultado (ACT-A; Open Consultants, 2022). A COVAX foi o pilar que recebeu maior mobilização no debate sobre a resposta global à covid-19, ainda que as percepções sobre a sua efetividade pudessem ser díspares. Dentro do próprio ACT-A, as palavras *vaccines* e *COVAX* foram a segunda e terceira mais citadas, com respectivamente 5066 e 4022 menções no total de documentos da BDs (Almeida; Cabral, 2024). As vacinas também foram o insumo mais mencionado em todos os

⁵⁵ Segundo o relatório, “o nível mais baixo de satisfação foi reportado entre acadêmicos (33.4%) e OSCs (41.2%)” (ACT-A; Open Consultants, 2022, p. 45, tradução nossa).

momentos, como demonstra o **Gráfico 7**. De acordo com a avaliação externa de 2022, ainda que a capacidade de aceleração produtiva do pilar fosse mediana (5,5 em 10), o desempenho na provisão de vacinas AMC 92 foi o mais bem avaliado entre os pilares (7,5 em 10) (ACT-A; Open Consultants, 2022).

Gráfico 7 – Número de menções na BDs a insumos produzidos pelos pilares por momento do ACT-A



Fonte: Elaboração nossa com base na BDs

Entretanto, os mecanismos de financiamento da COVAX foram alvo de críticas significativas pela sua incapacidade de atingir os objetivos iniciais ainda que com mais amplo financiamento e por indicar mecanismos pouco adaptados para contemplar organizações não-governamentais focadas em respostas locais à covid-19 (ACT-A; Open Consultants, 2022). Além disso, o relatório de 2021 acreditava que seus objetivos haviam sido pouco ambiciosos para LICs e LMICs, agravado pela inabilidade em lidar com a preferência dos HICs a tomar o mercado com acordos bilaterais (ACT-A; Dalberg, 2021). Segundo o relatório, a COVAX falhou em mitigar esse processo pois havia poucas alternativas estratégicas de convencimento, resultando em um cenário no qual

os HICs renda não apenas se juntaram ao [mecanismo] como participantes autofinanciados, mas também garantiram acesso direto às primeiras doses, antes que a COVAX tivesse levantado fundos suficientes desses mesmos países para cobrir suas próprias aquisições e pudesse firmar contratos para garantir doses para participantes de baixa renda (ACT-A; Dalberg, 2021, p. 22, tradução nossa).

Ao final de dois anos de atuação, assim que as doses acordadas bilateralmente chegaram e a cobertura de vacinal deixou de ser uma questão emergencial, a adesão dos HICs à *COVAX Facility* diminuiu drasticamente e debilitou em grande medida a habilidade do mecanismo em desenvolver o papel de formador de mercado como era esperado inicialmente (ACT-A; Open Consultants, 2022). O seu maior foco estratégico foi, então, os LICs e LMICs, que receberam respectivamente 89.5% e 14.8% das doses distribuídas pela COVAX até outubro de 2022 (ACT-A; Open Consultants, 2022). Entretanto, mesmo quanto a sua estratégia foi adaptada para priorizar L/MICs no segundo momento, os recursos esperados da COVAX não foram suficientes para garantir a cobertura vacinal dos AMC92 como esperado, levando o pilar a renovar suas estratégias de financiamento e focar na entrega e no desenvolvimento de planos nacionais de vacinação a partir de uma padronização de resposta.

O pilar Tx, assim como o Dx, teve avaliação mediana com desempenho similar no que diz respeito às avaliações produzidas. Em especial no Tx, segundo os relatórios, o trabalho de P&D foi prejudicado inicialmente pelos desafios do contexto de calamidade no qual a realização de novas pesquisa deveria coexistir com a gestão da emergência em sistemas de saúde ao redor do mundo (ACT-A; Dalberg, 2021; ACT-A; Open Consultants, 2022). Isso, combinado à ausência de soluções inovadoras para o tratamento contra a covid-19, transformou o escopo do programa para incluir a distribuição de oxigênio e para reajustar a sua meta de fornecimento de insumos de 245 para 100 milhões (ACT-A, 2021b, 2021c). Porém, ainda assim o pilar permaneceu distante do seu objetivo. Além disso, a falta de coordenação entre os *stakeholders* líderes e a constante insuficiência de financiamento prejudicaram os investimentos em CMMs, levando o programa a ser avaliado em 4.5 para o desenvolvimento de novas tecnologias e entre 5 e 6 para a entrega de medicamentos e oxigênio, quesito no qual foi melhor avaliado (ACT-A; Open Consultants, 2022).

Por sua vez, para o pilar Dx, o desenvolvimento de tecnologias em P&D foi realizado de maneira mais rápida do que nos demais pilares, por isso logo pôde se concentrar nos demais pontos dos fluxos de produção dos quais, em 2021, a redução de preços era sinalizada como a mais urgente por *stakeholders* dos países contemplados (ACT-A; Dalberg, 2021). Nesse sentido, a pesquisa aponta que naquele momento a compra e entrega de insumos pelo pilar estava aquém dos objetivos estabelecidos nos planos estratégicos para 2020/2021, em si considerados insuficientes (ACT-A; Dalberg, 2021). Além disso, o relatório apontava que o apoio focado na distribuição de insumos também era insuficiente em relação à demanda global e não existiam, até então, estratégias de aprimoramento para essa deficiência (ACT-A; Dalberg, 2021). Ainda assim, a sua nota no desenvolvimento de novas tecnologias e entrega foi 6.5 e 6,

respectivamente (ACT-A; Open Consultants, 2022), e o seu apoio para a construção de infraestruturas domésticas para produção de insumos superou as expectativas iniciais (ACT-A; Dalberg, 2021).

Finalmente, o CSS foi o pilar de pior performance, considerado disfuncional e fracassado em seus objetivos e alvo da pior avaliação na pesquisa da Open Consultants (2022): obteve 3.5 entre todos os respondentes pelo o seu papel fortalecendo sistemas de saúde e respostas domésticas e 5 pela atuação na proteção e profissionais de saúde. O relatório da Dalberg relatava que existia uma disputa inicial para o estabelecimento do escopo do pilar, que se encontrava em um limbo entre a “resposta emergencial (fornecimento de commodities e prontidão do país para absorver as ferramentas) e o fortalecimento dos sistemas de saúde (construção de sistemas mais amplos)” (ACT-A; Dalberg, 2021, p. 25, tradução própria). Como já discutido, a sua própria natureza como pilar ou fluxo de trabalho esteve em xeque entre 2021 e 2022, o que dificultou a delimitação de objetivos e a transparência quanto ao que de fato estava sendo realizado.

Houve também pouca coordenação entre o pilar e as estratégias de respostas a emergências já estabelecidas, como o Programa de Emergências em Saúde da OMS (WHE, *World Health Emergencies*), em contraste com a ativa participação do time da parceria CUS (ACT-A; Dalberg, 2021). Essa demanda foi respondida já no próximo plano estratégico, que cita a integração ao WHE da OMS e a inclusão de disposições sobre a preservação dos direitos humanos e da igualdade de gênero das políticas implementadas (ACT-A, 2021c). Outrossim, essa tendência se estendeu à falta de atividade do pilar como conector entre os demais pilares na preparação de sistemas de saúde nacionais. Além disso, a transferência da gestão das políticas de oxigênio para o Tx transpareceu o descontentamento da atividade do CSS para responder às crescentes crises nas circunstâncias da primeira onda de covid-19 (ACT-A; Dalberg, 2021). Ou seja, o êxito do pilar esteve, principalmente, na produção e divulgação de conhecimento e informações relevantes, que não foi uma atividade avaliada pelo último relatório, e na proteção de profissionais de saúde.

De forma geral, o modelo descentralizado criado para garantir a autonomia necessária aos agentes co-convocadores em um contexto que demandava ações rápidas e que, portanto, dependia de estruturas já estabelecidas internamente pelos co-convocadores (ACT-A; Dalberg, 2021). Segundo a pesquisa do Open Consultants (2022), 66% dos entrevistados acreditam que o modelo adotado era o mais adequado no momento em que o ACT-A foi idealizado e implementado. Entretanto, em ambas as pesquisas muitos dos entrevistados acreditavam que essa descentralização gerou efeitos importantes para a coordenação do programa e a definição

de seu escopo e estratégias. Por exemplo, o ACT-A FC não tinha um propósito claro e tinha pouca coordenação com o GD, o Hub Executivo ou com os pilares, que não conseguiu se manter atualizado nas diversas tarefas realizadas pelos agentes co-convocadores e causa incoerências na gestão do programa (ACT-A; Dalberg, 2021; ACT-A; Open Consultants, 2022). Segundo a avaliação externa da Open Consultantes (2022), 62% dos respondentes indicavam que a segregação de atividades entre pilares e a falta de uma coordenação executiva gerou atrasos e problemas significativos para a prestação de contas do programa.

Entre os pilares foi significativa a ausência de estratégia que conectassem as agências líderes para que fossem supridas demandas de colaboração conjunta. A iniciativa que melhor articulou os pilares foi, segundo a Dalberg (2021), o *COVID-19 Response Mechanism* do GFF (C19RM), estabelecido em abril de 2020 para auxiliar os países na resposta à covid-19 (que recebeu a maior parte dos recursos), na adaptação de programas de combate à tuberculose, malária de HIV/AIDS em decorrência da ESPII e para o fortalecimento dos sistemas de saúde nacional. No total foram US\$ 3,6 bilhões alocados em 107 países e 18 programas multinacionais em uma estratégia que envolvia, além do CSS, o Tx e o Dx (ACT-A; Dalberg, 2021). Ainda assim, de acordo com as informações coletadas pela Open Consultants (2022), a falta de relações históricas entre os líderes de cada pilar proporcionou poucos caminhos para que eles trocassem informações e planos dentro e entre pilares, especialmente no caso do CSS. Desse contexto, resultou também a falta de permeabilidade que as contribuições da Plataforma de representação da comunidade civil ou mesmo das associações manufatureiras foram notadas ao decorrer do trabalho do programa (ACT-A, 2023b; ACT-A; Dalberg, 2021; ACT-A; Open Consultants, 2022).

Quanto a legitimidade no programa em relação aos países que foram contemplados, em especial LICs e LMICs, a grande maioria reconhece que o ACT-A desempenhou um papel importante no acesso emergencial aos insumos de saúde para a covid-19. Porém as escassas oportunidades de engajamento na sua elaboração estratégica e a sua não-representatividade em agentes co-convocadores resultou em uma solução que o distanciaram de necessidades locais e geraram uma baixa noção de pertencimento (ver **Quadro 8**). Por exemplo, as dificuldades na realização dos objetivos de entrega e o atraso na priorização de políticas emergências para o fornecimento de oxigênio são consequências atribuídas à falta de participação de LICs e LMICs na definição dos planos estratégicos do programa (ACT-A; Open Consultants, 2022). Outro exemplo foi que, segundo o relatório de 2021, 15 dos 24 países membros do ACT-A FC são identificados como HICs e, mesmo após a reforma na qual foram incluídos seis novos países, a

participação de países de baixa e média renda continuou a ser considerada baixa por mais da metade dos entrevistados no relatório de 2022 (ACT-A; Dalberg, 2021; ACT-A; Open Consultants, 2022). Nesse contexto, os LICs e LMICs

deram exemplos de serem incluídos tardiamente em determinados processos, o que dificulta a contribuição sem a mesma exposição prévia, ou de serem incluídos somente depois que as decisões ou ações são tomadas.¹⁶⁹ Os países doadores levantaram preocupações sobre o fato de os L/MICs serem menos expressivos em fóruns de grupos, enquanto os representantes dos L/MICs explicaram que pode ser politicamente difícil contribuir, especialmente para levantar críticas, enquanto estiverem em uma posição de receber apoio (ACT-A; Dalberg, 2021, p. 41, tradução nossa).

