

ARTIGO E COLETÂNEA DE LINKS

OMS e Multilateralismo

Globalização da Saúde Pública: a Organização Mundial da Saúde e a cooperação na América do Sul

Marianna Albuquerque¹

Coordenadora OPSA (IESP-UERJ)

Introdução

No início de 2020, a tensão global dos casos de Covid-19 acendeu o alerta na comunidade internacional sobre a importância da transnacionalidade para lidar com questões de saúde. No centro das atenções, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a ser onipresente nos noticiários e no compartilhamento de informações sobre contágio, sintomas e quantidade de casos da doença. Mesmo sendo a maior agência internacional voltada exclusivamente para a saúde, com 194 membros, seis escritórios regionais e mais de 800 instituições colaboradoras, ainda persiste um forte desconhecimento, mesmo nos círculos acadêmicos, sobre as funções, a estrutura e as contradições da organização. O objetivo desse artigo é, portanto, introduzir elementos iniciais para fundamentar os debates sobre o papel do multilateralismo na condução da saúde global.

Para tal, o texto encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira, será feita uma abordagem histórica sobre o início da cooperação internacional em saúde e as lições aprendidas com as primeiras iniciativas internacionais de controle de epidemias. Na segunda seção, será apresentado o contexto de criação da OMS, sua evolução histórica e sua estrutura. Na terceira seção, serão resumidas as principais ações que a OMS vem adotando para fortalecer a ação internacional coordenada durante a pandemia de Covid-19. Na quarta seção, a ênfase recairá sobre os mecanismos que os países sul-americanos possuem para consolidar vínculos na área da saúde. Apesar da América ter sido o continente pioneiro na criação de instituições de saúde, a pandemia chegou à região no

¹ Doutora em Ciência Política (IESP-UERJ) e Colaboradora do projeto Capes Print “Política Externa, Regionalismo e Cooperação em um cenário de pandemia”. Esse artigo também será publicado no Boletim OPSA, n.2, 2020. ISSN: 1809-8827.

momento em que as instituições regionais estão enfraquecidas e a América do Sul carece de mecanismos sólidos de cooperação no tema.

Histórico da Cooperação Internacional em Saúde

Apesar da dificuldade em estabelecer marcos que datam o início de processos históricos, a literatura especializada costuma registrar que a cooperação internacional para controlar as ameaças globais à saúde começou na metade do século XIX. O grande símbolo foi o ano de 1851, quando os países europeus organizaram a Conferência Sanitária Internacional, motivados por preocupações acerca de doenças infectocontagiosas. Nesse momento, o tema central era o fortalecimento da cooperação interestatal para diminuir o contágio de cólera, principalmente, mas também de outras doenças como febre amarela. Subsidiariamente, também foi devotada atenção ao comércio internacional de álcool e drogas, especialmente o ópio. A iniciativa não foi apenas um experimento frustrado e, entre 1851 e 1938, foram realizadas 14 Conferências Sanitárias Internacionais (Fidler, 2001).

Entretanto, é importante contextualizar as motivações que culminaram na ampliação da cooperação internacional no tema. Nesse período, os avanços decorrentes da Revolução Industrial provocavam inúmeras alterações sociais e comerciais. Fidler (2001) aponta que a rápida e desordenada urbanização causou impactos na capacidade governamental de garantir acesso a saneamento e serviços de saúde, situação intensificada pelo aprofundamento das desigualdades sociais. Soma-se a isso a emergência de debates sobre segurança ocupacional e sobre questões de saúde ligadas à degradação das condições de trabalho. Como resultado, foi criada, em 1919, a Organização Internacional do Trabalho (OIT)². O avanço da industrialização também fomentou diálogos acerca da poluição de recursos naturais transfronteiriços, como rios, lagos e o ar.

No século seguinte, os laços se aprofundaram e tomaram proporções globais. Destaca-se nesse momento a ampliação da cooperação para além dos países europeus e a criação e inclusão de organizações não-estatais nos debates, nas negociações e na implementação, a exemplo da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford. Esse momento marca a passagem da narrativa de “saúde internacional” para a de “saúde global”. De acordo com Brown *et al* (2006), saúde internacional já era um termo usado no final do

²Cabe mencionar que a criação da OIT foi o símbolo de outro elemento central da cooperação em saúde: a inclusão de organizações da sociedade civil. A OIT funciona, até os dias de hoje, com um modelo de representação tripartite, composto por representantes dos Estados membros, do setor industrial e do setor laboral, a exemplo das organizações patronais e sindicatos.

século XIX, e referia-se especialmente ao controle de epidemias que ultrapassavam as fronteiras entre nações. Saúde global, por sua vez, passou a ser empregada no século XX, e indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses das nações em particular. De acordo com os autores, o termo “global” também é diretamente associado a crescente importância de atores não governamentais.

A experiência histórica nos mostra que a formalização de vínculos entre os Estados em uma área temática enseja um maior grau de institucionalidade do que o obtido apenas em conferências periódicas. A primeira iniciativa para o estabelecimento de uma organização permanente devotada exclusivamente para a saúde remonta ao continente americano, com a instalação, em 1902, da Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas, com sede em Washington. A instituição foi renomeada diversas vezes, até a consolidação do nome Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1959 (Brown *et al*, 2006). Nas Américas, o esforço não foi apenas estatal. Cueto (1994) destaca o estabelecimento da Divisão Internacional de Saúde, criada na década de 1910, pela Fundação Rockefeller. A disponibilidade de recursos e a atração de pessoal qualificado no tema tornou a Divisão um interlocutor influente nos debates.

