

II ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E ECONÔMICA E REGULAÇÃO

MARCUS FIRMINO SANTIAGO

VERONICA LAGASSI

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG - Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove - São Paulo

Representante Discente - FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie - São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM - Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF - Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP - São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - UNIVEM - São Paulo

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR - Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM - Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG - Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuriçtiba - Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB - Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - Unifor - Ceará

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - Minas Gerais

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC - Minas Gerais

Membro Nato - Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

T772

Transformações na ordem social e econômica e regulação [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Marcus Firmino Santiago ; Veronica Lagassi – Florianópolis: CONPEDI, 2020.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5648-243-9

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, pandemia e transformação digital: novos tempos, novos desafios?

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Ordem social. 3. Regulação. II Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2020 : Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



II ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

TRANSFORMAÇÕES NA ORDEM SOCIAL E ECONÔMICA E REGULAÇÃO

Apresentação

O ano de 2020 segue trazendo obstáculos e desafios. Ninguém ficou à margem da pandemia que assola o globo e afeta diretamente os espaços social, político, econômico ou jurídico. Porém, para alguns, as dificuldades têm sido maiores. A pandemia é desigual.

Esta realidade não passou despercebida pelos pesquisadores que se reuniram no Grupo de Trabalho Transformações na Ordem Social e Econômica e Regulação, no dia 05 de dezembro, no âmbito do II Encontro Virtual do Conpedi. Cada um em sua casa, todos juntos em um diálogo rico e construtivo, permeado por reflexões extremamente relevantes e que ajudam a compreender o mundo de hoje e pensar o de amanhã.

Como de hábito nos encontros do Conpedi, praticamente todas as Regiões brasileiras se viram representadas, em um amálgama plural e, ao mesmo tempo, uníssono na preocupação em construir um pensamento jurídico socialmente orientado.

Os artigos apresentados podem ser agrupados em dois eixos de discussão que, em conjunto, permitiram um debate abrangente sobre diferentes e relevantes temas relacionados ao Direito e Economia.

Um primeiro teve por foco debates sobre o papel do Estado e análises acerca de suas deficiências enquanto garantidor dos direitos fundamentais e dos interesses coletivos, quadro que se evidencia enfaticamente diante da crise sócio econômica trazida pela pandemia.

Neste conjunto, foram apresentados estudos sobre:

a) A natureza do modelo neoliberal de Estado e a preponderância de um mercado que depende profundamente da ação estatal para garantir suas liberdades e reforçar sua capacidade de dominação sobre os espaços produtivos, em especial as relações de trabalho (Regulação do trabalho, neoliberalismo e pandemia);

b) A força das empresas e a fragilidade dos Estados no contexto da expansão globalizante, com destaque para a busca por vantagens competitivas em detrimento da proteção às pessoas, a limitar a abrangência dos sistemas regulatórios nacionais (Crise do estado-nação: impactos fiscais frente à globalização econômica);

c) O desafio de construir uma ação integrada e cooperativa entre os países para enfrentar a pandemia do Covid-19, o que não ocorreu, mostrando a fragilidade de Estados e organismos internacionais (A demagogia nas questões de enfrentamento do covid-19 em âmbito internacional e o paradoxo da ineficácia de políticas públicas);

d) O papel da OMS como reguladora global de políticas de saúde pública, suas condutas e deficiências, com destaque para a fragilidade dos parâmetros jurídicos adotados pela OMS para coordenar as ações dos países, face à não vinculatividade de suas medidas (A covid-19 no contexto da saúde global: uma análise sobre a efetividade da Organização Mundial da Saúde e de suas normas);

e) A tibieza do sistema protetivo, em especial o marco civil da internet, diante da disseminação das fake news, fenômeno que tem feito com que a primazia tradicionalmente conferida à liberdade de expressão passe a ser sopesada (Bases principiológica e conceitual sobre o fenômeno da desinformação e da “fake news”: conflito entre a liberdade de expressão e a privacidade na sociedade da informação);

f) A natureza jusfundamental da privacidade e os desafios trazidos pela revolução tecnológica, com sua enorme disseminação na circulação de dados pessoais, dados que viram uma espécie de capital para as empresas (A proteção de dados pessoais: função social e atendimento da finalidade da ordem econômica);

g) A digitalização das relações sociais, fenômeno que promove uma aproximação crescente entre pessoas e máquinas, pela via da presença cada vez mais constante da inteligência artificial, e que traz a questão: quais os limites para a possibilidade de apreensão da vontade humana? (Inteligência artificial e repercussão em direitos fundamentais: relações com integração, autonomia e digitalização da sociedade);

h) A ausência de um sistema normativo internacional de controle sobre as práticas das empresas transnacionais e os freios que estão previstos na Constituição brasileira e que funcionam como garantia de respeito à função social que a atividade econômica deve ter (Empresa e sua função social à luz da Constituição Federal);

i) A importância de as decisões jurídicas e econômicas serem embasadas em análises abrangentes, que consigam considerar os vários riscos em jogo e a necessidade de as decisões serem tomadas de forma transparente e isonômica (Coronavírus e premissas das decisões judiciais: risco, provisoriedade e falta de um cenário macro);

j) A busca por equilibrar o direito à educação com a proteção à saúde, de forma adequada às necessidades de estudantes com deficiência, dificuldades que se conectam primordialmente à capacidade de docentes e discentes lidarem com estes alunos, sendo esta a maior barreira à aplicação das normas já existentes voltadas a assegurar a inclusão (A sala de aula invertida e a inclusão das pessoas com deficiência no ensino jurídico em tempos de pandemia);

k) O conceito e as origens do patrimonialismo, tradição arraigada no Estado brasileiro, e sobre as normas jurídicas voltadas a coibi-lo (As raízes do patrimonialismo no Brasil e suas consequências no estado contemporâneo).