Quadro 8 – Agentes co-convocadores por tipo e país da sede

Nome	Tipo	Sede
OMS	Multilateral	Suíça
BM	Multilateral	Estados Unidos
Unicef	Multilateral	Estados Unidos
Unitaid	Multilateral	Estados Unidos
GFF	Multilateral	Estados Unidos
FBMG	Filantropica	Estados Unidos
GAVI	OING	Suíça
Global Fund	OING	Estados Unidos
Wellcome Trust	Filantropica	Reino Unido
FIND	OING	Suíça
CEPI	OING	Noruega

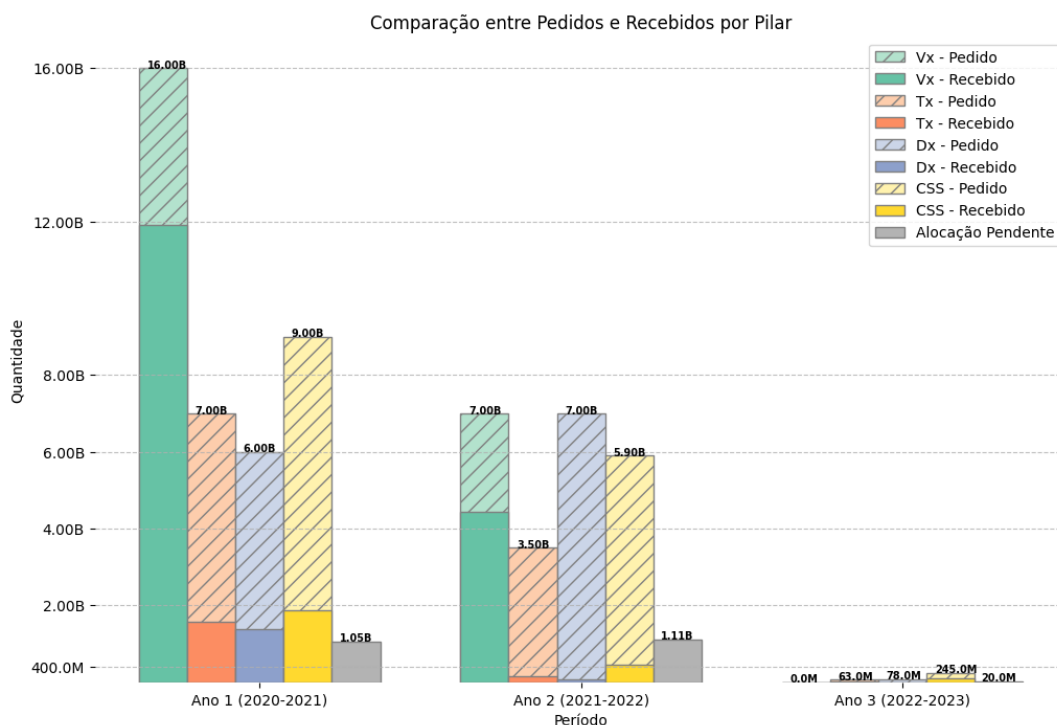
Fonte: Elaboração nossa.

A questão do financiamento ocupou um espaço igualmente importante nos relatórios publicados, em especial na distribuição de recursos entre pilares e na permanente insuficiência de financiamento. Para a pesquisa da Dalberg (2021), a criação de planos orçamentários conjuntos não significou um fundo compartilhado, mas cada agente co-convocador recebeu recursos através dos seus meios próprios. Além disso, não houve uma estratégia verdadeiramente unificada de *advocacy* que introduzisse as necessidades e oportunidades do ACT-A aos potenciais investidores (ACT-A; Dalberg, 2021). Em consequência, o modelo *fair share* teve pouca receptividade entre os países, sendo somente 12 países os que atingiram mais de 30% do total pleiteado – desses apenas a Alemanha (112%), a Noruega (116%) e o Canadá (114%) doaram o total pedido (ACT-A, 2023a). As conclusões do relatório da Dalberg foram que

havia uma delimitação limitada de funções e responsabilidades entre o Grupo de Trabalho Financeiro, o Grupo de Trabalho de Mobilização de Recursos e as equipes de mobilização de recursos das diferentes agências. Como resultado, as equipes de mobilização de recursos usavam diferentes ferramentas de comunicação durante a divulgação aos doadores, o que muitas vezes resultava em mensagens confusas ou contraditórias e prejudicava o espírito colaborativo do ACT-A (ACT-A; Dalberg, 2021, p. 56, tradução nossa).

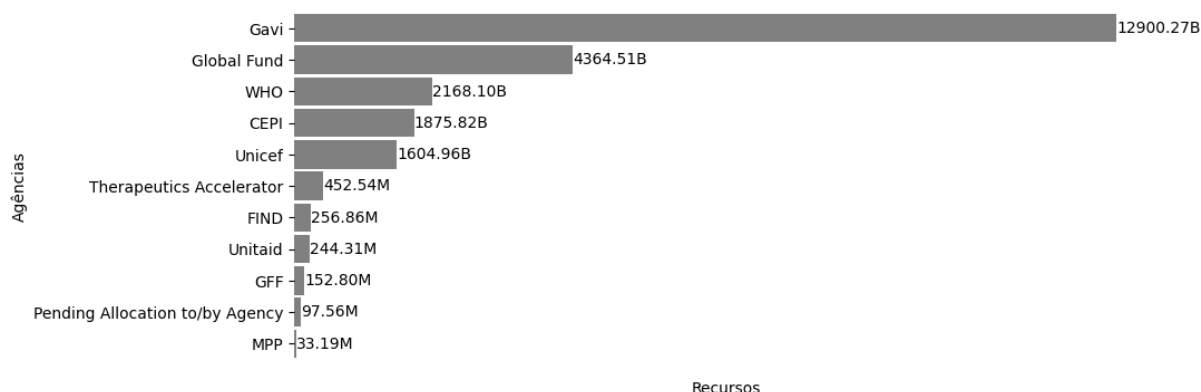
Esse resultado refletiu-se na pesquisa da Open Consultants (2022), que relatava que a má distribuição de recursos entre pilares contribuiu para que muitos dos objetivos estabelecidos não fossem alcançados plenamente, ainda que o modelo *fair-share* tenha sido avaliado positivamente. Isso significou uma grande discrepância entre os recursos por pilar, como pode ser visto no **Gráfico 8**⁵⁶, e por *stakeholder* (**Gráfico 9**). Ambos os gráficos demonstram como os demais pilares foram subfinanciados quando comparados ao pilar Vx, em especial à GAVI, independentemente do pedido orçamentário. Essa discrepância foi sentida pelos agentes co-convocadores e pelos países que receberam os recursos, principalmente na alocação de recursos por pilar que determinou quais insumos e estratégias seriam priorizadas sem necessariamente levar em consideração as necessidades daqueles mais afetados.

Gráfico 8 – Orçamento, doações e lacunas de financiamento por pilar e período orçamentário



Fonte: Elaboração nossa com base em ACT-A (2020e; 2021c; 2022b; 2023a).

⁵⁶ Os dados recolhidos para a elaboração desse gráfico foram retirados do primeiro plano estratégico de cada período orçamentário, para serem comparados com os dados recolhidos pelo *ACT-A Commitment Tracker*.

Gráfico 9 – Distribuição de recursos por agente co-convocador

Fonte: Elaboração nossa com base em ACT-A (2023a).

Como resultado, no relatório de 2022, “aproximadamente metade dos respondentes (48.7%) discordavam que o financiamento mobilizado nos eventos de doação do ACT-A ou em torno deles foi alocado adequadamente” (ACT-A; Open Consultants, 2022, p. 38, tradução nossa). O orçamento em si foi reajustado em diversos momentos, em parte para se adequar aos momentos de revisão do plano estratégico do programa, porém também como resposta à constante lacuna de financiamento, em especial no primeiro ano orçamentário ou primeiro momento (**Tabela 3**). Nesse sentido, a maior parte dos agentes co-convocadores (63.7%) indicaram que os recursos não chegaram com a velocidade necessária para garantir um financiamento constante e os resultados esperados (ACT-A; Open Consultants, 2022). Parte desse contexto se deve à escolha política dos HICs por estratégias nacionais ou regionais, em um processo que veio a ser nomeado como nacionalismo vacinal (Eccleston-Turner; Upton, 2021; The Independent Panel, 2021). Esse limitou o escopo do trabalho do ACT-A, porém ambos os relatórios indicam que o programa não conseguiu apresentar soluções para que esse problema fosse mitigado.

Tabela 3 – Orçamento por pilar e período orçamentário, incluindo adaptações

Período orçamentário	Referências	Pilares			
		Vx	Tx	Dx	CSS
2020/2021	(ACT-A, 2020b, p.2)	18.1	6	7.2	-
	(ACT-A, 2020e, p. 17)	16	6	7	9
	(ACT-A, 2021b, p.45)	11.7	9.7	3	7.9
2021/2022	(ACT-A, 2021c, p. 35)	7	7	3.5	5.9
	(ACT-A, 2022d, p. 28)	5.98	4.73	2.48	3.65
2022/2023	(ACT-A, 2022b, p. 37)	-	0.078	0.063	0.245

Fonte: Elaboração nossa com base em ACT-A (2020b, p. 2; 2020e, p. 17; 2021b, p. 45; 2021c, p. 35; 2021d, p. 28; 2022b, p. 37).

2.5. Conclusões

Esse capítulo esteve dedicado a apresentar o ACT-A como uma estratégia de resposta a emergências sanitárias, ressaltando elementos estratégicos e estruturais que colocam a sua governança como parte da GSG. Está evidente que o programa absorveu muitas das premissas da GSG e SSG apresentadas no Capítulo 1, como a ideia do risco compartilhado pela globalização, a necessidade de uma estratégia global à emergência em saúde e o princípio de parcerias que envolver agentes tanto públicos quanto privados na elaboração dessas soluções. Nesse quesito, o programa foi relativamente bem recebido pelas principais avaliações, nas quais os *stakeholders* ressaltavam que o seu trabalho era necessário (ACT-A; Dalberg, 2021) e teve impacto no suprimento de países de baixa e média renda (ACT-A; Open Consultants, 2022). O programa também foi resiliente ao adaptar os seus objetivos e abordagens para novas demandas apresentadas pelo contexto em evolução, que transformou uma estratégia *ad hoc* para durar 18 meses em uma resposta de um pouco mais de três anos.