O exemplo americano se estendeu para outras regiões e, em 1907, foi estabelecido o Escritório Internacional de Higiene Pública (*Office International de l'Hygiène Publique*), sediado em Paris. Entre as principais tarefas do órgão estava a administração de acordos sanitários e a coleta de informações epidemiológicas (Lee, 2009). O aprendizado com essas iniciativas regionalmente restritas serviu de base para a primeira experiência em uma organização de escopo universal, a partir da criação da Organização da Saúde da Liga das Nações, em 1923. Ao conflito, seguiu-se uma epidemia de gripe espanhola, com o contágio maximizado pelos movimentos populacionais de larga escala. Sem desconsiderar a importância que a Liga das Nações deixou para o sistema multilateral do pós-Segunda Guerra Mundial, é importante ressaltar as fragilidades com as quais o tratamento do tema da saúde se deparou na Liga:

Essa organização estabeleceu sua sede em Genebra, na Suíça, patrocinou uma série de comissões internacionais sobre doenças e publicou estudos epidemiológicos e relatórios técnicos. Entre 1921 e 1939 o diretor médico da seção de higiene da organização da Liga, o polonês Ludwik Rajchman, deu ênfase à medicina social, assinalando que as patologias tinham origem nas condições de vida como a pobreza, habitação inadequada e má nutrição. A Organização da Saúde da Liga das Nações tinha orçamento pequeno e defrontou-se com oposição velada de outras organizações nacionais e internacionais, inclusive do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. (Brown *et al*, 2006, p. 627)

De acordo com Lee (2009), a ação internacional para lidar com as doenças foi, nesse primeiro momento, circunscrita às preocupações com vigilância e compilação de

dados, com pouca atenção à prevenção. Para a autora, este era um reflexo das preocupações das grandes potências europeias, principalmente para prevenir que doenças epidêmicas pudessem prejudicar seus interesses econômicos e políticos no exterior. Portanto, a efetividade inicial do regime de saúde global foi marcada por pontos positivos, como a ampliação da cooperação interestatal e não governamental, mas também por desafios, como a dependência da vontade individual dos Estados em aderir às regulações e os interesses do setor privado. Essas investidas descentralizadas no início do século XX deixaram como legado a importância de tratar a saúde como um tema transnacional e deram origem a uma instituição que universalizou o tratamento do tema: a Organização Mundial da Saúde.

Criação e Estrutura da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Se após a Primeira Guerra Mundial a epidemia de gripe espanhola motivou a criação de um mecanismo próprio para o tema na Liga das Nações, o fim da Segunda Guerra Mundial também reacendeu as preocupações sobre o contágio de doenças a partir dos fluxos demográficos que se seguiram ao cessar-fogo e a danificação de infraestruturas críticas. Entretanto, a retomada não foi imediata, e a saúde não foi incluída na agenda de debates da Conferência de São Francisco, convocada para criar a Organização das Nações Unidas (ONU). A ausência foi notada pelas delegações de Brasil e China, que submeterem uma declaração conjunta enfatizando a correlação entre saúde e segurança e sugerindo a convocação de uma nova conferência exclusiva para o tema. Como resultado, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) convocou o encontro para junho de 1946: a Conferência Internacional de Saúde, a primeira conferência temática a ser realizada pela recém-criada ONU (Lee, 2009).

Nela, foram negociados os termos para o estabelecimento da Organização Mundial da Saúde, criada em 1948 como uma agência especializada da ONU. A OMS deveria atuar como a autoridade central nos trabalhos atinentes à saúde global. De acordo com o artigo 1 da Constituição da OMS, seu documento fundador, o objetivo da organização é alcançar o maior nível de saúde possível para todas as pessoas. Para tal, o documento define, em seu preâmbulo, o que entende por saúde: um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (Constituição da OMS, 1948). Ainda no preâmbulo, a saúde é descrita como um direito humano fundamental.

Apesar da definição ampla e da previsão de conexão da saúde com questões sociais, o início das atividades da OMS contou com um contratempo que influenciou as primeiras décadas de atuação: a emergência das tensões entre Estados Unidos e União

Soviética. Um outro complicador foi a necessidade de ratificação da Constituição da OMS pelos Estados para entrada em vigor, “um lento processo que significou ter de buscar sua legitimidade através da oferta de colaboração na reconstrução dos sistemas de saúde dos países europeus no pós-Segunda Guerra Mundial” (Brown *et al*, 2006, p. 629).

Brown *et al* (2006) apresentam as formas pelas quais a divergência ideológica entre os países culminou em interpretações diferenciadas sobre o tratamento da saúde. Por um lado, havia uma abordagem que privilegiava a interpretação da saúde como circunscrita à medicina e ao comportamento individual e biológico; por outro lado, a corrente da medicina social, que defendia uma visão holística sobre as relações entre condições sociais e saúde. Nesse contexto, o brasileiro Marcolino Candau assumiu o cargo de Diretor-Geral da OMS, permanecendo na função entre 1953 e 1973 – até os dias de hoje, Candau é o Diretor-Geral mais longo da história da OMS. No momento de competição bipolar, considera-se que Candau foi efetivo em demonstrar sua imparcialidade e equilibrar os interesses dos EUA e da URSS, a exemplo da condução da campanha de erradicação da malária, de liderança da potência capitalista, e a de combate à varíola, liderada pelos soviéticos, que retornaram em bloco à OMS durante o mandato de Candau.

Para os Estados Unidos, a medicina social soava como “socialista”, e o país também demonstrava desconfianças acerca de uma possível subordinação da OPAS à OMS. De forma a evitar a ausência dos EUA na organização, a exemplo do ocorrido na Liga das Nações, a OMS adotou, inicialmente, o caminho da primeira perspectiva. A resposta do bloco socialista foi a retirada em massa, em 1949. No mesmo ano, a revolução comunista na China levou a divergências sobre quem ocuparia o assento do país na ONU e em suas agências, se a China continental ou se Taiwan. Na década de 1970, o debate sobre as perspectivas sociais e biológicas da saúde reacendeu, a partir das demandas dos países em desenvolvimento para a implementação de projetos de atenção primária.