O segundo eito temático contemplou estudos mais focados em aspectos regulatórios, mas que nem por isso deixaram de ressaltar a preocupação com as necessidades sociais e os impactos que as decisões estatais produzem sobre a vida das pessoas.

Aqui se encontram artigos que tratam:

a) Das alterações regulatórias trazidas para o sistema financeiro diante das necessidades sociais criadas pela pandemia, como o acesso ao auxílio emergencial, e a expansão da bancarização (A pandemia como fator de incentivo à digitalização do sistema financeiro nacional);

b) Das variáveis em discussão nas PECs que objetivam promover a reforma do sistema tributário e seus potenciais impactos sobre o segmento dos produtores e consumidores de leite (Breves comentários sobre os impactos da reforma tributária no segmento dos lácteos);

c) Da nova regulamentação aplicada aos alimentos de origem animal, com ênfase para as repercussões sobre o setor lácteo, com destaque para a crítica à ausência de debates antecedentes à edição do decreto (Comentários ao Decreto nº 10.478/2020);

d) Da relação entre setor de distribuição de energia elétrica e de comunicações, em uma análise dos marcos regulatórios aplicáveis ao compartilhamento de infraestrutura pelos dois setores (O fenômeno do compartilhamento dos postes à luz de ferramentas da análise econômica do direito);

e) Da contabilidade gerencial como ferramenta necessária a todos os envolvidos com a gestão empresarial, de modo a permitir um melhor planejamento tributário (O princípio da não-cumulatividade como ferramenta do controller);

f) Do sistema nacional de vigilância sanitária, abrangendo as diversas etapas que envolvem o processo de aprovação de novos medicamentos e da sua disponibilização aos consumidores, enfatizando a importância do controle regulatório como proteção ao ser humano (Política regulatória das boas práticas de fabricação como mecanismo de garantia de qualidade e segurança dos medicamentos no Brasil);

g) Da natureza extrafiscal do ICMS e seu uso como instrumento para incentivar ou desestimular o consumo a fim de defender a modulação da sua alíquota como mecanismo de política pública para assegurar melhor acesso a produtos essenciais e combater a desigualdade (Princípio da seletividade no ICMS com aplicação ao gás liquefeito de petróleo: uma análise da importância para a redução das desigualdades sociais).

Em seu conjunto, os artigos que compõem esta coletânea abarcam inúmeras questões essenciais ao estudo do Direito e Economia e permitem aos leitores ter acesso a reflexões densas sobre problemas extremamente atuais e relevantes. Aproveitem a leitura!

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago

Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP

Prof.^a Dr.^a Verônica Lagassi

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Nota técnica: Os artigos do Grupo de Trabalho Transformações na Ordem Social e Econômica e Regulação apresentados no II Encontro Virtual do CONPEDI e que não constam nestes Anais, foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals (<https://www.indexlaw.org/>), conforme previsto no item 7.1 do edital do Evento, e podem ser encontrados na Revista Brasileira de Filosofia do Direito. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

A COVID-19 NO CONTEXTO DA SAÚDE GLOBAL: UMA ANÁLISE SOBRE A EFETIVIDADE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E DE SUAS NORMAS

COVID-19 IN THE CONTEXT OF GLOBAL HEALTH: A REVIEW OF THE EFFECTIVENESS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION AND ITS NORMS

Gustavo Dobler ¹

José Alberto Antunes de Miranda ²

Resumo

O objetivo deste trabalho é problematizar o enfrentamento da COVID-19 sob a perspectiva da saúde global, avaliando se a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o conjunto normativo de controle de doenças epidêmicas são efetivos no cenário da atual pandemia. Adotou-se o método dedutivo, com pesquisa qualitativa e quantitativa e emprego de pesquisa bibliográfica. Conclui-se que, apesar da grande evolução do conjunto de normas internacionais e da instituição de uma agência especializada para gerir os riscos epidemiológicos mundiais, a saúde global ainda não alcançou plena efetividade no combate às pandemias.

Palavras-chave: Saúde global, Organização mundial da saúde, Efetividade, Normas internacionais

Abstract/Resumen/Résumé

The objective of this work is to problematize the confrontation of COVID-19 from the global health perspective, assessing whether the World Health Organization (WHO) and the normative set of epidemic disease control are effective in the current pandemic scenario. The deductive method was adopted, with qualitative and quantitative research and use of bibliographic research. It is concluded that, despite the great evolution of the set of international norms and the institution of a specialized agency to manage the world epidemiological risks, global health has not yet reached full effectiveness in combating pandemics.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Global health, World health organization, Effectiveness, International standards

¹ Mestrando em Direito e Sociedade pela Universidade La Salle - Canoas/RS. Especialista em Direito Penal e Política Criminal pela UFRGS. Bacharel em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense.

² Doutor em Estudos Estratégicos Internacionais pela UFRGS e professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Direito e Sociedade da Universidade La Salle.

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, foram reportados os primeiros casos de uma doença até então desconhecida pelo homem, que viria, em poucos meses, a alastrar-se pelo mundo, infectando dezenas de milhões de pessoas, matando centenas de milhares e causando uma enorme crise econômica, política e social. Esse poderia ser o enredo de uma esplendorosa produção hollywoodiana, que, aliás, já representou algumas produções cinematográficas;¹ porém, infelizmente trata-se de uma história real, com a qual vivemos atualmente e que ainda provocará muitos impactos nos próximos anos.