Todavia, esteve evidente de igual maneira que o ACT-A incorporou os desafios da GSG e da SSG que interpelaram as soluções apresentadas de maneira a constranger os seus objetivos. A sua constante readaptação não significou, por exemplo, que a cobertura para LICs e LMICs foi completamente atingida, principalmente nos prazos estipulados. A sua organização não estruturada e a lacuna de participação percebidas por LMICs e CSOs fez com que muitas deficiências não fossem identificadas ou soluções não fossem encontradas para as comunidades mais vulneráveis. Esse cenário esteve evidente através das conclusões similares dos relatórios de avaliação produzidos em dois momentos distintos, o que indica que a PGPP pouco se adaptou ou não conseguiu responder aos problemas que, em consequência, acabaram por se estender ao longo dos seus anos de atuação. Um desses problemas foi a constante insuficiência de financiamento, que persistiu nas três viradas estratégicas, assim como a desproporcionalidade na atribuição de recursos entre pilares e entre agentes co-convocadores. Esses desafios em vista ao escopo maior da GSG coloca o ACT-A na posição singular para entender a resposta a ESPIIs dentro do SSG como esses estão estabelecidos hoje.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez analisado tanto o contexto de construção da GSG e da SSG no sistema internacional quanto o ACT-A, é possível tecer conclusões a respeito das conexões entre eles. Essas conclusões instigam novas demandas de trabalho e apresentam oportunidades para que sejam aprofundadas as discussões sobre a área da saúde global de maneira mais ampla no campo das RI. A partir dela, pode-se inferir que o ACT-A representa uma porta de entrada singular ao tema e à sua associação com as RI, já que o programa representou "o esforço global mais rápido e mais coordenado da história para desenvolver ferramentas para combater uma doença" (ACT-A, 2021f, p. 1, tradução nossa), e foi “amplamente reconhecido [como] uma iniciativa inovadora que teve papel fundamental no avanço do acesso às ferramentas para a covid-19” (ACT-A, 2022b, p. vi, tradução nossa). A sua contribuição é também crítica se levarmos em consideração as diversas questões que foram levantadas ao programa ao longo dos seus três anos de atividade. Se o ACT-A é entendido pelos seus idealizadores como um “bem público global” (ACT-A, 2021a), e se a globalização é a *raison d’être* da concepção hegemônica de GSG e SSG que organiza o ACT-A, é necessário reconhecer os impactos da demanda universalista da governança global (Birn, 2011; Murphy, 2005) também através do programa.

Em primeiro lugar, ao apresentar o caso em seus elementos e premissas fundacionais, é possível identificar aspirações da ordem hegemônica que o constrange na sua relação com a GSG e com a SSG e impactam os seus objetivos e conquistas conforme eles são construídos em suas práticas e racionalidades. O ponto de partida mais apropriado para essa investigação é, possivelmente, a estratégia de gestão de recursos adotada pelo programa, que reflete elementos fundamentais do financiamento de programas da GSG. Mesmo com o total de US\$ 24,151 bilhões recebidos em investimento através dos seus três anos de funcionamento, em efetivo um dos maiores esforços globais de resposta a emergências em saúde, a PGPP foi encerrada com um total arrecadado aproximadamente 30% menor do que o orçamento inicial que esteve entre US\$ 31,3 bilhões (ACT-A, 2020b) e US\$ 38 bilhões (ACT-A, 2020e). Como demonstrado no **Gráfico 8** do capítulo 2, o orçamento pleiteado pelos pilares nunca foi plenamente alcançado. Em especial durante o segundo momento, no pior dos casos (o pilar Dx) a lacuna de financiamento chegou a ser de 99%. Além disso, aproximadamente 73% do investimento total foi recebido durante o primeiro momento e 53% alocado apenas na GAVI, como demonstra o **Gráfico 9**.

Além das constantes revisões orçamentárias demonstradas na **Tabela 2**, isso significou que, para uma parceria, a distribuição do escasso financiamento não foi realizado de maneira

equitativa. O caso da GAVI evidencia que a distribuição de influência na alocação dos recursos também trabalhar para a erosão da prerrogativa de liderança da OMS ou outros mecanismos multilaterais de primazia pública (Back; Nascimento, 2020; Rached; Ventura, 2017). O caso da OMS é especialmente interessante pois, sendo a única agente co-convocadora mencionada como líder ou participante em todos os pilares, essa liderança não foi traduzida em termos orçamentários. Também não o foi na governança, uma vez que a ausência de uma liderança executiva unificada foi um fator prejudicial à execução do programa para ambas as avaliações produzidas (ACT-A; Dalberg, 2021; ACT-A; Open Consultants, 2022). Nesse sentido, o ACT-A reforça a conclusão de que, ao esvaziar a OMS de suas prerrogativas, o compromisso de liderança normativa, democrática e de *accountability* também é enfraquecido.

A prova cabal é que, mesmo recebendo sozinha cerca de dois-terços do orçamento total, a *COVAX Facility* não conseguiu alcançar os objetivos de entrega dentro dos prazos estipulados (ACT-A; Open Consultants, 2022). A proposta de complementariedade entre os mecanismos de autofinanciamento o mecanismo dos AMCs não se concretizou como esperado. A promessa de uma solução para as dificuldades de financiamento equitativo impostas pela emergência esteve limitada à adesão dos HICs que, mesmo com as *fair shares*, preferiram estratégias nacionais ou regionais, em um processo que ficou conhecido como nacionalismo vacinal (Eccleston-Turner; Upton, 2021; The Independent Panel, 2021). Por exemplo, a suspensão do fornecimento de doses ao programa por empresas como o *Serum Institute of India*, que licenciou a Oxford-AstraZeneca através da COVAX, para priorizar a demanda nacional teve um grande impacto na disponibilidade de doses e no seu formador de mercado (Burki, 2021). Mesmo os que aderiram à COVAX optaram por também buscar acordos bilaterais – conhecidos como *Operational Purchase Agreements* (OPAs) –, tornando o pilar incapaz de regular os preços no mercado de maneira eficaz (Stein, 2021; Usher, 2021). Ademais, países como os Estados Unidos, o Reino Unido, o Chile e os países da União Europeia, compraram por OPAs quantidades muito além da sua real necessidade (Burki, 2021; Stein, 2021; Usher, 2021).

O resultado dessa política foram altos custos políticos e o comprometimento do cronograma de financiamento, transformando a COVAX do planejado “clube de compradores” para controle de preços em um mecanismo de garantia para os HICs (Stein, 2021). Ademais, pela sua natureza, mesmo com os baixos estoques da vacina, a COVAX se viu obrigada a dedicar uma em cada cinco doses aos HICs que haviam investido inicialmente (Usher, 2021) no primeiro momento. Quando feita a mudança estratégica no segundo momento, o mecanismo só pôde oferecer uma solução ainda mais subfinanciada e distante das estratégias dos HICs. Enquanto isso, as deficiências do AMC, que foi apresentado como uma solução “compatível

com o mercado” para o financiamento de iniciativas que contemplassem LICs e LMICs, revelam a prevalência de políticas de uma aliança que “privatiza o lucro e socializa o risco” (Eccleston-Turner; Upton, 2021, p. 433, tradução nossa). Ou seja, as farmacêuticas garantiram o investimento inicial para potenciais candidatas e a demanda por compras em altas quantidades, enquanto os Estados aderentes continuaram à mercê das precificações do mercado e dos prazos relativos à disponibilidade de vacinas que não haviam sido negociadas bilateralmente com HICs (Eccleston-Turner; Upton, 2021; Usher, 2021).

Essas discrepâncias entre o proposto e o conquistado e entre o pedido e o recebido, em especial entre pilares e agências, é relevante também para demonstrar outro grande desafio da PGPP: a prestação de contas. Autores como Eccleston-Turner e Upton (2021) e Souza e Buss (2021) já apontavam para a falta de transparência na tomada de decisão, que seria relatada também no relatório de avaliação da Open Consultants (2022). Existiram uma série de lacunas nos documentos publicados, como informações sobre o destino dos insumos, principalmente nos AMC92, sobre a cadeia de produção e distribuição dentro da governança de cada agente participante, sobre a participação de outros agentes em parcerias com os co-convocadores, entre outras. Ademais, as informações quanto à origem e ao destino dos recursos alocados compartilhadas no *ACT-A Commitment Tracker* (2023) foram por vezes incompletas, de difícil compreensão ou verificação quando associadas como, por exemplo, o não correspondente detalhamento do orçamento entre pilares e o total declarado de doações. A responsabilidade de prestação de contas do ACT-A esteve sobre o Conselho de Facilitação que, mesmo após a sua revisão, contou com pouca participação de LICs e LMICs e da voz de organizações da sociedade civil (ACT-A, 2022d, 2023b; ACT-A; Dalberg, 2021).

A falta de conexão entre os agentes e pilares também dificultou a transparência e a prestação de contas a respeito do realizado pelo programa. As informações foram centralizadas no Hub Executivo sob a responsabilidade da OMS que, como já mencionado, foi a única agência mencionada como parte de todos os pilares, porém o seu êxito também foi questionado. Esse desafio não foi superado com a revisão estratégica no segundo momento (Open Consultants, 2022), mesmo quanto às falhas do mecanismo e à falta de coordenação entre pilares já tinha sido ressaltada pela avaliação da Dalberg (2021). Portanto, a ausência de um mecanismo de governança estruturado justificada pela necessidade de uma rápida resposta emergencial não foi compensada pelas reuniões do ACT-A FC ou GD, como pretendido. E, assim como para o financiamento, a defesa de mecanismos público-privados descentralizados pela GSG contribuiu para precarizar a qualidade democrática do programa, visto que as diferentes políticas de prestação de contas, alocação de fundos, indicação de responsáveis e

disponibilização de informação não possibilitaram que o ACT-A convergisse em como uma parceria com abordagens unificadas.

Nesse sentido, o ACT-A salienta que a primazia de PGPPs e da complementação entre agentes públicos e privados na GSG não responde às dinâmicas deletérias que os diferentes tipos de poder infringem sob um determinado mecanismo, especialmente grave em respostas emergenciais a DIES. A ausência de uma coordenação comum de captação de recursos e de prestação de contas gerou discrepâncias significativas entre os agentes e, consequentemente, entre os insumos pleiteados. Outro fator foi a difícil responsabilização entre os agentes indicados, o caso mais evidente sendo o a FBMG⁵⁷ que contribui com diversas das OINGs da liderança do programa, foi nomeada como parte do GD, mas cujas responsabilidades na realização do ACT-A nunca foram esclarecidas. A ausência ou disfuncionalidade de um fórum de governança para o programa o transformou em um modelo sem rastros no qual a GSG se viu novamente à mercê da disposição de poderes institucionais e produtivos da SSG a instituições que não carregam a mesma demanda participativa que OIs, como seria o caso da OMS (Barnett; Finnemore, 2005; Ventura; Giulio; Rached, 2020).