Percebe-se, portanto, que desde a sua criação, “a OMS permaneceu subordinada à ONU como um todo, e os esforços para colocar os objetivos de saúde acima da política de poder foram expressamente rejeitados” (Lee, 2009, p. 24; tradução própria³). Com a agenda internacional dominada pelas preocupações com segurança, a OMS foi enquadrada como uma organização de *low politics*, voltada mais para debates normativos do que para implementações práticas. O hiato entre funções normativas e operacionais se aprofundou nas décadas seguintes, quando outras agências da ONU passaram a introduzir a saúde em suas agendas, a exemplo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP) e do Programa

³ No original: “The WHO remained subordinate to the UN as a whole, and efforts to place health goals above power politics were pointedly rejected.”

Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), e de organizações como o Banco Mundial.

Somou-se a isso o crescimento de investimentos privados, com destaque para a Fundação Bill e Melinda Gates. Como essas doações são extraorçamentárias, é possível que os doares vinculem sua aplicação a projetos específicos, o que retira da organização o controle sobre áreas prioritárias. O peso proporcional desses recursos se intensificou ainda mais na década de 1980, quando a sucessão de crises econômicas internacionais e o crescimento na inadimplência dos compromissos dos Estados com os orçamentos regulares provocou a decisão de congelamento dos valores direcionados para as agências especializadas. Em relação ao orçamento regular, a crítica também se estendia à concentração de pagamentos em certos países. Como o cálculo das contribuições dos Estados é feito levando em conta dados como PIB e população, os Estados Unidos contribuem, sozinhos, com 25% do orçamento regular. No orçamento total do biênio 2018-2019, os EUA foram responsáveis por 15,18% do orçamento, seguidos pela Fundação Bill e Melinda Gates, com 12,12%⁴.

Com isso, começaram a haver questionamentos sobre a viabilidade da OMS manter uma variedade de atividades tão ampla, ou se seria importante identificar áreas para centralizar os esforços e os cada vez mais limitados recursos orçamentários. Essa agenda foi impulsionada ainda mais nos anos de 1990, quando Gro Bruntland assumiu o cargo de Diretora-Geral e convocou um grupo de transição para avaliar potenciais áreas de reforma (Lerer e Matzopoulos, 2001). Bruntland havia sido Primeira-Ministra da Noruega e uma das principais vozes do movimento ambientalista internacional, e concorreu ao posto com um programa que defendia, por um lado, a interconexão entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, e, por outro, a defesa da reforma da OMS por meio da ampliação de parcerias com outras agências e com instituições privadas. Apesar das inúmeras demandas por reforma, a OMS manteve, grosso modo, a estrutura consolidada na Constituição de 1948.

O documento estabeleceu três órgãos principais: a Assembleia Mundial da Saúde, o *Executive Board* e o Secretariado. A Assembleia é o órgão decisório principal e tem como funções a eleição dos membros do *Executive Board* e a revisão de suas atividades, a eleição do Diretor-Geral e a aprovação do orçamento. Todos os membros da OMS possuem assento na Assembleia, e organizações da sociedade civil podem participar como observadoras. É a Assembleia que adota as regulações sanitárias, consolida as nomenclaturas das doenças e estabelece os protocolos de atuação. Todas as decisões da

⁴ Dados disponíveis em: <https://open.who.int/2018-19/contributors/contributor> (acesso em 01 de junho de 2020).

Assembleia são inicialmente vinculantes, e só deixam de causar efeitos para os membros que optem expressamente por se desvincular de uma regulação específica⁵.

O *Executive Board* é composto por 34 especialistas reputados internacionalmente na saúde e em áreas correlatas. Apesar da eleição realizada na Assembleia definir as vagas por países, o artigo 24 da Constituição da OMS estabelece que estes nomeiem profissionais tecnicamente qualificados, e não apenas representantes governamentais desvinculados da área da saúde. É comum que o representante seja o Ministro da Saúde ou algum funcionário ministerial⁶. Inicialmente, o órgão era composto por 18 membros, e a quantidade foi aumentando progressivamente, à medida que cresciam também os Estados-membros da OMS. Os membros são eleitos por um mandato de 3 anos, e as vagas são divididas por representação regional. Seis das atuais 34 vagas são reservadas para o continente americano.

O Secretariado, por sua vez, é o órgão responsável por dar apoio administrativo para as atividades da organização. Liderado pelo Diretor-Geral, fazem parte da estrutura do Secretariado os funcionários da sede da OMS, em Genebra, os seis escritórios regionais, os escritórios temáticos e as representações em países específicos. O Diretor-Geral é nomeado pelo *Executive Board* e tem sua eleição confirmada pela Assembleia para um mandato de cinco anos, com possibilidade de reeleição. Em relação aos escritórios regionais e representações em países, Lee (...) aponta que

A estrutura institucional básica e as funções da OMS foram um reflexo dos esforços feitos pelos seus criadores para construir a organização, uma parte central na ordem pós-guerra, com as novas aspirações para uma cooperação internacional em saúde mais organizada e com os órgãos de saúde pré-existentes nas regiões. (...) O resultado foi uma organização em três níveis, que, em princípio, permitiria à OMS combinar a liderança política centralizada com a capacidade operacional descentralizada. (Lee, 2009, p. 25; tradução própria⁷)

No nível regional, a OMS dividiu sua representação em seis áreas: África, Américas, Mediterrâneo, Europa, Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático. Conforme será apresentado na última seção, a pré-existente OPAS foi incorporada à estrutura da OMS e assumiu a função de escritório regional das Américas. O escritório regional é quem coordena as representações específicas nos países de sua respectiva região. Além dos três níveis, a OMS também mantém colaboração com mais de 800 centros credenciados, a exemplo da

⁵ Informações retiradas de: <https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly> (acesso em 01 de junho de 2020).