As epidemias, no entanto, não são problemas recentes. A história nos mostra que vários foram os desastres envolvendo doenças no decorrer dos milênios, a indicar que a humanidade sempre conviveu com riscos epidemiológicos, com variações em dimensões e consequências. Sabe-se, porém, que a globalização afetou muito a complexidade das epidemias, pois a abertura de fronteiras nacionais, a compressão espaço-temporal de comunicações, os fluxos econômicos e humanos e a incorporação de tecnologias potencializaram os efeitos das doenças, tornando as medidas de prevenção e de combate assuntos de interesse comum, representados na chamada saúde global, um novo paradigma da saúde.

O presente artigo problematiza o enfrentamento da COVID-19 sob a perspectiva da saúde global, no sentido de avaliar se a Organização Mundial da Saúde e o conjunto normativo sobre controle de doenças epidêmicas são efetivos no cenário da atual pandemia. Na primeira parte, explora-se a construção do conceito de saúde global, a partir dos influxos da globalização. Em seguida, apresenta-se uma evolução das normas internacionais de controle de epidemias e o papel da Organização Mundial da Saúde nesse sistema. Por fim, faz-se um mapeamento da COVID-19 e uma crítica em relação à inefetividade desse complexo de normas e instituições no real monitoramento dos riscos epidemiológicos globais.

Nessa linha, a partir do método de abordagem dedutivo, com pesquisa qualitativa e quantitativa e utilização de pesquisa bibliográfica, o estudo aporta a percepção da complexidade das epidemias no Século XXI diante da globalização e demonstra que, além de interdisciplinar e diretamente relacionada ao problema do subdesenvolvimento humano, a saúde global ainda não possui instituições e regimentos plenamente efetivos para enfrentar pandemias.

¹ Por exemplo, o filme Contágio (2011) apresenta a história da propagação de um vírus mortal que provoca uma grave crise social e econômica, mostrando, ainda, o trabalho árduo de pesquisadores para a identificação da doença e para a criação e difusão de uma nova vacina que venha a conter a pandemia.

2 A GLOBALIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE GLOBAL

O problema das epidemias está diretamente associado a um outro problema não menos complexo para a humanidade: o subdesenvolvimento de algumas regiões e, por consequência, a desigualdade nos padrões de qualidade de vida entre os povos. Enquanto vários dos Estados do Norte desfrutam de ótimas condições de liberdade, igualdade, ocupação, segurança, saúde, educação, saneamento básico e lazer, os Estados do Sul, com raras exceções, enfrentam uma realidade bastante diferente, de privações, de dificuldades socioeconômicas e de muita luta por espaços adequados na sociedade.

As grandes epidemias da história, especialmente as ocorridas até o Século XIX, foram resultado de condições sanitárias totalmente inadequadas, pelo que a transmissão de doenças aos humanos se originou do acúmulo de matéria orgânica não devidamente tratada. No entanto, atualmente, mesmo com a criação de vacinas e com a implementação de tecnologias na área da saúde, existem doenças que continuam afetando em maior ou menor grau as várias comunidades nacionais, e esse problema se deve, sobretudo, às barreiras de acesso existentes para os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, um nítido problema de desigualdade (MEDINA-ARELLANO, 2018).

Nessa linha, é interessante problematizar a questão das epidemias sob a perspectiva da globalização, um movimento cuja definição não é única e universalmente aceita, mas que possui certas características que podem ser descritas. A globalização pode ser entendida como ação a distância, isto é, quando os impactos de ações locais se difundem para diversas outras áreas do planeta; como compressão espaço-temporal, no sentido de haver incrível redução das barreiras de comunicação entre pessoas ao redor do mundo, seja presencialmente, seja por meio virtual; como um processo de encolhimento, ou seja, como um processo de erosão das fronteiras; como integração global, reprogramação das relações de poder e várias outras interpretações (HELD; MCGREW, 2001).

De acordo com Arnaud (2005), a globalização provocou mudanças radicais no mundo, que desde os anos 1980 passou para outro patamar. Isso se deve ao fato de que, com os traços marcantes da integração global (a redução das barreiras à comunicação, o “encolhimento do mundo”, a reordenação das relações de poder), o Direito construído dentro de comunidades nacionais tornou-se cada vez menos capaz de exercer as funções para as quais foi criado.

Como se nota, a realidade atual mostra uma verdadeira dispersão das camadas de poder político, que estão distribuídas entre Estados-Nação (com cada vez menor liberdade de decisão), grupos de pressão populares (grandes movimentos sociais internacionalizados), organizações

de viés internacional, supranacional e transnacional, além de empresas multinacionais com gigantesco poder econômico e organizações não governamentais amplamente estruturadas.

A “[...] globalização ameaça, assim, em muitos aspectos e de maneira bastante radical, a regulação jurídica de tipo clássico.” (ARNAUD, 2005, p. 3). Embora apenas no fim do Século XX tenha havido a ascensão de todas as comunidades à ordem internacional dos Estados-Nação – pela queda dos impérios europeu, norte-americano e soviético –, pode-se afirmar, desde já, que a integração global provocada pelo movimento de globalização questiona a soberania dos Estados-Nação enquanto comunidades politicamente integradas que compartilham de diversos interesses comuns (HELD; MCGREW, 2001).

A presença mais ou menos importante dos Estados-Nação na ordem política pode ser descrita sob três grandes paradigmas. O primeiro deles identifica-se com a fase do absolutismo, um modelo construído como fórmula de solucionar os problemas gerados por guerras religiosas, que dissiparam a ordem social. No absolutismo, o poder representava-se em uma autoridade soberana e centralizada, que exercia a força sob certos limites geográficos, buscando pacificar a convivência e neutralizar as forças consideradas desagregadoras (SATO, 2016).