Essas circunstâncias também contribuíram para que as prioridades estabelecidas estivessem fora do alcance daqueles que foram os maiores beneficiários do programa, em especial LICs e LMICs. A GSG enfrenta através do ACT-A o dilema da governança global descrito por Murphy (2005) em que as pretensões globalistas e, então, democráticas de participação, são cooptadas pela ordem neoliberal em um processo contínuo de marginalização. A baixa representatividade de L/MICs, e nesse sentido também de iniciativas de CSO, no aparato burocrático do ACT-A e das agências que o coordenaram foi sentida tanto no impacto pragmático do programa sobre os seus objetivos de equidade quanto no seu ideal anunciado de representatividade e legitimidade. A prevalência de lideranças do norte global através dos agente co-convocadores demonstrada no **Quadro 8** é uma parte dessa dinâmica, porém a outra, mais impactante, parte é a orientação orçamentária dentro do quadro de ação do ACT-A. A discrepância de financiamento entre pilares, independentemente do momento analisado, se

⁵⁷ A FBMG é o stakeholder de maior influência em PGPPs com a OMS desde os anos 1990 pelas doações reservadas a programas específicos (earmarked ou specified contributions). No biênio 2020-2021 doações filantrópicas representaram 8,62% do orçamento da OMS, sendo a FBMG responsável por 88,46% delas (WHO, 2023a). Nesse período, a fundação foi a segunda maior contribuinte para doações reservadas (US\$ 592,2 milhões), atrás apenas da Alemanha (WHO, 2023a). Além disso, a FBMG também é uma grande contribuidora para outras organizações relevantes da GSG como a GAVI, para a qual ela contribui cerca de US\$4 bilhões até hoje (GAVI, 2020b), e o Global Fund, com contribuições que chegam a US\$3 bilhões (Global Fund, 2023a).

traduziu em escolhas estratégias sobre a resposta à ESPIIs que responde mais às ansiedades de HICs sobre o contágio – vacinas via COVAX – do que às necessidades de desenvolvimento de países marginalizados – a construção e fortalecimento de sistemas de saúde nacional via CSS.

A discrepância entre as menções às vacinas e aos demais insumos demonstra essa conclusão (ver **Gráfico 7**), assim como a diminuição de termos como *development* e *equitable* no segundo momento do programa, uma vez que esses representam pautas importantes para LICs e LMICs, ditos alvos desse momento estratégico (ver **Gráfico 3**). Ou seja, é necessário considerar as provocações de Barnett e Duvall (2005) e Murphy (2005) sobre a influência do poder sobre a agenda e processo decisório das OIs e seus aparatos. O ACT-A serve de exemplo para elucidar a dinâmica de poder que coloca as iniciativas de resposta da GSG à mercê dos interesses dos seus maiores financiadores, mesmo que isso signifique desconsiderar as necessidades daqueles que são majoritariamente afetados, ou menos o alvo das políticas propostas. As discrepâncias entre pilares refletem essa dinâmica, da mesma forma que o discurso empregado ao longo dos momentos de atuação.

Essa prevalência também impactou a distribuição de recursos nos países e comunidades, como relatado pela avaliação da Open Consultants (2022), e a permeabilidade das estruturas criadas para além do seu caráter emergencial. Nesse quesito, o ACT-A não sana a histórica crítica de medidas de resposta à ESPIIs ciclótímicas, que não apresentam um plano estruturado que incluía oportunidades de construção de estruturas eficazes para além da emergência em si. Tal foco torna a resposta à covid-19 incapaz de propor respostas duradouras, que sanem os problemas identificados em circunstâncias não-emercenciais, lide com os impactos da globalização em populações constantemente vulnerabilizadas por emergências sanitárias (Birn, 2011; Ventura; Giulio; Rached, 2020). Nem mesmo o plano de transição realiza previsões duradouras de ações conjuntas para a criação de mecanismos de financiamento em sistemas de saúde previsíveis e sustentáveis, entre outras medidas de promoção da equidade necessárias (ACT-A; Open Consultants, 2022).

Por fim, talvez o argumento mais interessante sobre o programa, suas prerrogativas e consequências é aquele que o entende como parte da narrativa que associa a saúde global aos conceitos de segurança e risco representados pela SSG. De fato, o ACT-A esteve alinhado ao discurso da SSG na presença do risco e nas estratégias de mitigação desse risco, como a defesa do alinhamento entre as OIs e o setor privado, a prevalência de abordagens tecnicistas biomédicas ciclótímicas e, principalmente, na ideia da globalização, sua urgência imponente e seu potencial unificador. Nesse sentido, o discurso do programa esteve centrado na ideia de que "investir em uma solução global para acabar com a pandemia é um investimento sólido na

segurança da saúde global." (ACT-A, 2021a, p. 37, tradução nossa). Nisso apropriou-se de paradigmas do regime SSG que abastecem a GSG de premissas teóricas norteadoras desde os anos 1990 (Brundtland, 2003; Nunes, 2020b), em especial quanto às DIEs e DIRs. Delas destacam-se a relação interdependência-risco e a noção de emergência que, segundo Stein (2021), transformou o chamado para cooperação em vínculo semântico entre a saúde pública e o mundo corporativo, assim contribuindo para reforçar o *path dependency* em soluções financeirizadas.

Dedicado especificamente sobre a COVAX, o autor declara que ela “apresentou o fracasso corporativo como uma prioridade para a [GSG] e o risco corporativo como uma extensão direta do risco à saúde pública” (Stein, 2021, p. 5, tradução nossa). Nessa relação era apresentada como complementar, dado que os investimentos realizados na resposta à covid-19 respondiam ao compromisso de mercado com os países e empresas investidoras que, em candeia, responderiam às necessidades dos mais vulneráveis. Porém, como evidenciado nas avaliações (ACT-A; Dalberg, 2021; ACT-A; Open Consultants, 2022) e nas produções de Stein (2021) e Usher (2021), o resultado dessa estratégia de racionalização financeira do risco foi o interesse de curto prazo dos HICs, que coletaram sua parcela de doses e retornaram a medidas bilaterais que erodiram a capacidade do programa de acessar os insumos que ele mesmo pretendia garantir (Fidler, 2020).

Nos casos de investimentos essa relação racional-discursiva e as suas consequências estiveram evidentes para além da COVAX, compreendendo todo o escopo do programa. Se a proposta era que "abordagens globais [seriam] cruciais para otimizar o impacto e minimizar os riscos de desenvolvimento e os custos financeiros de novos testes, tratamentos e vacinas contra a covid-19" (ACT-A, 2020c, p. 31, tradução nossa), o contexto político encapsulou a resposta do ACT-A através de “ventos contrários ferozes contra o acesso global e equitativo à vacina, um objetivo que só foi alcançado com grande dificuldade quando as águas políticas eram menos turbulentas” (Fidler, 2020, p. 1, tradução nossa). Para os pilares Tx, Dx e, principalmente, CSS o resultado foi ainda mais efêmero, adequado à atenção escassa a eles alocados em estratégias de financiamento e captação de recursos, já que essas foram segregadas entre eles. Dos 102 documentos da BDo, o Recoll acusa que pelo menos metade (54) discutem o risco que a covid-19 apresentava associado à oportunidade de investimento do ACT. Além disso, o **Gráfico 3** ajuda a entender que, no ACT-A, o discurso sobre financiamento caminhou lado a lado àquele sobre a ameaça que a covid-19 representava, corroborando o alinhamento histórico da GSG às “forças do mercado” (Benatar; Daar; Singer, 2003; Murphy, 2005).

Nesse cenário a PGPP privatiza a sua concepção em nome de uma cosmovisão neoliberal na qual uma relação de valor desigual é estabelecida entre o risco privado e o público. Ou seja, apesar de associados o risco público enfrentado pelos LICs e LMICs é negligenciável em nome do risco privado das farmacêuticas (Stein, 2021). Assim sendo, se, segundo Young (Young, 1992, p. 161, tradução nossa), a “efetividade é uma medida do papel das instituições sociais em definir ou moldar o comportamento na sociedade internacional”, o ACT-A contribuiu para a financeirização da saúde global na medida em que a associação entre saúde e risco limitaram o seu escopo e o da OMS à especificidade da ordem hegemônica sob a qual estes vêm sendo imaginados. Nesse sentido, a crise neoliberal da pandemia de covid-19 foi responsável por privatizar riscos e impor soluções pouco sensíveis à distribuição de poder em diferentes contextos globais (Murphy, 2005; Nunes, 2020a). A generalização na qual PGPPs oferecem soluções melhores e mais adequadas à linguagem do risco na SSG também evidenciam as limitações impostas pelo neoliberalismo epidemiológico.

Em todos os aspectos supracitados, o ACT-A serve como exemplo para explorar as conexões entre a ordem hegemônica descrita por Cox (1992) e a GSG. As próprias avaliações positivas dedicadas ao programa pelo relatório da Open Consultants (2022) reforçam a ideia de que o programa esteve estrategicamente alinhado às expectativas dominantes em relação às ESPIIs. Mas o programa também serve como caso para explicitar as inerentes contradições que existem entre os objetivos e resultados da **boa** governança global, como defendido por Murphy (2005). Na questão da descentralização, que buscava autonomia e conseguiu ineficiência e falta de *accountability* no processo decisório, ou na deficiência dos AMCs que buscavam auxílio aos LICs e LMICs mas esteve refém dos HICs e seus interesses nacionais, essa incongruência esteve presente. Como já citado, o ACT-A continua a encontrar “aliados entre aqueles cujos meios de subsistência dependiam dos fluxos globais de bens e pessoas” (Murphy, 2005, p. 19, tradução nossa) e não necessariamente nas populações afetadas. E, como salienta Nunes (2020b), continua a distorcer as prioridades para longe de procedimentos verdadeiramente democráticos na SSG.

Finalmente, se foi fundante a ideia de que era necessária uma solução colaborativa e global para a covid-19, o diretor-geral da OMS Tedros Adhanom também reconhece no prefácio do relatório bianual que “sabíamos, pela nossa experiência com HIV, H1N1 e outras doenças, que as forças de mercado por si só não eram suficientes para desenvolver e fornecer vacinas, terapêuticas e diagnósticos de forma equitativa àqueles que mais precisavam deles” (ACT-A, 2022f, p. 3, tradução nossa). E se o ACT-A foi idealizado como uma alternativa a esse cenário, ele se provou ainda insuficiente para sanar as demandas do contexto político moderno em um

modelo ainda financeirizado e descentralizado. Então, o teor das críticas levantas ao programa compreendem a sua dimensão interna e organizacional, no sentido da relação antagônica entre seus objetivos e resultados proporcionada pelos meios e estratégias empregadas. Mais importante, compreendem uma crítica quanto ao paradigma da GSG e SSG vigente que limita a resposta à DIEs e manda sua superação. Essa consequência é ainda mais relevante quando se discutem mecanismos de resposta a pandemias e revisões do RSI que sanem as dificuldades enfrentadas durante a ESPIIs da covid-19. A redução de inequidades, a garantia dos direitos humanos e a captação ideológica dos mecanismos de participação civil ainda são temas disputados nessas novas estratégias (Ramos; Viegas; Ventura, 2023; Ventura *et al.*, 2022; Viegas; Ventura; Ventura, 2022), aos quais a experiência do ACT-A oferece *insights* e exemplos práticos.