⁶ A composição do Executive Board pode ser consultada em: https://apps.who.int/gb/gov/en/composition-of-the-board_en.html (acesso em 01 de junho de 2020)

⁷ No original: “*The basic institutional structure and functions of the WHO were a reflection of efforts by its creators to forge a new organization, as a core part of the post-war order, from new aspirations for more concerted international health cooperation, and pre-existing health bodies and their political constituencies. (...) The result was a three-tiered organization which, in principle, enabled the WHO to combine centralized policy leadership with decentralized operational capacity.*”

brasileira Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)⁸. Os centros são credenciados por um período de quatro anos, com possibilidade de renovação.

Os críticos da estrutura e do financiamento da organização apontam algumas áreas que deveriam passar por reformas para ampliar a efetividade das ações da OMS. Em primeiro lugar, destaca-se a crise financeira: a estagnação, a inadimplência e a sujeição às decisões da Assembleia fizeram com que muitos países e organizações direcionassem suas contribuições para os fundos extraorçamentários, em que é possível vincular o destino do recurso às áreas que consideram prioritárias. Com isso, a descentralização do controle de recursos dificulta que o *Executive Board* possa aplicar o orçamento disponível nas áreas que a organização prioriza coletivamente (Peabody, 1995).

Outras críticas recaem sobre a estrutura da organização. Peabody (1995) aponta que o processo de nomeação dos representantes do *Executive Board* não é transparente e, como todas as organizações internacionais, é sujeito às negociações políticas e trocas de favores. O autor também critica a negociação a portas fechadas para a eleição do Diretor-Geral e a centralidade deste na nomeação de cargos, situação na qual pode haver privilégio a indicações por interesses pessoais, e não por reconhecimento profissional. Crítica semelhante é feita com respeito às nomeações dos diretores dos escritórios regionais e à concentração na mão deste da nomeação dos diretores dos escritórios locais em países de sua região. Para o autor, essa prática seria um desincentivo para a performance dos funcionários, além de favorecer práticas de corrupção para a obtenção de cargos. A divisão em três níveis – global, regional e local – também contribuiria para compartimentalização da autoridade da organização e a dificuldade de atribuir responsabilidades com precisão.

Apesar dos questionamentos financeiros e estruturais, a maior ponderação é sobre a amplitude temática da OMS. Clift (2014) argumenta que a OMS foi criada para ser uma organização de apoio técnico ao tratamento da saúde global e, ao se converter progressivamente em uma agência de financiamento e pesquisa, não cumpre com efetividade nenhum desses papéis. Seria extremamente complicado para uma única organização, que sofre frequentemente de falta de recursos e de pessoal, lidar com temas tão variantes quanto doenças sexualmente transmissíveis e acesso à água potável.

O autor também indica como ponto negativo que as especialidades dos funcionários da OMS não acompanharam a evolução na agenda temática da organização: manteve-se uma política de contratação de profissionais da área médica e biológica, mesmo que haja inúmeros temas econômicos, sociais e políticos envolvidos. Há críticas também sobre a

⁸ A lista completa pode ser consultada em: <https://www.who.int/about/who-we-are/structure/collaborating-centres> (acesso em 01 de junho de 2020).

baixa diversidade dos funcionários, com uma ausência proporcional de funcionários de países em desenvolvimento e a baixa representação histórica de mulheres (Lerer e Matzopoulos, 2001). Com isso, cresceria a interpretação de que a OMS é burocrática, parcial e lenta nas reações internacionais, o que desvia suas prerrogativas para outras organizações como o Banco Mundial, a UNESCO, a UNICEF, a UNAIDS, e fundações privadas como a Rockefeller, Ford e Bill e Melinda Gates.

Entretanto, apesar das críticas, é essencial que se identifique o papel da OMS na coordenação de respostas globais a questões de saúde. A OMS não foi criada para ser uma organização financiadora, mas sim uma agência especializada com capacitação técnica. A organização atuou fortemente em campanhas de conscientização sobre o uso do tabaco, liderou campanhas de erradicação de doenças como malária e varíola e auxiliou a organização de campanhas de vacinação para limitar o avanço de doenças (Lee, 2009). Além disso, a OMS possui um reconhecido e reputado capital técnico para normatizar e uniformizar evidências científicas e protocolos de ação: é a OMS, por exemplo, que atualiza e organiza o Regulamento Sanitário Internacional, formula a lista de medicamentos essenciais e universaliza a nomenclatura de doenças (Ventura, 2020).

Exemplos dessa atuação podem ser encontrados na ação da OMS em eventos críticos recentes. No início dos anos 2000, a OMS atuou para conter o contágio da Síndrome Respiratória Aguda (SARS-Cov), iniciada na Ásia. Na ocasião, a organização mapeou o vírus causador da doença e alertou a comunidade internacional sobre a existência de outros vírus ainda desconhecidos que possuíam animais como hospedeiros. Em 2012, a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) confirmou a informação (Yuen, 2015). Em ambos os casos, a OMS atuou como difusora de protocolos de ação e mecanismos de controle e contágio, bem como por meio da formação de parcerias para o financiamento dos Estados mais afetados.

Essa experiência foi útil para a formulação de planos de resposta para outra grave crise: a epidemia de Ebola, em 2014. A OMS, em conjunto com os governos africanos mais afetados, lançou um plano de resposta que agregou ações de monitoramento, tratamento e prevenção (OMS, 2014). Apesar de críticas à demora da resposta internacional, os recursos direcionados para o controle da epidemia geraram o maior plano de resposta da história até então, com a combinação de contribuições de Estados, fundações privadas, organizações da sociedade civil e outras organizações, como o Banco Mundial (Green, 2014). O desafio do Ebola testou os limites da organização, mas estes foram postos novamente à prova no final de 2019, com a pandemia de Covid-19 (SARS-CoV-2).