O segundo paradigma identifica-se com o surgimento do Estado liberal, que teve o seu auge na segunda metade do Século XIX. Nesse momento, criaram-se mecanismos de contenção do poder político, através de instituições democráticas, notadamente na figura do Parlamento, e admitiu-se a participação política dos cidadãos na formação do Estado, por meio da eleição de governantes. O terceiro paradigma, considerado ainda em transcurso, é o da globalização, cujo surgimento pode ser delimitado como posterior à Primeira Guerra Mundial e que se desenvolveu com o multilateralismo e com a criação de cortes judiciais internacionais. Essa abertura para as relações internacionais reduziu a centralidade dos Estados-Nação, que, apesar de ainda terem importância na ordem internacional, compartilham o poder político com outras organizações ao vincularem-se a tratados e convenções internacionais e ao serem influenciados pelos costumes e tradições das comunidades mais desenvolvidas (SATO, 2016).

Na perspectiva da globalização cultural, a interação humana com outras comunidades reprograma os padrões e as referências habituais de constituição do indivíduo, que se reordenam de acordo com os *standards* da sociedade global. Elementos como idiomas, músicas, danças, vestimentas, crenças, tradições e religião são, de certa forma, impregnados ou influenciados por outros padrões de circulação mundial, a exemplo do inglês como idioma e da música *pop* como cultura musical internacional (IANNI, 2014).

No entanto, a globalização não pode ser vista como um processo de plena igualdade e de equalização das diferenças, já que, além de produzir impactos distintos entre as comunidades

nacionais, não segue um padrão fixo ou singular. Trata-se de um movimento com características complexas que reúne forças de diversas origens e, em muitos momentos, contraditórias, as quais promovem, ao mesmo tempo, “[...] cooperação e conflito, integração e fragmentação, exclusão e inclusão, convergência e divergência, ordem e desordem.” (HELD; MCGREW, 2001, p. 21).

É correta, portanto, a advertência de Fortes (2014, p. 367): “Apesar da globalização atingir, direta ou indiretamente, qualquer espaço e pessoa do planeta, isso não significa que seus reflexos e consequências atinjam a todos de igual maneira, e que tenham a mesma repercussão em todas regiões.” Na realidade, observa-se que a globalização, em muitas circunstâncias, tem a face de um processo profundamente desagregador, pois nem todos usufruem igualmente de suas vantagens, muito concentradas nas comunidades nacionais com alto poder aquisitivo.

Na área das tecnologias de saúde, por exemplo, ainda que existam, hoje, medicamentos e vacinas de reconhecida qualidade contra doenças epidêmicas, a disponibilidade desses meios para as populações obedece a uma lógica de mercado, de modo que o acesso, em muitos casos, restringe-se aos países que podem adquirir os produtos. Em países da África, o alto preço dos medicamentos utilizados para controlar a AIDS dificulta o acesso da população vulnerável ao tratamento, agravando os danos da epidemia (MEDINA-ARELLANO, 2018).

Portanto, vê-se que, na perspectiva da globalização, a posição de isolamento ou de unilateralismo mostra-se como uma estratégia política equivocada, pois a compressão espaço-temporal e a integração global criam fluxos econômicos, sociais e culturais entre comunidades nacionais, reduzindo as distâncias e fixando uma rede de interesses comuns a ser regulada pela ordem internacional. As comunidades então divididas entre Estados-Nação se interconectam constantemente e permitem a visualização de um horizonte de sociedade global.

A interdependência entre os Estados-Nação nas suas diversas relações produz impacto considerável também sobre a saúde das pessoas: bastar observar, por exemplo, a disseminação de redes de *fast-food* pelo mundo nas últimas décadas, uma reprodução dos padrões alimentares não saudáveis dos países desenvolvidos, ou, ainda, a maior transmissibilidade das patologias epidêmicas em razão das facilidades de deslocamento entre os países (FORTES, 2014).

Os interesses comuns advindos do movimento de globalização, a exemplo do comércio internacional, da proteção do meio ambiente, da segurança alimentar e dos direitos humanos, estimularam as relações de multilateralismo e, assim, a criação de blocos regionais e globais de poder político, como a OMC, NAFTA, ALCA, Mercosul e a União Europeia. Essa ordem ainda é fiscalizada e mediada por atores sociais privados, como as organizações não governamentais, empresas transnacionais e movimentos sociais ativistas. Assim, o modelo tradicional de Estado-

Nação hegemônico e soberano é progressivamente substituído pela distribuição do poder em camadas locais, regionais e globais de organização política (FORTES, 2014).

No campo da saúde, a globalização viabilizou a construção de um conceito adequado para a dimensão mundial do problema: a saúde global. Essa disciplina poderia ser classificada como um terceiro paradigma do tratamento da saúde enquanto bem público coletivo. O primeiro paradigma é o da saúde pública, uma disciplina com ênfase na coletividade e na promoção de medidas de prevenção e recuperação restritas às comunidades nacionais. O segundo paradigma é o da saúde internacional, cujas origens estão no Século XIX e que já percebe a necessidade de cooperação entre Estados-Nação para a regulação de interesses sanitários. O conceito foi criado em 1913 pela Fundação Rockefeller, nos Estados Unidos, e seu objeto, segundo Fortes (2014), centrou-se para além das fronteiras nacionais, em pautas como cuidados com as doenças infectocontagiosas, desnutrição, mortalidade materna e infantil e assistência aos países dados como menos desenvolvidos.

A transição para o terceiro paradigma da saúde ocorreu nas últimas décadas do Século XX; acompanhou, portanto, o próprio movimento de globalização, sendo possível afirmar que é uma decorrência sua. Fala-se em saúde global, porém parece também ser viável falar-se em globalização da saúde. Conforme Fortes (2014), na saúde global se afirma a interdependência global dos problemas sanitários, de maneira que as soluções necessárias já não podem ser construídas apenas por medidas nacionais, senão por toda a humanidade, integrada em um só propósito: a defesa da saúde de todos, independentemente da nacionalidade.