O ACT-A, como estrutura da GSG, repete a dinâmica identificada por Murphy (2005), Rupert (2005), Ventura, Giulio e Rached (2020), Nunes (2020b) e tantos outros, na qual recoloca-se a dinâmica colonial ao responder às necessidades imediatas de economias desenvolvidas – nesse caso, frear o processo de contágio ao ponto que seus estabelecidos sistemas nacionais de saúde consigam absorver a demanda – supere a necessidade históricas de L/MICs – o fortalecimento de sistemas de saúde para que se tenha capacidade de absorção de infectados. Essa dinâmica precisa ser superada se mecanismos de cooperação em GSG serão satisfatórios para as eminentes novas emergências em saúde que se apresentam em um contexto no qual as formas de organização social se complexificam (Casti, 2012). Ainda, se o discurso que justifica o investimento em saúde é um risco compartilhado, as soluções em saúde que respondem à dinâmica capitalista de alívio do mercado se provam insuficientes para garantir a missão última do universalismo liberal fundante do conceito de governança global (Nunes, 2020a; Stein, 2021). Novas estratégias de justiça social e garantia de direitos (Birn; Muntaner; Afzal, 2017; Ventura; Aith; Rached, 2021; Ventura; Holzhacker, 2016) precisam tomar a frente do debate sobre resposta à DIEs na GSG e na SSG.

REFERÊNCIAS

- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator: A Global Collaboration to Accelerate the Development, Production and Equitable Access to New COVID-19 diagnostics, therapeutics and vaccines.** [S. l.: s. n.], 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator](https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator). Acesso em: 3 out. 2022.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **Access to COVID-19 tools funding commitment tracker.** [S. l.: s. n.], 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>. Acesso em: 26 jun. 2023.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT now, ACT together 2020-2021 Impact Report.** [S. l.: s. n.], 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-now-act-together-2020-2021-impact-report>. Acesso em: 7 ago. 2023.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Investment Case: Invest now to chance the course of the COVID-19 pandemic.** [S. l.: s. n.], 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-a-investment-case>. Acesso em: 3 out. 2022.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Outcomes Report, 2020-2022 (Incorporating Q3 Update).** [S. l.: s. n.], 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-outcomes-report--2020-22>. Acesso em: 30 maio 2023.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Prioritized Strategy & Budget for 2021.** [S. l.: s. n.], 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-a-prioritized-strategy-and-budget-for-2021>. Acesso em: 7 ago. 2023.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Quarterly Update Q2: 1 April - 30 June 2022.** [S. l.: s. n.], 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator--quarterly-update-q2--1-april---30-june-2022>. Acesso em: 3 out. 2022.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator: Status Report & Plan, September 2020 – December 2021.** [S. l.: s. n.], 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-status-report-and-plan>. Acesso em: 3 out. 2022.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Strategic Plan & Budget October 2021 to September 2022: Enhancing equity in access to COVID-19 tools.** [S. l.: s. n.], 2021c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-strategic-plan-budget-october-2021-to-september-2022>. Acesso em: 24 set. 2022.
- ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Transition Plan (01 October 2022 to 31 March 2023): Sustaining access to tools in the transition to long-term COVID-19 control.** [S. l.: s. n.], 2022c. Disponível em:

[https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-transition-plan-\(1-oct-2022-to-31-mar-2023\)](https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-transition-plan-(1-oct-2022-to-31-mar-2023)). Acesso em: 31 maio 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Transition Report (01 October 2022 to 31 March 2023)**. [S. l.: s. n.], 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-transition-report>. Acesso em: 30 maio 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ACT-Accelerator Urgent Priorities & Financing Requirements at 10 November 2020**. [S. l.: s. n.], 2020d. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/urgent-priorities-financing-requirements-at-10-november-2020>. Acesso em: 7 ago. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **ADDENDUM - ACT-A Transition Plan (01 October 2022 to 31 March 2023): Key learnings & perspectives from ACT-A Pillars and Partners to inform ongoing processes and discussions focused on strengthening the global health architecture for pandemic preparedness and response**. [S. l.: s. n.], 2022d. Disponível em: Acesso em: 31 maio 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **An economic investment case & financing requirements: September 2020 - December 2021**. [S. l.: s. n.], 2020e. Disponível em: Acesso em: 7 ago. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **Case for Private Sector Support: How and why to support the ACT-Accelerator, A guide for private sector donors**. [S. l.: s. n.], 2021d. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/case-for-private-sector-support>. Acesso em: 7 ago. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **Fair share model: 55 countries with fair share asks in 2022**. [S. l.: s. n.], 2022e. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-fair-share-asks---by-country>. Acesso em: 28 nov. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **Global COVID-19 Access Tracker**. [S. l.], 2023c. Disponível em: https://www.covid19globaltracker.org/#health_workers. Acesso em: 31 maio 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **How to fairly share the financing of the ACT-A - framework**. [S. l.: s. n.], 2021e. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-fairly-share-the-financing-of-the-act-a---framework>. Acesso em: 7 ago. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **Letter to the G20**. [S. l.: s. n.], 2020f. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/letter-to-the-g20>. Acesso em: 7 ago. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **The ACT-Accelerator: Two years of impact**. [S. l.: s. n.], 2022f. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/the-act-accelerator--two-years-of-impact>. Acesso em: 3 out. 2022.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **The Human Cost of COVID-19: ACT now, ACT together to accelerate the end of the COVID-19 crisis**. [S. l.: s. n.], 2020g.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/the-human-cost-of-covid-19>. Acesso em: 7 ago. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **What is the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator, how is it structured and how does it work?** [S. l.: s. n.], 2021f. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/act-a-how-it-works-at-6april2021.pdf?sfvrsn=ad5f829f_24&download=true. Acesso em: 22 nov. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator; DALBERG. **ACT-Accelerator Strategic Review: An independent report prepared by Dalberg.** [S. l.]: ACT-Accelerator, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-strategic-review>. Acesso em: 7 ago. 2023.

ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator; OPEN CONSULTANTS. **External Evaluation of the Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A).** [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-\(act-a\)](https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-(act-a)). Acesso em: 29 maio 2023.

ALBUQUERQUE, Marianna. Globalização da Saúde Pública: a Organização Mundial da Saúde e a cooperação na América do Sul. **Boletim OPSA**, [s. l.], v. 2, p. 7–16, 2020. Disponível em: http://opsa.com.br/wp-content/uploads/2017/01/Boletim_OPSA_2020_n2_abr-jun-1.pdf.

ALMEIDA, Celia. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, João Mácio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **Demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 2015. Disponível em: Acesso em: 21 jun. 2023.

ALMEIDA, Rafael de; CABRAL, Mariana. **May-cbcp/ghg_act-a: 1.0.0-alpha. versão pre-release.** [S. l.]: Zenodo, 2024. Disponível em: <https://zenodo.org/records/10536012>. Acesso em: 29 jan. 2024.

ANZALDÚA, Gloria. La conciencia de la mestiza / Rumo a uma nova consciência. **Estudos Feministas**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 704–719, 2005. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 7 dez. 2023.

BACK, Charlott; NASCIMENTO, Beatriz. Filantropocapitalismo e Saúde Global: o neoliberalismo da vida e da morte. **Mural Internacional**, [s. l.], v. 11, n. e48766, p. 16, 2020. Disponível em: Acesso em: 6 out. 2022.

BARNETT, Michael N.; DUVALL, Raymond (org.). **Power in global governance.** Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2005. (Cambridge studies in international relations, v. 98).

BARNETT, Michael N.; FINNEMORE, Martha. The power of liberal international organizations. In: BARNETT, Michael N.; DUVALL, Raymond (org.). **Power in global governance.** Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2005. (Cambridge studies in international relations, v. 98).

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: Rumo a uma Outra Modernidade**. 2^a ed. São Paulo: Editora 34, 2011. Disponível em: Acesso em: 20 jan. 2023.

BENATAR, Solomon R; DAAR, Abdallah S; SINGER, Peter A. Global health ethics: the rationale for mutual caring. **International Affairs**, [s. l.], v. 79, n. 1, p. 107–138, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1468-2346.00298>. Acesso em: 18 jan. 2023.

BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 13, n. 35, p. 21–38, 1999. Disponível em: Acesso em: 8 maio 2023.

BERRIDGE, Virginia; LOUGHLIN, Kelly; HERRING, Rachel. Global Health Governance: Historical Dimensions of Global Health Governance. **Global health governance discussion paper**; no.2, [s. l.], 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68935>.

BIRN, Anne-Emanuelle. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, [s. l.], 2011.

BIRN, Anne-Emanuelle; MUNTANER, Carles; AFZAL, Zabia. South-South cooperation in health: bringing in theory, politics, history, and social justice. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. suppl 2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001403001&lng=en&tlng=en. Acesso em: 7 jan. 2023.

BIRN, Anne-Emanuelle; PILLAY, Yogan; HOLTZ, Timothy H. **Textbook of global health**. 4 ed. New York, NY, United States of America: Oxford University Press, 2017.

BOOTH, Ken. **Theory of World Security**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007. Disponível em: Acesso em: 4 out. 2022.

BOOTH, Ken; VALE, Peter. Critical Security Studies and Regional Insecurity: The Case of Southern Africa. In: KRAUSE, Keith; WILLIAMS, Michael C. (org.). **Critical security studies: concepts and cases**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1997. (Borderlines, v. v. 8).

BRANNEN, Julia. Mixed methods research: a discussion paper. **NCRM Methods Review Papers**, [s. l.], v. 005, p. 30, 2007. Disponível em: <https://eprints.ncrm.ac.uk/id/eprint/89>. Acesso em: 6 dez. 2023.

BROWN, Theodore M; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 623–47, 2006.

BRUNDTLAND, Gro Harlem. Global Health and International Security. **Global Governance**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 417–423, 2003. Disponível em: https://brill.com/view/journals/gg/9/4/article-p417_2.xml. Acesso em: 3 out. 2022.

BRYMAN, Alan. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?. **Qualitative Research**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 97–113, 2006. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794106058877>. Acesso em: 6 dez. 2023.

BURCI, Gian Luca. Global health law: present and future. In: BURCI, Gian Luca; TOEBES, Brigit (org.). **Research Handbook on Global Health Law**. [S. l.]: Edward Elgar Publishing, 2018. Disponível em:

<https://china.elgaronline.com/view/edcoll/9781785366536/9781785366536.xml>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BURKI, Talha. Global COVID-19 vaccine inequity. **The Lancet Infectious Diseases**, [s. l.], v. 21, n. 7, p. 922–923, 2021. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309921003443>. Acesso em: 7 jan. 2023.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **RECIIS**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 351/519, 2010a. Disponível em:

<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/712/1357>. Acesso em: 5 jan. 2023.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **RECIIS**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 350/516, 2010b. Disponível em:

<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/710/1355>. Acesso em: 27 set. 2022.

BUTLER, Judith. **Corpos que importam: Os limites discursivos do “sexo”**. 1 ed. São Paulo: Crocodilo edições, 2019. Disponível em: Acesso em: 18 jan. 2023.

BUTLER, Judith. **Frames of war: when is life grievable?** London ; New York: Verso, 2009.

BUZAN, Barry; HANSEN, Lene. **A evolução dos Estudos de Segurança Internacional**. tradução: Flávio Lira. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.

CAMPOS, Mariana Cabral. **A governança da saúde global e os desafios da promoção da segurança em saúde**. Harvard Dataverse, , 2024. Disponível em:

<https://dataverse.harvard.edu/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.7910/DVN/M2SWOQ>. Acesso em: 29 jan. 2024.

CASTI, John. **O Colapso de Tudo**. tradução: Ivo Korytowski; Bruno Alexandre. [S. l.]: Intrínseca, 2012. Disponível em: Acesso em: 27 set. 2022.

CASTRO, Elza Moreira Marcelino de. **O acordo TRIPS e a saúde pública: implicações e perspectivas**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2018.