Atuação da OMS na pandemia de Covid-19

Em dezembro de 2019, o governo da China anunciou publicamente que uma doença de origem desconhecida estava acometendo a população do país, principalmente nos arredores da província de Hubei, que possui aproximadamente 58 milhões de habitantes. No local, há um grande mercado de produtos exóticos, inclusive animais, com condições precárias de higiene. Entre os primeiros sintomas identificados da nova doença estavam problemas respiratórios graves e o acometimento do sistema pulmonar, que demandavam a internação para uso de respiradores artificiais. Para além da gravidade dos sintomas, um outro elemento preocupou a comunidade internacional: o nível e a forma de contágio. Apesar de ter taxas de contágio inferiores a outras doenças, como dengue e sarampo, a transmissão feita por gotículas propagadas pelo ar dificulta o controle e a identificação dos infectados. Em um mundo globalizado, com intensos movimentos populacionais, não demorou muito para que o novo vírus se espalhasse de Hubei para outros países.

Em 5 de janeiro, a OMS divulgou o primeiro boletim oficial sobre a doença, comparando os sintomas ao de pneumonia e afirmando que a causa ainda era desconhecida⁹. Em 12 de janeiro, o governo chinês anunciou a decodificação genética do elemento causador da doença, e verificou-se que a existência de um novo coronavírus, grupo viral que também havia causado as síndromes respiratórias SARS e MERS. Deu-se a esse novo coronavírus o nome de SARS-CoV-2.

Em 13 de janeiro, foi reportado o primeiro caso fora da China, na Tailândia. Nas semanas seguintes, o Diretor-Geral da OMS, Tedros Adhanom, convocou um Comitê de Emergência, e decidiu pela declaração de situação de emergência global, em 30 de janeiro¹⁰. Em 11 de fevereiro, a OMS formalizou o nome oficial da nova doença: Covid-19. A sigla se refere *Coronavirus Disease 2019*, em referência ao grupo viral e ao ano de identificação do primeiro caso. Durante o mês de fevereiro, as preocupações se voltaram para a dispersão de contágios pelo mundo, romperam as barreiras dos arredores da China, chegando até o continente europeu. Após a verificação de que havia casos em todos os

⁹ Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> (acesso em 02 de junho de 2020)

¹⁰ É a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional é declarada. As anteriores foram: pandemia de H1N1 (2009), disseminação internacional de poliovírus (2014), surto de Ebola na África Ocidental (2014), vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas (2016), surto de ebola na República Democrática do Congo (2018). Para saber mais: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 (acesso em 02 de junho de 2020).

continentes, um dos critérios necessários para a mudança de status, a OMS declarou, em 11 de março, que a situação deveria ser caracterizada como pandemia¹¹.

Por conta do nível de transmissibilidade e a ausência de medicamentos ou vacinas com eficácia comprovada, a OMS ativou um protocolo de recomendações aos governos que estipulava o isolamento social como mecanismo de retardamento do contágio. O acúmulo de pacientes com sintomas respiratórios graves inviabilizaria a capacidade hospitalar de atendimento, colocando em risco não só outros pacientes como também os profissionais de saúde. Ficou famosa a difusão de representações gráficas que falavam sobre a necessidade de “achatar a curva” de contágio, para diluir a quantidade simultânea de infectados e fortalecer as chances de resposta dos sistemas de saúde.

Apesar dessas ações da OMS, a pandemia manteve-se como um risco à saúde global e à manutenção tanto da ordem internacional quanto da ordem social das populações. Em 01 de junho de 2020, os dados oficiais da organização computavam mais de 6 milhões de casos confirmados, com quase 400 mil mortes. Após o início na Ásia e a transferência do epicentro para a Europa, em maio o continente americano passou a ser o líder em casos, com quase 3 milhões de pacientes confirmados. Os Estados Unidos lideram as estatísticas não só regionalmente quanto mundialmente, com quase 2 milhões de casos em 01 de junho de 2020, seguido pelo Brasil, com mais de 500 mil¹².

Para além de preocupações com a saúde global, a pandemia de Covid-19 desnudou outros aspectos em ebulição no sistema internacional: a consolidação da rivalidade entre Estados Unidos e China, e a declaração de guerra de governos conservadores ao multilateralismo. Em relação ao primeiro ponto, os EUA culpam a China pela origem do vírus, inclusive com a publicação de suspeitas sobre a criação do vírus de forma intencional em laboratório. O presidente dos EUA, Donald Trump, passou a usar o termo “*Chinese Virus*” para se referir à doença, em uma simbólica atribuição de culpa. Trump também questionou o governo chinês sobre a omissão e manipulação de dados para minimizar o papel do país na cadeia de transmissão do vírus, e colocou em dúvida a imparcialidade da OMS (Albuquerque, 2020).

Em relação ao segundo ponto, Trump e outros governos conservadores também passaram a culpar a OMS pela demora na resposta. Desde sua campanha eleitoral, Trump questionou enfaticamente as organizações internacionais, defendendo que os EUA dispõem muitos recursos e não recebem retorno, tendo, inclusive, seus interesses

¹¹ A linha do tempo sobre as ações da OMS pode ser consultada em: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19> (acesso em 02 de junho de 2020)

¹² Informações retiradas de: <https://covid19.who.int/> (acesso em 02 de junho de 2020)

imediatos contrariados pelas decisões coletivas. Essa postura é seguida por outros governos conservadores, a exemplo do governo de Jair Bolsonaro, no Brasil. Desde o início de seu mandato e da nomeação de Ernesto Araújo para o Ministério das Relações Exteriores, afinado com as interpretações feitas por Olavo de Carvalho, o multilateralismo tem sido descrito como “globalismo” e como um instrumento de dominação comunista. Exemplo imediato dessa posição é a declaração de Araújo de que, mais perigoso que o coronavírus é o “Comuna Vírus”¹³.

O país também passa por uma grave crise institucional, com a troca de Ministros da Saúde, manifestações sociais e insistência no uso da cloroquina como tratamento para Covid-19, mesmo que em desacordo aos protocolos internacionais e científicos. Na próxima seção, será apresentado como as instabilidades domésticas do Brasil se somam à ausência de mecanismos de coordenação regional, e tornam a América do Sul particularmente suscetível a efeitos econômicos e sociais de longo prazo.