A partir da análise dos autores, identifica-se que, sendo a saúde um bem público e um interesse global, o diálogo para a construção de políticas adequadas, na saúde global, torna-se não só da responsabilidade dos Estados-Nação como também de todos os atores sociais que, ao fim e ao cabo, são os que suportam os danos dos problemas sanitários. Criam-se, então, desafios para a implementação da saúde global no sentido da democratização dos processos decisórios.

O Movimento pela Saúde dos Povos, por exemplo, é uma cadeia global de agentes e organizações que defende a saúde como um direito fundamental e que está presente em mais de 70 países, promovendo o projeto *WHO Watch* (Observatório da OMS), que busca introduzir a participação social nos processos de decisão da OMS pelo acompanhamento das reuniões, pela aproximação com os representantes nacionais e pela elaboração de pareceres (ROCHA; MARTINS; FARIAS, 2020).

A criação do *Who Watch* foi uma iniciativa direta do Movimento pela Saúde dos Povos e orientada pelo entendimento de que a governança global da saúde é comandada, atualmente, pelas grandes potências e por corporações transnacionais, sem a abertura indispensável para a

participação social. Desse modo, o projeto permite a inserção de *watchers* (observadores) nas reuniões da OMS, que dialogam com os representantes nacionais, tomam nota das discussões e apresentam as análises críticas produzidas pelos ativistas sobre os assuntos postos em pauta, às vezes com espaço inclusive para leitura nas sessões plenárias. Entretanto, embora seja muito relevante para democratizar a governança global da saúde, a participação dos observadores é, ainda, bastante restrita e não tem capacidade suficiente para interferir nas discussões da OMS (ROCHA; MARTINS; FARIAS, 2020).

Além da face democrática do conceito de saúde global, enfatiza-se a sua característica interdisciplinar, que se vale não só das ciências biológicas para direcionar a governança, mas também das ciências sociais e humanas. Assim, o foco passa das doenças para as pessoas, de maneira que são introduzidas as variáveis culturais, sociais, políticas e econômicas para dentro da gestão relacionada à saúde. Compreende-se, finalmente, que o puro modelo biológico, que centra todas as atenções no desenvolvimento de tecnologias contra doenças, é incapaz de lidar com a complexidade dos problemas relacionados à saúde (FORTES, 2014).

Por consequência, o desenvolvimento humano torna-se uma condição e uma variável muito importante nos processos políticos da governança global em saúde. Com razão, sustenta Medina-Arellano (2018) que é impossível falar de serviços de saúde de qualidade quando a maioria de um povo sequer tem acesso à água ou a alimentos, ou mesmo falar de campanhas de imunização quando a população se encontra em estado caquético. O subdesenvolvimento, a pobreza e a desigualdade elevam o contato das pessoas com agentes patogênicos e favorecem o desenvolvimento das epidemias.

Tem-se, portanto, que a saúde global atua em campos onde as ações nacionais são incapazes de dar conta das demandas, isto é, em problemas que estão acima da capacidade individual dos Estados-Nação, buscando concretizar justiça social, equidade e solidariedade, com respeito às variáveis culturais, sociais, políticas e econômicas e aos distintos contextos regionais e locais. De acordo com Fortes (2014), estes são alguns dos problemas enfrentados pela saúde global: acesso universal à saúde e a vacinas; novas doenças pandêmicas; moléstias negligenciadas, tais como dengue e febre amarela; alimentação e obesidade; e desenvolvimento das condições ambientais e sanitárias.

Em síntese, sob a perspectiva da saúde global, os problemas locais ou regionais de saúde, quando as soluções não estejam ao alcance das ações nacionais, tornam-se problemas globais, por conta dos valores de justiça social, igualdade e solidariedade. Esse cenário influenciou significativamente nos papéis desempenhados pelos Estados e por organizações internacionais na regulação e no controle das doenças, como se verá a seguir.

3 AS EPIDEMIAS COMO UM PROBLEMA PERSISTENTE NA HISTÓRIA: A EVOLUÇÃO DAS NORMAS INTERNACIONAIS DE CONTROLE

A história nos mostra que doenças infecciosas afetam a humanidade há milênios e que, até o descobrimento dos micro-organismos patogênicos, muitas foram as explicações para as epidemias. Da vontade divina até acusações de feitiçaria, sempre se procurou encontrar um motivo plausível para compreender o porquê de tantas ondas de desgraça, até a descoberta dos vírus e a entrega à ciência do papel de identificar, classificar e compreender o funcionamento dos micro-organismos patogênicos.

Tabela 1 – Registros de algumas epidemias marcantes na história

Epidemia	Época	Impacto
Peste de Atenas	430-426 a.C.	70 mil mortes (cerca de 1/3 da população ateniense)
Peste Antonina	166-189 d.C.	Cerca de 5 milhões de mortes
Peste Justiniana	542-750 d.C.	Entre 25 a 50 milhões de mortes
Peste Negra	1343-1353	Morte de 1/3 da população europeia e 24 milhões de mortes no Oriente
Gripe Espanhola	1918-1920	Entre 15 e 50 milhões de mortes
Gripe A H1N1	2009-2010	18 mil mortes
COVID-19	2019-	Até 4/9/2020, 869.290 mortes

Fonte: autoria própria, com dados de Ruiz-Loyola (2012); Rezende (2009); Gurgel (2013); Jaskulski, Jaskulski e Guilhermano (2012); e Google (2020)