CASTRO, Arachu; WESTERHAUS, Michael. Access to generic antiretrovirals: inequality, intellectual property law, and international trade agreements. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. suppl 1, p. S85–S96, 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001300010&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17 jul. 2023.

CEPI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. **Investors Overview: as of 01 December 2023**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: https://cepi.net/wp-content/uploads/2023/12/2023_12_01-CEPI-Investors-Overview.pdf. Acesso em: 14 dez. 2023.

CEPI, Coalition for Epidemic Preparedness Innovations. **Who we are – CEPI**. [S. l.], [c2023]. Disponível em: <https://cepi.net/about/whoweare/>. Acesso em: 30 maio 2023.

CLAUSEWITZ, Carl von. **On war**. tradução: Michael Howard; Peter Paret. New York: Oxford University Press, 2006. (Oxford world's classics).

COCKERHAM, Geoffrey B.; COCKERHAM, William C. International Law and Global Health. In: FREEMAN, Michael D. A.; HAWKES, Sarah; BENNETT, Belinda (org.). **Law and global health: current legal issues**. 1ed. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2014. (Current legal issues, v. volume 16).

COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE (org.). **Our global neighborhood: the report of the Commission on Global Governance**. Oxford ; New York: Oxford University Press, 1995. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000100074>. Acesso em: 20 mar. 2023.

COVAX, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **COVAX Facility Explainer: Participation Arrangements for Self-Financing Economies**. [S. l.: s. n.], 2020a. Disponível em: https://cepi.net/wp-content/uploads/2020/10/COVAX_Facility_Explainer.pdf. Acesso em: 7 ago. 2023.

COVAX, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **COVAX: Self-Financing Participants and AMC-Eligible economies**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://www.gavi.org/sites/default/files/covid/pr/COVAX_CA_COIP_List_COVAX_PR_12-05-21.pdf. Acesso em: 7 ago. 2023.

COVAX, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **COVAX, the act-accelerator vaccines pillar: Insuring accelerated vaccine development and manufacture**. [S. l.: s. n.], 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/covax-the-act-accelerator-vaccines-pillar>. Acesso em: 3 out. 2020.

COVAX, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. **COVAX: The Vaccines Pillar of the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator: Structure and Principles**. [S. l.: s. n.], 2020c. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/covax-the-vaccines-pillar-of-the-access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator](https://www.who.int/publications/m/item/covax-the-vaccines-pillar-of-the-access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator). Acesso em: 7 ago. 2023.

COX, Robert W. Towards a post-hegemonic conceptualization of world order: reflections on the relevancy of Ibn Khaldun. In: ROSENAU, James N.; CZEMPIEL, Ernst-Otto (org.). **Governance without government: order and change in world politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. (Cambridge studies in international relations, v. 20).

CUETO, Marcos. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Coleção Temas em Saúde).

CZEMPIEL, Ernst-Otto. Governance and democratization. In: ROSENAU, James N.; CZEMPIEL, Ernst-Otto (org.). **Governance without government: order and change in world politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. (Cambridge studies in international relations, v. 20).

DODGSON, Richard; LEE, Kelley; DRAGER, Nick. Global health governance : a conceptual review. **Discussion paper nº 1 of the London School of Hygiene & Tropical Medicine and**

the **World Health Organization**, [s. l.], p. 28, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68934>.

ECCLESTON-TURNER, Mark; UPTON, Harry. International Collaboration to Ensure Equitable Access to Vaccines for COVID-19: The ACT-Accelerator and the COVAX Facility. **The Milbank Quarterly**, [s. l.], v. 99, n. 2, p. 426–449, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12503>. Acesso em: 6 out. 2022.

ERVIK, Rune; KILDAL, Nanna; NILSSEN, Even (org.). **The role of international organizations in social policy: ideas, actors and impact**. Northampton, MA: Edward Elgar, 2009.

ESTÊS, Clarissa Pinkola. **Mulheres que correm com lobos: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem**. tradução: Waldéa Barcellos. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2018.

FIDLER, David P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. **Chinese Journal of International Law**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 325–392, 2005. Disponível em: <http://academic.oup.com/chinesejil/article/4/2/325/490058/From-International-Sanitary-Conventions-to-Global>. Acesso em: 24 jan. 2023.

FIDLER, David P. (org.). The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 79, n. 9, p. 842–849, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566654/pdf/11584732.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2023.

FIDLER, David P. Vaccine nationalism's politics. **Science**, [s. l.], v. 369, n. 6505, p. 749–749, 2020. Disponível em: <https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abe2275>. Acesso em: 25 dez. 2023.

FIND. **About us**. [S. l.], [c2023]. Disponível em: <https://www.finddx.org/about-us/>. Acesso em: 30 maio 2023.

FIND. **SARS-CoV-2 Test Tracker**. [S. l.], [c2022]. Disponível em: <https://www.finddx.org/covid-19/test-tracker/>. Acesso em: 3 out. 2022.

FINKELSTEIN, Lawrence S. What is Global Governance. **Global Governance**, [s. l.], n. 1, p. 367–372, 1995.

FINNEMORE, Martha; SIKKINK, Kathryn. International Norm Dynamics and Political Change. **International Organization**, [s. l.], v. 52, n. 4, p. 887–917, 1998. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0020818398440608/type/journal_article. Acesso em: 24 jan. 2023.

FLAHAULT, Antoine *et al.* From global health security to global health solidarity, security and sustainability. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 94, n. 12, p. 863–863, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5153927/pdf/BLT.16.171488.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022.

GAVI, The Vaccine Alliance. **92 low- and middle-income economies eligible to get access to COVID-19 vaccines through Gavi COVAX AMC.** [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://www.gavi.org/news/media-room/92-low-middle-income-economies-eligible-access-covid-19-vaccines-gavi-covax-amc>. Acesso em: 26 jun. 2023.

GAVI, The Vaccine Alliance. **About our Alliance.** [S. l.], [c2023]. Disponível em: <https://www.gavi.org/our-alliance/about>. Acesso em: 16 nov. 2023.

GAVI, The Vaccine Alliance. **Annual Contributions and Proceeds 30 June 2023.** [S. l.]: GAVI, The Vaccine Alliance, 2023. Disponível em: <https://www.gavi.org/news/document-library/annual-contributions-and-proceeds-30-june-2023>. Acesso em: 16 nov. 2023.

GAVI, The Vaccine Alliance. **The Bill & Melinda Gates Foundation.** [S. l.], 2020b. Disponível em: <https://www.gavi.org/operating-model/gavis-partnership-model/bill-melinda-gates-foundation>. Acesso em: 26 jun. 2023.

GEORGE, Alexander L.; BENNETT, Andrew. **Case Studies and Theory Development in the Social Sciences.** Cambridge: Belfer Center for Science and International Affairs, 2005.

GFAN, Global Fund Advocates Network. **About – Global Fund Advocates Network.** [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/about/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

GFF, Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents. **About Us | Global Financing Facility.** [S. l.], [c2022]. Disponível em: <https://www.globalfinancingfacility.org/introduction>. Acesso em: 31 maio 2023.

GHEBREYESUS, Tedros Adhanom. **Yesterday, the #COVID19 Emergency Committee met for the 15th time and recommended to me that I declare an end to the public health emergency of international concern. I have accepted that advice. With great hope I declare COVID-19 over as a global health emergency.** [S. l.], 2023. Tweet. Disponível em: <https://twitter.com/DrTedros/status/1654484522358939650>. Acesso em: 21 jun. 2023.

GHSA, Global Health Security Agenda. **Chair's Delcaration on the 6th Ministerial Meeting.** [S. l.: s. n.], 2020.

GLOBAL FUND, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. **About the Global Fund.** [S. l.], [c2023]. Disponível em: <https://www.theglobalfund.org/en/about-the-global-fund/>. Acesso em: 30 maio 2023.

GLOBAL FUND, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. **Bill & Melinda Gates Foundation.** [S. l.], 2023a. Disponível em: <https://www.theglobalfund.org/en/private-ngo-partners/resource-mobilization/bill-melinda-gates-foundation/>. Acesso em: 26 jun. 2023.

GLOBAL FUND, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. **Government and Public Donors.** [S. l.], 2023b. Disponível em: <https://www.theglobalfund.org/en/government/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

GLOBAL FUND, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. **Private Sector (including Foundations).** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.theglobalfund.org/en/private-ngo-partners/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

HURRELL, Andrew. Power, institutions, and the production of inequality. *In*: BARNETT, Michael N.; DUVALL, Raymond (org.). **Power in global governance**. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2005. (Cambridge studies in international relations, v. 98).

HUTTO, C. J. **Cjhutto/vaderSentiment**. [S. l.: s. n.], 2024 [2014]. Disponível em: <https://github.com/cjhutto/vaderSentiment>. Acesso em: 29 jan. 2024.

KEROUEDAN, Dominique. Géopolitique de la santé mondiale. *In*: LEÇON INAUGURALE PRONONCÉE LE JEUDI - COLLÈGE DE FRANCE, 2013. **Géopolitique de la santé mondiale**. [S. l.: s. n.], 2013.

KOPLAN, Jeffrey P *et al.* Towards a common definition of global health. **The Lancet**, [s. l.], v. 373, n. 9679, p. 1993–1995, 2009. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609603329>. Acesso em: 7 jan. 2023.

LEE, Kelley. **The World Health Organization (WHO)**. Abingdon, New York: Routledge, 2009. (The Global Institutions Series).

LIMA, Júlio César França. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. *In*: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 2015. p. 233–253.

MCINNES, Colin. Health. *In*: **Security Studies: An Introduction**. 2nd eded. London ; New York: Routledge, 2013.

MOON, Suerie. Power in global governance: an expanded typology from global health. **Globalization and Health**, [s. l.], v. 15, n. S1, p. 74, 2019. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0515-5>. Acesso em: 8 mar. 2023.

MORGENTHAU, Hans J. **Politics among nations: the struggle for power and peace**. New York: Alfred A. Knopf, 1948. Disponível em: Acesso em: 21 jan. 2024.

MUPPIDI, Himadeep. Colonial and postcolonial global governance. *In*: BARNETT, Michael N.; DUVALL, Raymond (org.). **Power in global governance**. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2005. (Cambridge studies in international relations, v. 98).

MURPHY, Craig. **Global institutions, marginalization, and development**. London ; New York, NY: Routledge, 2005.

NUNES, João. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 5, p. e00063120, 2020a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500501&tlng=pt. Acesso em: 3 out. 2022.

NUNES, João. Critical Security Studies and Global Health. *In*: MCINNES, Colin; LEE, Kelley; YOUDE, Jeremy (org.). **The Oxford Handbook of Global Health Politics**. Oxford: Oxford University Press, 2020b. p. 160–177. Disponível em: <https://academic.oup.com/edited-volume/34243/chapter/290335883>. Acesso em: 3 out. 2022.

NUNES, João. Ebola and the production of neglect in global health. **Third World Quarterly**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 542–556, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01436597.2015.1124724>. Acesso em: 18 jan. 2023.

OMC, Organização Mundial do Comércio. **Declaração Sobre o Acordo de TRIPS e Saúde Pública - IV Conferência Ministerial da OMC em Doha**. [S. l.: s. n.], 2011.