América do Sul: a pandemia em uma região de instabilidade

Conforme apresentado na primeira seção, o continente americano foi precursor da cooperação em saúde, com a criação, em 1902, do escritório regional que veio a ser a atual OPAS. De acordo com Trindade (2002, p. 27), mesmo antes da conversão em escritório regional da OMS, a OPAS trabalhou para a “formação de uma base comum para o desenvolvimento da agenda de problemas e da adoção de políticas de saúde, particularmente nos países da América Latina e Caribe”. Ainda no século XIX, já há registros de conferências e acordos feitos pelos países latino-americanos para tratar de doenças transmissíveis, como a cólera e a febre amarela. Destaca-se, nesse íterim, a realização das Conferências Sanitárias Pan-Americanas e a aprovação do Código Sanitário Interamericano, em 1924 (Trindade, 2002). O vínculo da OPAS com a região foi formalizado em 1950, a partir do reconhecimento conferido pela Organização dos Estados Americanos (OEA):

Também a criação da Organização dos Estados Americanos (OEA) resultou em intenso debate sobre o grau de autonomia desejável para a entidade dedicada à saúde. Em 1950, firmou-se acordo entre a OEA e a OPAS que reconheceu formalmente a última como agência especializada de saúde do Sistema Interamericano. Após essa medida, com o apoio do governo dos Estados Unidos e das Fundações Kellogg e Rockefeller, instalou-se a primeira sede própria da Organização. (Trindade, 2002, p. 75)

¹³ A publicação foi feita no blog pessoal de Araújo e pode ser consultada em: <https://www.metapoliticabrasil.com/post/chegou-o-comunav%C3%ADrus> (acesso em 1 de junho de 2020)

Se no continente o tratamento conjunto do tema não é exatamente uma novidade, o século XXI aprofundou a cooperação entre os países da América do Sul. No final do século XIX, já eram documentados reuniões e compromissos entre países vizinhos, a exemplo da Convenção Sanitária do Rio de Janeiro, assinada em 1887 por Brasil, Argentina e Uruguai (Veronelli e Testa, 2002). Entretanto, a colaboração sistemática e institucionalizada remonta à passagem da década de 1990 para os anos 2000, por meio de organizações como o Mercosul e a Unasul.

No Mercosul, foi criado, em 1996, um Subgrupo de Trabalho direcionado para questões de saúde (SGT 11). Por ser uma organização voltada, nesse período, para questões comerciais, as principais atividades do subgrupo estavam relacionadas à saúde no exercício profissional e harmonização de legislações para produção e comércio de produtos médicos e hospitalares (Machado *et al*, 2007).

Nos anos 2000, o Mercosul passou por uma ampliação de sua agenda temática. Destaca-se, por exemplo, a reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, em 2003, que resultou na convocação de um encontro preparatório para a criação de uma comissão de saúde e desenvolvimento, realizada em 2004. A comissão previa a integração dos membros do Mercosul e de parceiros associados, como Bolívia e Chile, com projetos específicos para as áreas de fronteira¹⁴. A estrutura formada pela junção da Reunião de Ministros e pelo SGT 11 é conhecida como Mercosul-Saúde. Ainda em 2004, foi criado o Fórum Permanente do Mercosul para Trabalho em Saúde, que propôs iniciativas como a regulamentação comum de códigos de ética das profissões médicas (Machado *et al*, 2007).

Em 2008, durante a presidência *pro tempore* do Mercosul, o governo brasileiro sugeriu que os projetos no âmbito da saúde fossem financiados por projetos apresentados ao Fundo de Convergência Estrutural (Focem), destinado a diminuir as assimetrias entre os membros (Ministério da Saúde, 2009). Essa proposta foi o mecanismo utilizado, em 2020, para a liberação de um fundo emergencial de US\$ 16 milhões para o combate a Covid-19 nos países membros¹⁵.

Sem desconsiderar a relevância dos avanços no âmbito do Mercosul, os especialistas consideram que a grande virada no tratamento da saúde na América do Sul veio com a criação da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), em 2008 (Buss e Ferreira, 2011). Criada com o objetivo de ser um fórum de concertação política, a Unasul

¹⁴ As atas das reuniões podem ser consultadas em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=list&slug=mercosul-162&Itemid=965 (acesso em 01 de junho de 2020)

¹⁵ Disponível em: <https://www.mercosur.int/pt-br/esforco-regional-contra-a-pandemia-o-mercosul-aprovou-um-fundo-de-emergencia-de-us-16-milhoes-que-serao-destinados-totalmente-para-o-combate-contra-o-covid-19/> (acesso em 01 de junho de 2020)

estabeleceu diversos Conselhos Temáticos para promover a integração entre os doze Estados da América do Sul. Entre os temas, destacam-se o Conselho Sul-Americano de Defesa, o Conselho sobre Problema Mundial das Drogas, o Conselho de Infraestrutura e Planejamento, e o Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS).

O CSS, criado em 2009, estabeleceu 5 eixos para o primeiro Plano Quinquenal (2010-2015): Política Sul-americana de Vigilância de Eventos em Saúde; sistemas universais de saúde; acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolvimento do complexo produtivo da saúde na América do Sul; promoção da saúde e ações sobre os determinantes sociais da saúde; e desenvolvimento de recursos humanos em saúde (Buss e Ferreira, 2011, p. 2704). A partir desse estímulo, formou-se, o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), “um centro de altos estudos e formulação de políticas públicas, criado em 2010 e efetivado em 2011, cujo norte se volta ao desenvolvimento de lideranças e recursos humanos, buscando, assim, fomentar a governança sul-americana em saúde e a articulação da agenda regional em saúde global” (Souza, 2019, n.p.).