A partir dos dados apresentados, nota-se que as epidemias, além de serem problemas recorrentes ao longo da história, são responsáveis por milhões de mortes e atingem diferentes locais, com um predomínio inicial na Europa e Ásia e, na Gripe Espanhola², Gripe A H1N1 e na COVID-19, com impactos já globais. Essa evolução nos permite constatar, desde já, que a globalização potencializa o alastramento das epidemias em termos geográficos, porquanto a facilitação das comunicações humanas traz, como consequência, um maior contato físico entre as pessoas, viabilizando a transmissão de doenças epidemiológicas. Tal potencialização dos

² A gripe espanhola chegou ao Brasil aproximadamente no mês de setembro de 1918, por meio do navio inglês Demerara, que esteve em Recife, Salvador e Rio de Janeiro. Calcula-se que cerca de 65% da população se infectou e que houve pelo menos 300 mil mortes. No Rio Grande do Sul, a gripe chegou com o navio Itajubá, que estava com 38 tripulantes adoecidos, atracando no porto de Rio Grande. A transmissão foi muito rápida e colocou em risco a vida e a saúde dos 1.985.500 habitantes do Estado na época. O número oficial de mortos no Estado foi de 3.971 pessoas (JASKULSKI; JASKULSKI; GUILHERMANO, 2012).

impactos provocou novas necessidades de regulação e, nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde exerce um papel importante na criação de normas e diretrizes internacionais relativas à saúde internacional, apesar de não estar imune a críticas quanto à sua efetividade.

A cooperação jurídica internacional em saúde, até a criação da OMS em 1948, deu-se por convenções internacionais limitadas à tutela de um número específico de doenças e das quais participavam somente alguns Estados. A Primeira Conferência Sanitária Internacional de 1851, realizada em Paris, é um marco nessa percepção de que as doenças infectocontagiosas são problemas que ultrapassam as ações nacionais e dependem de cooperação internacional, embora esta ainda fosse muito limitada em complexidade. A partir dela, proliferaram-se normas internacionais de cooperação internacional em saúde, tidas como uma grande colcha de retalhos de tratados sobre doenças infecciosas, pela ausência de sistematização e de uma instituição que pudesse supervisionar o cumprimento dessas normas internacionais (PAGOTTO, 2018).

Quadro 1 – Alguns eventos e documentos sobre saúde internacional anteriores à fundação da OMS

Evento/Documento	Ano
Primeira Conferência Sanitária Internacional	1851
Convenção Sanitária entre o Império do Brasil, a República Argentina e a República Oriental do Uruguai	1887
Conferência Sanitária Internacional de Veneza	1892
Conferência Sanitária Internacional	1897
Primeira Conferência Sanitária das Américas	1902
Código Sanitário Pan-Americano	1924
Acordo Internacional para a Dispensa de Atestados de Saúde	1934
Acordo Internacional para a Dispensa de Vistos Consulares em Atestados de Saúde	1934
Convenção Sanitária Internacional para a Navegação Aérea	1933, 1944
Convenção Sanitária Internacional	1903, 1912, 1926, 1938, 1944

Fonte: autoria própria, com dados de Brasil (2020) e Menucci (2006)

O período entre a Primeira Conferência Sanitária Internacional (1851) até a adoção do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) pela OMS em 1951 é classificado por Fidler (2005) como o regime clássico, uma vez que os documentos regulatórios da saúde internacional então

formalizados se baseavam em duas premissas comuns: dever de notificação recíproca acerca de surtos de doenças específicas nos seus territórios e adoção de medidas de prevenção somente com base em evidências científicas e nos princípios da saúde pública, de modo a não restringir desproporcionalmente o comércio e as viagens internacionais.

Verifica-se, a partir disso, que se chama de regime clássico o conjunto de documentos internacionais firmados pelos Estados-Nação que abordavam a saúde ainda sob uma perspectiva extremamente limitada, vinculada apenas ao combate de algumas doenças presentes naquele período e que ameaçavam os interesses econômicos das nações. Não havia ainda a consideração da saúde como uma disciplina complexa e influída por variáveis culturais, sociais, políticas e econômicas, o que, como visto, só veio a acontecer no paradigma da saúde global, a partir das últimas décadas no Século XX. O regime clássico, assim, limitava-se a um modelo estritamente biológico, isto é, de controle de determinadas doenças epidêmicas.

Com a fundação da OMS como agência especializada em matéria de saúde, houve uma maior sistematização da saúde internacional, de efeito mais procedimental do que substancial inicialmente. A OMS adotou os Regulamentos Sanitários Internacionais como os instrumentos jurídicos que passariam a reger a ação dos Estados-Nação em matéria de saúde internacional. Tais regulamentos derivam dos artigos 21 e 22 da Constituição da OMS, de 1946, que autorizam a Assembleia da Saúde a estabelecer regras sobre, entre outros temas, medidas sanitárias e de quarentena, com efeito vinculante aos Estados, ou seja, com obrigatoriedade de cumprimento por parte dos membros da agência especializada.

Quadro 2 – Regulamentos Sanitários Internacionais da OMS

Regulamento	Ano	Escopo de aplicação
Regulamento Sanitário Internacional	1951	Cólera, peste, febre amarela, varíola, febre recorrente e tifo
Regulamento Sanitário Internacional (com alteração em 1981)	1969	Cólera, peste, febre amarela e varíola; após 1981, somente os três primeiros, diante da erradicação da varíola
Regulamento Sanitário Internacional	2005	Deixou de limitar-se a um número definido de doenças, provocando mudanças drásticas na cooperação internacional em saúde

Fonte: autoria própria, com dados de Pagotto (2018)

Observa-se, no quadro acima, que o escopo de aplicação dos Regulamentos Sanitários Internacionais de 1951 e 1969 continuou restrito a uma perspectiva muito limitada, vinculada ao controle de apenas algumas doenças que ameaçavam interesses econômicos. De acordo com Fidler (2005), tal abordagem substancial dos Regulamentos Sanitários Internacionais, até 2005, continuou sendo a mesma do período anterior à fundação da OMS, no sentido de se fixarem normas de enfrentamento de doenças específicas sob uma perspectiva estritamente biológica. Até a última revisão, inexistiram mudanças substantivas da regulação internacional, de tal modo que o sentido das regras continuou o mesmo, com o diferencial de se encontrarem em um pacote mais sistematizado e sob a supervisão de uma agência especializada global.