PLATFORM, Platform for ACT-A Civil Society & Community Representatives. **About the Platform**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://covid19advocacy.org/about/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

RACHED, Danielle Hanna; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. World Health Organization and the search for accountability: a critical analysis of the new framework of engagement with non-state actors. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000605001&lng=en&tlng=en. Acesso em: 7 jan. 2023.

RAMOS, Vitória De Paula; VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy De Freitas Lima. A captura ideológica dos mecanismos de participação social da OMS na negociação do acordo internacional sobre pandemias. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. e230439pt, 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902023000300306&tlng=pt. Acesso em: 26 dez. 2023.

ROSENAU, James N. Governance in the Twenty-first Century. **Global Governance**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 13–43, 1995. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/27800099>. Acesso em: 27 mar. 2023.

ROSENAU, James N. Governance, order, and change in world politics. In: ROSENAU, James N.; CZEMPIEL, Ernst-Otto (org.). **Governance without government: order and change in world politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. (Cambridge studies in international relations, v. 20).

RØTTINGEN, John-Arne *et al.* **Financing Global Health Security Fairly**. [S. l.], 2021. blog. Disponível em: <https://www.cgdev.org/blog/financing-global-health-security-fairly>. Acesso em: 28 nov. 2023.

RUGER, Jennifer Prah. Global health governance as shared health governance. **Journal of Epidemiology and Community Health**, [s. l.], v. 66, n. 7, p. 653–661, 2012. Disponível em: <https://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech.2009.101097>. Acesso em: 7 jan. 2023.

RUGER, Jennifer Prah; NG, Nora Y. Emerging and Transitioning Countries' Role in Global Health. **Saint Louis University Journal of Health Law & Policy**, [s. l.], v. 3, n. 2, Article 4, p. 253–289, 2010. Disponível em: <https://scholarship.law.slu.edu/jhlp/vol3/iss2/4>.

RUPERT, Mark. Class powers and the politics of global governance. In: BARNETT, Michael N.; DUVALL, Raymond (org.). **Power in global governance**. Cambridge, UK ; New York: Cambridge University Press, 2005. (Cambridge studies in international relations, v. 98).

SILVA, Patricia Kunrath; OLIVEN, Ruben George. Filantropocapitalismo versus filantropia para a justiça social: um debate norte-americano sobre como lidar com a pobreza. **Mana**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. e261204, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132020000100204&tlng=pt. Acesso em: 6 out. 2022.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BUSS, Paulo Marchiori. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 9, p. 1–5, 2021. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000900601&tlng=pt. Acesso em: 7 jan. 2023.

STEIN, Felix. Risky business: COVAX and the financialization of global vaccine equity. **Globalization and Health**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 112, 2021. Disponível em:

<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-021-00763-8>. Acesso em: 7 jan. 2023.

STOPAIDS. **About**. In: STOPAIDS. [s. d.]. Disponível em: <https://stopaids.org.uk/about/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

THE INDEPENDENT PANEL, for Pandemic Preparedness and Response. **COVID-19: Make it the Last Pandemic**. [S. l.: s. n.], 2021.

THE WORLD BANK. **World Bank Country and Lending Groups**. [S. l.], 2022.

Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. Acesso em: 9 dez. 2023.

TOEBES, Brigit. Global health law: defining the field. In: BURCI, Gian Luca; TOEBES, Brigit (org.). **Research Handbook on Global Health Law**. [S. l.]: Edward Elgar Publishing, 2018. Disponível em:

<https://china.elgaronline.com/view/edcoll/9781785366536/9781785366536.xml>. Acesso em: 18 jul. 2023.

UNITAID. **About us**. [S. l.], [c2021]. Disponível em: <https://unitaid.org/about-us/>. Acesso em: 30 maio 2023.

UNITAID. **Donors**. [S. l.], [c2023]. Disponível em: <https://unitaid.org/how-we-work/donors/>. Acesso em: 15 dez. 2023.

USHER, Ann Danaiya. A beautiful idea: how COVAX has fallen short. **The Lancet**, [s. l.], v. 397, n. 10292, p. 2322–2325, 2021. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673621013672>. Acesso em: 7 jan. 2023.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima *et al.* Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. e00040620, 2020. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400502&tlng=pt. Acesso em: 3 out. 2022.

VENTURA, Deisy. Direito Internacional Sanitário. In: ARANHA, Márcio I.; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (org.). **Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e Magistratura Federal**. Brasília: [s. n.], 2003. p. 543–562.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima. From Ebola to Zika: international emergencies and the securitization of global health. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400302&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 out. 2022.

VENTURA, Deisy *et al.* Nota Técnica nº 2 Acordo sobre pandemias: Brasil deve buscar liderança do Sul Global com ênfase na redução das iniquidades antes, durante e depois das emergências. **GT Acordo sobre Pandemias e Reforma do RSI**, [s. l.], n. 2, 2022.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; AITH, Fernando Mussa Abujamra; RACHED, Danielle Hanna. A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 102–138, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662021000100102&tlng=pt. Acesso em: 7 jan. 2023.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; GIULIO, Gabriela Marques di; RACHED, Danielle Hanna. Lessons from the Covid-19 pandemic: sustainability is an indispensable condition of Global Health Security. **Ambiente & Sociedade**, [s. l.], v. 23, p. e0108, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2020000100902&tlng=en. Acesso em: 4 out. 2022.

VENTURA, Deisy; HOLZHACKER, Vivian. Saúde Global e Direitos Humanos: o primeiro caso suspeito de Ebola no Brasil. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s. l.], n. 98, p. 107–140, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452016000200107&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 out. 2022.

VENTURA, Deisy; PEREZ, Fernanda Aguilar. Crise e reforma da organização mundial da saúde. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s. l.], n. 92, p. 45–77, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452014000200003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 jan. 2023.

VIEGAS, Leandro Luiz; VENTURA, Deisy de Freitas Lima; VENTURA, Miriam. A proposta de convenção internacional sobre a resposta às pandemias: em defesa de um tratado de direitos humanos para o campo da saúde global. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 15, 2022.

WACI HEALTH. **About Us - WACI Health**. In: [c2023]. Disponível em: <https://wacihealth.org/about-us/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

WELLCOME TRUST. **Who we are**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://wellcome.org/who-we-are>. Acesso em: 30 maio 2023.

WHITMEE, Sarah *et al.* Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. **The Lancet**, [s. l.], v. 386, n. 10007, p. 1973–2028, 2015. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615609011>. Acesso em: 3 out. 2022.

WHO, World Health Organization *et al.* **One Health Joint Plan of Action (2022–2026): working together for the health of human, animals, plants and the environment**. [S. l.]: FAO; UNEP; WHO; World Organisation for Animal Health (WOAH) (founded as OIE);

2022. Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc2289en>. Acesso em: 13 fev. 2023.

WHO, World Health Organization. **What is the ACT Accelerator**. [S. l.], c2022. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/about>. Acesso em: 3 out. 2022.

WHO, World Health Organization; UNICEF, The United Nations Children's Fund. **Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978**. Development, [s. l.], v. 47, n. 2, p. 159–161, 2004. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>. Acesso em: 30 maio 2023.

WHO, World Health Organization; WELFARE CANADA; CPHA, Canadian Public Health Association. **Ottawa Charter for Health Promotion**. [S. l.: s. n.], 1987. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WH-1987>. Acesso em: 17 jul. 2023.

WORLD BANK. **Advance Market Commitment**. [S. l.], c2023. Text/HTML. Disponível em: <https://fiftrustee.worldbank.org/en/about/unit/dfi/fiftrustee/fund-detail/amc>. Acesso em: 5 jun. 2023.

WORLD BANK. **Health**. [S. l.], [s. d.]. Text/HTML. Disponível em: <https://www.worldbank.org/en/topic/health>. Acesso em: 15 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)**. Geneva: [s. n.], 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>. Acesso em: 8 jan. 2023 a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVAX No-Fault Compensation Program: Explained**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax/no-fault-compensation/covax-no-fault-compensation-program-explained>. Acesso em: 24 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ebola virus disease**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/ebola>. Acesso em: 25 jul. 2023 b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Emergency use listing**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/teams/regulation-prequalification/eul>. Acesso em: 14 dez. 2023 c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Equity in Health in the Age of Globalization. Conference Statement of the Society for International Development, World Health Organization and Rockefeller Foundation International Roundtable: 'Responses to Globalization: Rethinking equity and health'**. Development, [s. l.], v. 42, n. 4, p. 5–7, 1999. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1057/palgrave.development.1110073>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifth Meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR) Emergency Committee on the Multi-Country Outbreak of mpox (monkeypox)**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/11-05->

2023-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)-emergency-committee-on-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox-(mpox). Acesso em: 25 jul. 2023 d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/global-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>. Acesso em: 28 nov. 2023 e.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations (1969)**. 3rd annotateded. Geneva: World Health Organization, 1983. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/96616>. Acesso em: 18 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations (2005)**. 3rd. ed. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>. Acesso em: 18 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monkeypox**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/monkeypox>. Acesso em: 25 jul. 2023 f.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Poliomyelitis (polio)**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis>. Acesso em: 25 jul. 2023 g.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Stakeholders**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/about/who-we-are/stakeholders>. Acesso em: 22 jun. 2023 h.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Swine flu I WHO emergency situation overview**. [S. l.], c2023. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/situations/influenza-a-\(h1n1\)-outbreak](https://www.who.int/emergencies/situations/influenza-a-(h1n1)-outbreak). Acesso em: 25 jul. 2023 i.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Programme Budget Web Portal**. [S. l.], 2023. Disponível em: <http://open.who.int/2020-21/budget-and-financing/gpw-overview>. Acesso em: 22 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acesso em: 3 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Zika virus**. [S. l.], c2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>. Acesso em: 13 ago. 2023 j.

WTO, World Trade Organization. **Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS Agreement) (as amended on 23 January 2017)**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/31bis_trips_e.pdf. Acesso em: 13 fev. 2023.

YOUNG, Oran R. International Regimes: Problems of Concept Formation. **World Politics**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 331–356, 1980. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0043887100016348/type/journal_article. Acesso em: 4 mar. 2023.