Apesar da formação de uma estrutura regional de saúde, a pandemia chegou na América no Sul em um contexto de desmonte das organizações regionais. Desde o fim da convergência de líderes de centro-esquerda, presentes na maior parte dos países sul-americanos na década passada, e o início da ascensão de governos neoliberais e de direita, a região foi esvaziada na agenda política. Exemplo dessa postura foi a afirmação do Ministro da Economia do Brasil, Paulo Guedes, de que o “Mercosul não será prioridade”, mesmo que a crítica ao bloco contrarie os dados dos benefícios comerciais (Castelan, 2018).

O impacto na Unasul foi ainda mais intenso. Com o argumento de que a organização estava contaminada pela ideologia de esquerda, e em um contexto de busca de isolamento da Venezuela, os países da América do Sul começaram a abandonar, progressivamente, a organização. Em 2018, Brasil, Argentina, Colômbia, Chile, Peru e Paraguai comunicaram a suspensão de suas participações. Em 2019, o Brasil denunciou oficialmente ao tratado constitutivo da Unasul, e declarou publicamente a intenção de constituir o Foro para o Progresso da América do Sul (Prosul)¹⁶, um acordo de governos de direita, ainda sem institucionalidade permanente. A saída da Unasul foi seguida pelo anúncio de que as atividades do ISAGS, que tinha sede no Brasil, seriam descontinuadas. Novamente, pesaram considerações ideológicas sobre a abordagem do Instituto, que trabalha com o conceito de saúde como um direito fundamental e diretamente atrelado ao

¹⁶ Declaração disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/es/notas-a-la-prensa/20297-denuncia-del-tratado-constitutivo-de-la-union-de-naciones-suramericanas-unasur> (acesso em 02 de junho de 2020)

bem-estar das populações. Dessa forma, o avanço de governos de direita, que usam a saúde e a pandemia como arma ideológica, em movimento de desconsideração completa de indicações médicas e protocolos cientificamente comprovados, se deu em um momento no qual a América do Sul carece de instituições sólidas para promover respostas coordenadas (Romero *et al*, 2020).

Entretanto, mesmo em um cenário de crises em diversos níveis, o Brasil encontra-se, paradoxalmente, em uma situação que, se bem articulada, poderia permitir a mitigação dos efeitos da pandemia. O país é um dos únicos do mundo a contar com um sistema de saúde gratuita e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), com extensa capilaridade em todas as regiões do país. Além disso, o país possui uma instituição de referência para o tratamento não só da pandemia atual, mas de todos os processos de atenção à saúde: a Fiocruz. Em colaboração tanto com a OMS quanto com a OPAS, a fundação tem trabalhado incansavelmente para a elaboração de vacinas e de testes rápidos. Em contraposição à ciência, uma determinada visão, liderada pelo atual governo, defende o uso de medicamentos de eficácia sistematicamente questionada, bem como crítica o isolamento social. Pesa, ainda, a falta de transparência com os dados. Para além da subnotificação, o Ministério da Saúde declarou, no início de junho, que divulgaria apenas os dados diários, e não mais os acumulados, retirando informações cruciais dos sites e portais¹⁷. Infelizmente, no momento em que a solidariedade e a cooperação de tornam mais necessárias, a polarização que se estende no país achou na pandemia um terreno fértil para reforçar posições cada vez mais radicais.

Referências:

ALBUQUERQUE, 2020. (In)Segurança em Tempos de Pandemia. *Seminários Virtuais do IRID*, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2WV44u5TUdo> (acesso em 01 de junho de 2020)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de Gestão 2008 da Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul*. Gabinete do Ministro, Assessoria de Assuntos Internacionais. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. The transition from 'international' to 'global' public health and the World Health Organization. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.13, n. 3, p. 623-47, 2006.

BUSS, P.; FERREIRA, J.R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul-Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n.6, pp. 2699-2711, 2011.

¹⁷ Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/06/apos-reduzir-boletim-governo-bolsonaro-retira-dados-acumulados-da-covid-19-de-site-oficial.ghtml> (acesso em 08 de junho de 2020)

CASTELAN, D. O Mercosul: O que fazer? *Boletim OPSA*, n.4, pp. 15-18, 2018.

CLIFT, C. What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance. *Chatham House Report: Executive Summary*, 2014.

CUETO, M (ed.). *Missionaries of science: Latin America and the Rockefeller Foundation*. Bloomington: Indiana University Press, 1994.

FIDLER, D.P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization* 79, pp. 842–849, 2001

GREEN, A. WHO and partners launch Ebola response plan. *The Lancet*, vol. 384, 2014. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2961322-2> (acesso em 02 de junho de 2020)

LEE, K. *The World Health Organization*. Global Institutions Series. Nova York: Routledge, 2009.

LERER, L.; MATZOPOULOS. R. "The Worst of Both Worlds": The Management Reform of the World Health Organization. *International Journal of Health Services*, vol. 31, n. 2, pp. 415–438, 2001.

MACHADO, M.H; PAULA. A.E.K.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no MERCOSUL: uma abordagem brasileira sobre a questão. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.23, n.2, pp. 292-301, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Ebola Response Roadmap*. WHO/EVD/Roadmap/14.1, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131596/EbolaResponseRoadmap.pdf> (acesso em 02 de junho de 2020)

PEABODY, J.W. Na Organizational Analysis of the World Health Organization: narrowing the gap between promise and performance. *Social Science & Medicine*, vol. 40, n. 6, pp-731-742, 1995.