Conforme se percebe da análise dos dados apresentados no quadro acima exposto, os Regulamentos Sanitários Internacionais de 1951 e 1969 limitaram o seu escopo de aplicação a apenas algumas doenças epidêmicas, o que transformou a regulação internacional de controle em um regime ineficiente e incapaz de lidar com a magnitude da saúde internacional. O último dos regulamentos, cujo processo de revisão se iniciou em 1995 e terminou em 2005, remodelou de modo significativo as bases da cooperação internacional em matéria de saúde, especialmente ao remover o núcleo inflexível de doenças sobre as quais a regulação incidiria.

Além disso, conforme Pagotto (2018), o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 instituiu novos instrumentos para o controle internacional das doenças e remodelou definições anteriores, de modo a desvincular a cooperação internacional da dependência exclusiva de ação dos Estados, até então subordinada ao dever de notificação e à imposição de ações em fronteiras nacionais. O novo Regulamento Sanitário Internacional instituiu as bases para uma cooperação dinâmica, flexível e voltada para o futuro.

Fidler (2005), avaliando comparativamente os Regulamentos Sanitários Internacionais de 1969 e 2005, identificou cinco transformações substantivas que, em resumo, podem assim ser enumeradas: 1) uma grande ampliação do escopo de aplicação da nova regulação; 2) criação de deveres aos Estados no sentido de desenvolver capacidades mínimas de vigilância e resposta; 3) concessão de poder à OMS para acessar e usar fontes não governamentais de informações de vigilância; 4) concessão de autoridade à OMS para declarar emergências de saúde pública de interesse internacional, emitindo, por consequência, recomendações aos Estados sobre como lidar com tais riscos à saúde; 5) incorporação de conceitos de direitos humanos na execução do Regulamento Sanitário Internacional pelos Estados.

A partir dessa síntese, é possível reconhecer inúmeras ações que vêm sendo tomadas no contexto da pandemia de COVID-19 que se baseiam nas mudanças substantivas operadas pelo Regulamento Sanitário Internacional vigente. Em primeiro lugar, a própria aplicação do RSI a

um vírus não listado no documento, o que no paradigma precedente não era viável, pois, como se observou, o RSI de 1969 só era aplicável para controlar cólera, peste, febre amarela e varíola (esta última somente até 1981, diante de sua erradicação).

Além disso, no contexto na COVID-19, percebe-se um protagonismo da OMS no que respeita à administração da crise, tendo declarado a emergência de saúde pública de importância internacional e emitido recomendações diversas sobre como os Estados devem agir no controle da epidemia. Com base no Regulamento Sanitário Internacional de 2005, a OMS tem autoridade para tomar medidas independentemente da cooperação internacional exclusiva dos Estados, o que no modelo anterior não era possível.

A respeito disso, diz Pagotto (2018, p. 204): “O diretor-geral da OMS desempenha papel importante nessa vigilância global de emergências, uma vez que o RSI confere prerrogativas à OMS que reforçam sua autoridade e autonomia no controle internacional de doenças.” De fato, a Organização Mundial da Saúde transformou-se em um importante ator no cenário da política internacional em matéria de saúde, desenvolvendo com maior autonomia o papel de regulação e monitoramento das ações estatais no controle internacional das doenças. Isso é evidenciado na grande participação do atual diretor-geral da OMS – o etíope Tedros Adhanom Ghebreyesus – na administração da crise global causada pela COVID-19.

Observa-se, ademais, que o Regulamento Sanitário Internacional vigente foi concebido em uma lógica de integrar a saúde a uma teia complexa de interesses políticos, econômicos e sociais, com respeito aos direitos humanos, ao meio ambiente e aos objetivos comerciais e de segurança internacional. O antigo modelo, por outro lado, integrava a saúde estritamente aos interesses comerciais, e ainda de forma muito limitada, pois a aplicação se limitava ao controle de uma relação específica de doenças. Claramente se identifica, com o RSI de 2005, a passagem consolidada do modelo de saúde internacional para o de saúde global, muito mais complexo e que acabou autorizando, em grande medida, a atuação da própria OMS na condução da crise ao lado dos Estados-Nação.

A atuação da OMS e a própria formação do Direito Internacional Sanitário, entretanto, não são imunes a críticas. Isso se deve, especialmente, ao argumento de inefetividade do sistema de controle criado pela Constituição da OMS, que encontra barreiras na soberania dos Estados para alcançar plenos resultados. Como se verificará na próxima seção, mesmo com um amplo conjunto de normas internacionais ratificadas pelos Estados sobre como devem agir no caso de riscos epidemiológicos, não está ainda bem esclarecida a possibilidade de responsabilização internacional por violações de tais regras, o que põe em xeque a própria finalidade do sistema.