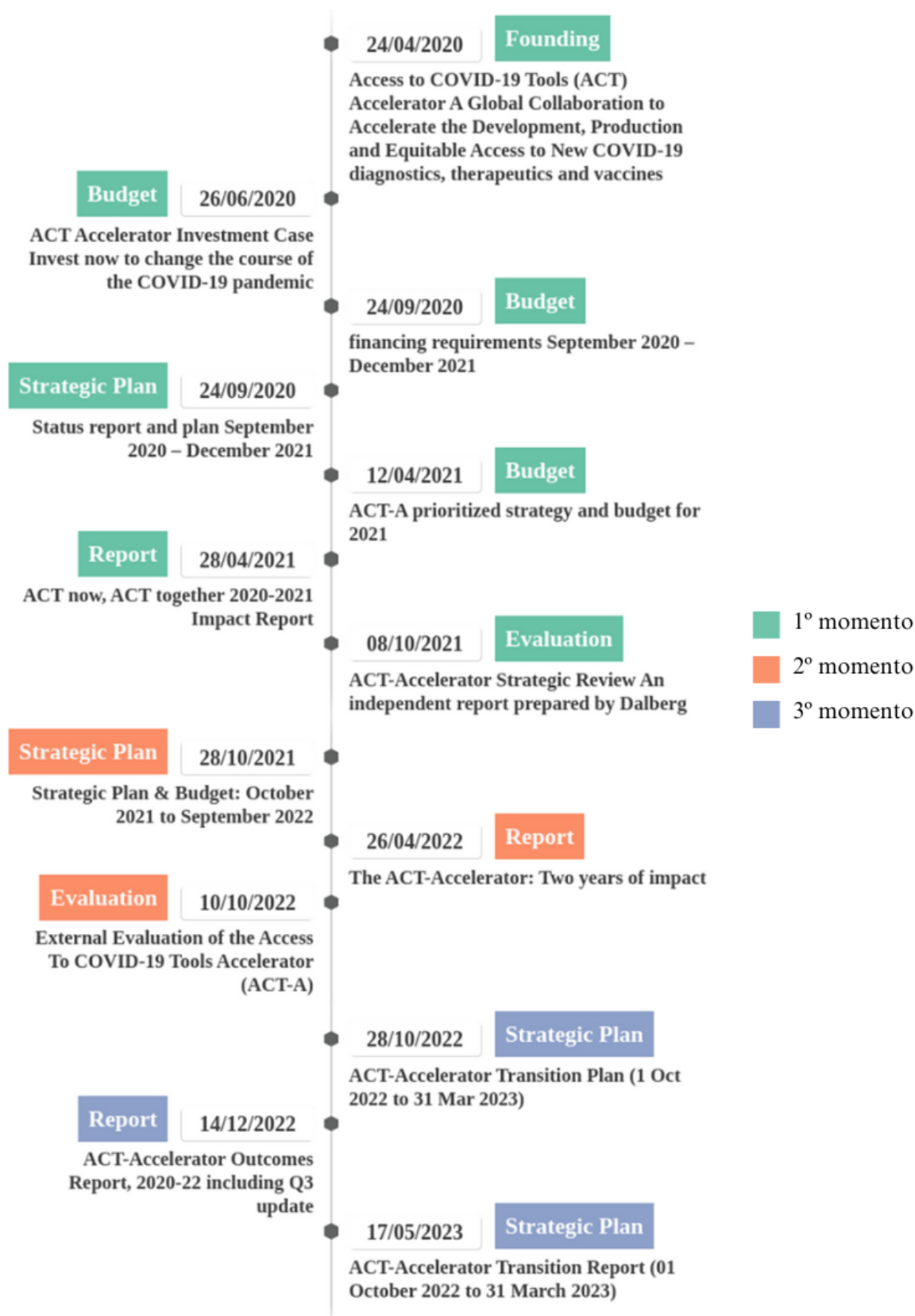
YOUNG, Oran R. The effectiveness of International Institutions: hard cases and critical variables. In: ROSENAU, James N.; CZEMPIEL, Ernst-Otto (org.). **Governance without**

government: order and change in world politics. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. (Cambridge studies in international relations, v. 20).

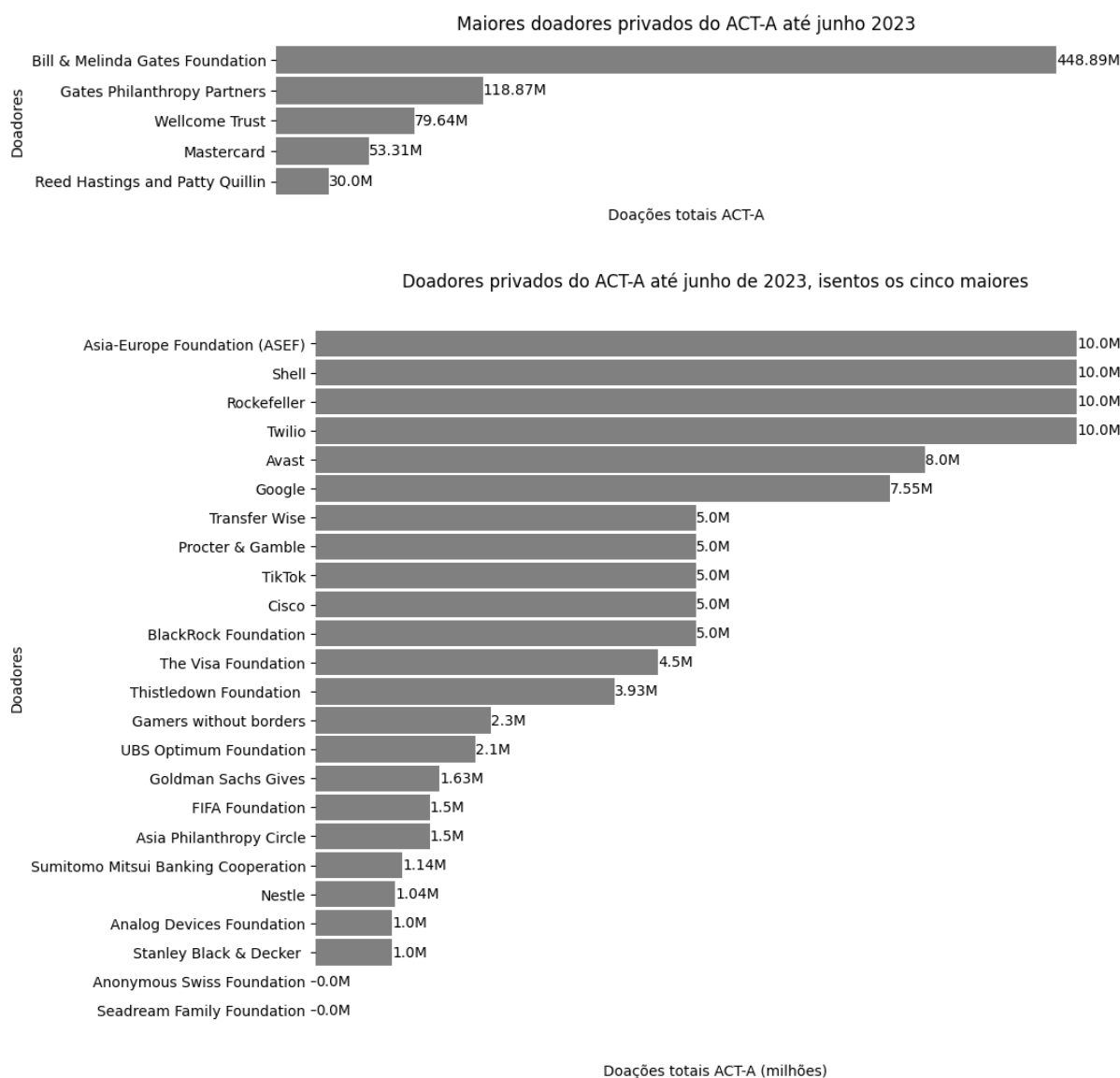
ZUCOLOTO, Graziela; MIRANDA, Pedro; PORTO, Patricia. A propriedade industrial pode limitar o combate à pandemia?. **IPEA**, Nota Técnica nº 61, Diset: Diretoria de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura, [s. l.], n. 61, p. 1–21, 2020.

ZWINGEL, Susanne. How Do Norms Travel? Theorizing International Women's Rights in Transnational Perspective1: How Do Norms Travel? **International Studies Quarterly**, [s. l.], v. 56, n. 1, p. 115–129, 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/isq/article-lookup/doi/10.1111/j.1468-2478.2011.00701.x>. Acesso em: 3 fev. 2023.

APÊNDICE A – LINHA DO TEMPO EM MOMENTOS ESTRATÉGICOS EXPRESSO PELA BDP



APÊNDICE B – DOADORES PRIVADOS POR VALOR DE CONTRIBUIÇÃO EM US\$ MILHÕES ATÉ JUNHO DE 2023



Fonte: Criação nossa com base em ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. Access to COVID-19 tools funding commitment tracker. [S. l.: s. n.], 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>. Acesso em: 26 jun. 2023.

ANEXO A – TIPOS DE PODER NA GOVERNANÇA GLOBAL, COM EXEMPLOS DA SAÚDE

Tipos de poder	Definição	Exemplos de atores que exercem esse poder	Exemplos de saúde que empregam esse poder
Físico	"é exercido quando um ator usa ou ameaça usar a força física para moldar o pensamento ou as ações de outros atores" (p. 5)	Militares, milícia, mercenários, forças de peacekeeping, polícia	Cordão sanitário, quarentena
Econômico	"é exercido por meio do uso de recursos materiais (por exemplo, dinheiro, bens) para moldar o pensamento e as ações de outros atores." (p. 6)	Governos ricos, empresas, fundações, indivíduos	Definição das prioridades da OMS por meio de financiamento
Estrutural	"é exercido por meio do uso da posição de um ator nas estruturas da sociedade para moldar o pensamento e/ou as ações de outros atores. As estruturas podem ser formais e legalmente reconhecidas, como o Estado, ou tradicionais, como castas ou classes" (p. 6)	Governos, lideranças tradicionais	Governos que cobram impostos sobre a venda de tabaco
Institucional	"é exercido por meio do uso de regras e procedimentos de tomada de decisão por um ator para moldar o pensamento e a ação" (p. 6)	Depende da instituição: em geral governos, mas incrementalmente também empresas e ONGs	Delegação da sociedade civil no conselho do Fundo Global votando sobre políticas de concessão de subsídios
Moral	"é exercido quando um ator molda os princípios que os outros acreditam ser certos ou errados e as ações que podem se seguir" (p. 6)	Líderes religiosos, líderes de movimentos sociais, autoridades morais	Discurso de Nelson Mandela sobre a desestigmatização do HIV
Expertise	"é exercido quando um ator molda o que os outros consideram como conhecimento legítimo e, portanto, o que eles entendem como factualmente verdadeiro ou correto" (p. 6)	Acadêmicos, cientistas, advogados	Evidências sobre a ligação entre álcool e câncer levam a mudanças na regulamentação do álcool
Discursivo	"é exercido quando os atores moldam a linguagem que os outros usam para conceituar, enquadrar e, assim, definir e entender uma questão" (p. 6)	Mídia, políticos, ativistas, intelectuais públicos	Contracepção como direito sexual e reprodutivo
Network	"é exercido quando os indivíduos usam seus relacionamentos pessoais com outros para moldar seu pensamento e/ou ação. Esses relacionamentos podem ser construídos com base na confiança, reciprocidade, interação repetida ao longo de muitos anos, experiência compartilhada, identidades compartilhadas ou outros fatores" (p. 6)	Qualquer indivíduo ou grupo de indivíduos bem conectados	Obter convites para comitês de prestígio ou para palestras em conferências

Fonte: Adaptado/traduzido de MOON, Suerie. Power in global governance: an expanded typology from global health. *Globalization and Health*, [s. l.], v. 15, n. S1, p. 74, 2019.

Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0515-5>. Acesso em: 8 mar. 2023.

ANEXO B – ESTRUTURA DO ACT-ACCELERATOR, COM CO-CONVOCADORES E LÍDERES DE PILARES



Fonte: ACT-A, Access to COVID-19 Tools-Accelerator. What is the Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator, how is it structured and how does it work?. [S. l.: s. n.], p.5, 2021f. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/act-accelerator/act-a-how-it-works-at-6april2021.pdf?sfvrsn=ad5f829f_24&download=true. Acesso em: 22 nov. 2023.