ROMERO, C.A.; LUJÁN, C.; TOKATLIAN, J.G.; HIRST, M. Geopolítica sudamericana del coronavirus. *Nueva Sociedad*, 2020. Disponível em: <https://nuso.org/articulo/geopolitica-sudamericana-del-coronavirus/> (acesso em 01 de junho de 2020)

SOUZA, L.E.S. O que se perde com o fim do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS)? *Observatório Regionalismo*, 2019. Disponível em: <http://observatorio.repri.org/artigos/o-que-se-perde-com-o-fim-do-instituto-sul-americano-de-governo-em-saude-isags/> (acesso em 02 de junho de 2020)

TRINDADE, N. "O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões". In Finkelman, Jacobo (Org.) *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

VENTURA, D. Pandemia: Ocaso ou Refundação das Organizações Internacionais? Aula Inaugural do Mestrado Profissional em Análise e Gestão de Política Internacional (PUC-

Rio). Disponível em: <http://www.iri.puc-rio.br/mapi/pandemia-ou-refundacao-das-organizacoes-internacionais/> (acesso em 01 de junho de 2020)

VERONELLI, J. C.; TESTA, A. (Orgs.). *La OPS en Argentina: crônica de una relación centenaria*. Buenos Aires: Opas, 2002.

YUEN, K.Y. From SARS to MERS and Ebola. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. Vol, 48, n.2, 2015. Doi: 10.1016/j.jmii.2015.02.002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7129785/> (acesso em 02 de junho de 2020)

COLETÂNEA DE LINKS

Notícias, textos de opinião e entrevistas:

1) **“Caught in a superpower struggle: the inside story of the WHO’s response to coronavirus”**. *The Guardian*, 18 de abril de 2020. Autor: Julian Borger.

“Caught between the US and China, the world health body has been unable to enforce compliance or information sharing.”

Notícia completa em: <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/18/caught-in-a-superpower-struggle-the-inside-story-of-the-whos-response-to-coronavirus>

2) **“The WHO v coronavirus: why it can’t handle the pandemic”**. *The Guardian*, 10 de abril de 2020. Autor: Stephan Buranyi.

“Attacked by Trump and ignored by many of its most powerful members, the World Health Organization is facing a major crisis – just at the moment we need it most.”

Notícia completa em: <https://www.theguardian.com/news/2020/apr/10/world-health-organization-who-v-coronavirus-why-it-cant-handle-pandemic>

3) **Global leaders unite to ensure everyone everywhere can access new vaccines, tests and treatments for COVID-19**. *The World Health Organization Press Release*, 24 de abril de 2020.

“Unprecedented gathering of heads of government, institutions and industry cements commitment to accelerate development and delivery for all populations”.

Notícia completa em: <https://www.who.int/news-room/detail/24-04-2020-global-leaders-unite-to-ensure-everyone-everywhere-can-access-new-vaccines-tests-and-treatments-for-covid-19>

4) **De pandemias, desenvolvimento e multilateralismo**. *Le Monde Diplomatique*, 03 de abril de 2020. Autor: Paulo Buss (Fiocruz).

“Assim que, na urgência que caracteriza estas situações epidêmicas, é imprescindível, também com urgência, refletir sobre as causas estruturais não apenas desse, mas de outros processos epidêmicos; das enfermidades transmissíveis endêmico-epidêmicas emergentes e re-emergentes; das doenças não-transmissíveis; das causas externas como acidentes e violências; dos impactos diretos das mudanças climáticas e da perda dos serviços ecossistêmicos sobre a saúde e sobre os determinantes sociais e ambientais – para que o mundo ‘alcance saúde e bem-estar para todos em todas as idades’, enunciado do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável sobre Saúde (ODS 3). Sem isso, vamos ser acometidos de outros processos semelhantes que nos ameaçam como espécie e, ao mundo, de sobreviver.”

Texto completo em: <https://diplomatique.org.br/de-pandemias-desenvolvimento-e-multilateralismo/>

Artigos, Capítulos de livro e livros:

- 1) SIDDIQI, J. **World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System**. Carolina do Sul: University of South Carolina Press, 1995.
- 2) BUSS, P. **Diplomacia da saúde nos tempos do barão e nos dias de hoje: o Barão do Rio Branco e a saúde pública**. In PEREIRA, M.G. (org.) *Barão do Rio Branco: 100 anos de memória*. Brasília : FUNAG, 2012. Disponível em: <http://funag.gov.br/loja/download/1007-Barao do Rio Branco - 100 anos de memoria.pdf>
- 3) GRECO, D. **A Proposal for the Confrontation of the COVID-19 Pandemic**. *Clin.Eval*. 48(1), pp. W34-W40, 2020. Disponível em: http://cont.o.oo7.jp/48_1/w34-w40pre.pdf
- 4) SANAJUFA, J.A. **COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza**. In MESA, M. (coord.) *Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19*. Anuario CEIPAZ 2019-2020. Disponível em: <https://eprints.ucm.es/60555/1/!%CC%81ndice%20y%20cap%20Sanahuja.pdf>

Documentos:

- 1) **The World Health Organization Disease (COVID-19) Dashboard**. Mapa interativo com atualizações diárias sobre quantidade de casos de Covid-19 em cada país e gráficos com o histórico de evolução de contaminação e óbitos. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
- 2) **Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL)**. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales. Informe Especial Covid-19, 03 de abril de 2020. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/S2000264_es.pdf?sequence=6

Outros:

- 1) **Webinário “Encontros Preparatórios ABRI: Pandemia, multilateralismo e ordem internacional”**. Evento online realizado pela Associação Brasileira de Relações Internacionais, em 18 de maio de 2020. Participantes: Prof. Marcos Cepik (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Profa. Monica Hirst (Universidade Torcuato di Tella e IESP-UERJ) e Prof. Bernabé Malacalza (Universidade Nacional de Quilmes). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tMR0wB91bW4>
- 2) **Bulletin of the World Health Organization**. Periódico de saúde pública publicado pela OMS. A compilação dos artigos sobre Covid-19 está disponível no link: https://www.who.int/bulletin/online_first/COVID-19/en/
- 3) **The World Health Organization Global research database (Covid-19)**. WHO is gathering the latest international multilingual scientific findings and knowledge on COVID-19. The global literature cited in the WHO COVID-19 database is updated daily (Monday through Friday) from searches of bibliographic databases, hand searching, and the addition of other expert-referred scientific articles. This database represents a comprehensive multilingual source of current literature on the topic. While it may not be exhaustive, new research is added regularly. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/>