4 COVID-19 E SAÚDE GLOBAL: (IN)EFETIVIDADE DA OMS E DE SUAS NORMAS

4.1 Mapeamento dos casos de COVID-19 em 26/8/2020, às 9h30min, na perspectiva dos IDHs

Tabela 2 – Número de casos e IDH dos 50 países mais atingidos pela COVID-19 em 26/8/2020, às 9h30min

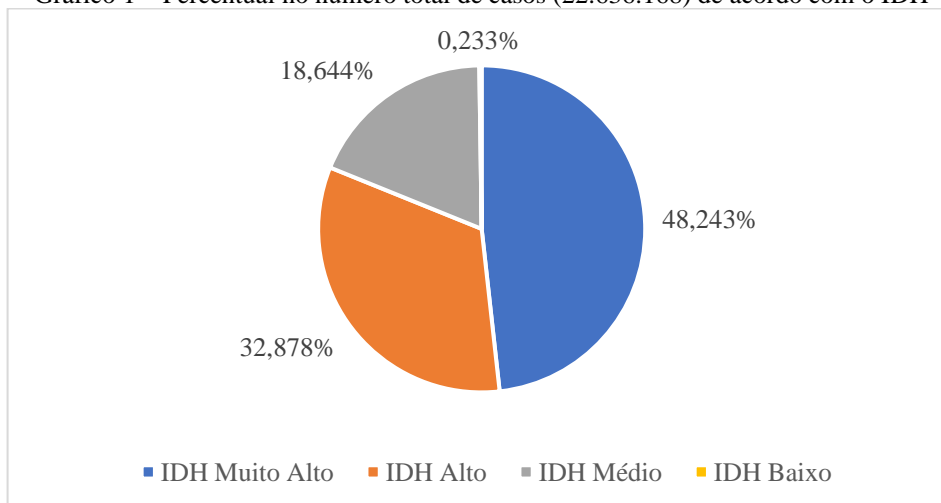
P	País	Casos	IDH	P	País	Casos	IDH
1	Estados Unidos	5.792.862	0,920	26	Catar	117.498	0,848
2	Brasil	3.669.995	0,761	27	Bolívia	110.999	0,703
3	Índia	3.234.474	0,647	28	Ucrânia	110.085	0,750
4	Rússia	970.865	0,824	29	Equador	109.030	0,758
5	África do Sul	613.017	0,705	30	Israel	107.078	0,906
6	Peru	607.382	0,759	31	Egito	97.478	0,700
7	México	568.621	0,767	32	Rep. Dominicana	92.217	0,745
8	Colômbia	562.128	0,761	33	Panamá	88.381	0,795
9	Espanha	412.553	0,893	34	Suécia	86.891	0,937
10	Chile	400.985	0,847	35	China	84.996	0,758
11	Irã	365.606	0,797	36	Omã	84.652	0,834
12	Argentina	359.625	0,830	37	Bélgica	82.447	0,919
13	Reino Unido	326.614	0,920	38	Kuwait	81.573	0,808
14	Arábia Saudita	309.768	0,857	39	Romênia	80.390	0,816
15	Bangladesh	302.147	0,614	40	Bielorrússia	70.727	0,817
16	Paquistão	294.194	0,560	41	Guatemala	68.533	0,651
17	Turquia	261.194	0,806	42	Em. Árabes Unidos	67.621	0,866
18	Itália	261.174	0,883	43	Países Baixos	67.062	0,933
19	França	248.158	0,891	44	Japão	63.822	0,915
20	Alemanha	237.082	0,939	45	Polônia	63.802	0,872
21	Iraque	211.947	0,689	46	Singapura	56.495	0,935
22	Filipinas	202.361	0,712	47	Portugal	55.912	0,850
23	Indonésia	160.165	0,707	48	Honduras	55.877	0,623
24	Cazaquistão	127.664	0,817	49	Marrocos	53.252	0,676
25	Canadá	125.969	0,922	50	Nigéria	52.800	0,534

TOTAL DE CASOS: 22.636.168

Fonte: autoria própria, com dados do Google (2020) e da UNDP (2019)

A tabela acima reproduzida é um mapeamento da COVID-19 sob a perspectiva dos índices de desenvolvimento humano (IDHs) identificados pela *United Nations Development Programme* (UNDP), sendo uma forma de compreender o atual cenário da pandemia no mundo e de questionar a efetividade das normas da Organização Mundial da Saúde.³

Gráfico 1 – Percentual no número total de casos (22.636.168) de acordo com o IDH



Fonte: autoria própria, com dados do Google (2020) e da UNDP (2019)

O gráfico acima traz a situação da COVID-19 de acordo com o critério da classificação do IDH entre os 50 países mais afetados. Assim, os Estados soberanos foram distribuídos em quatro grupos segundo os IDHs divulgados pela UNDP (2019). Constatou-se que 10.920.483 infecções (48,243%) são oriundas de países com o IDH muito alto, 7.442.461 (32,878%) de países com o IDH alto, 4.220.424 (18,644%) de países com o IDH médio e 52.800 (0,233%) de um país com o IDH baixo (Nigéria).

Como mostram os números, a COVID-19 disseminou-se por várias regiões do planeta, mas está predominantemente concentrada nos continentes americano, asiático e europeu, sendo que, apenas nas Américas, acumula-se mais da metade dos casos de todo o mundo (55,71%). Sob a perspectiva dos IDHs, a patologia está preponderantemente adensada entre países com desenvolvimento humano muito alto e alto (juntos somam 81,121%); entre os países com IDH médio, destaca-se o protagonismo da Índia, que, sozinha, acumula 3.234.474 casos, ou seja,

³ O procedimento consistiu em uma busca de dados no mapa mantido em tempo real pelo Google (2020) e na última publicação da UNDP (2019) sobre os índices de desenvolvimento humano dos Estados. A partir do acesso à plataforma, foram destacados os dados dos 50 países com maior número de casos de COVID-19. A coleta ocorreu no dia 26 de agosto de 2020, às 9h30min, e, por estarmos em meio a uma pandemia, o mapeamento reflete o estágio da transmissão da doença precisamente até o momento da coleta. Optou-se por coletar os dados dos 50 países mais atingidos segundo o critério de número de casos acumulados, já que, de um total de 23.903.870 casos distribuídos entre 216 Estados soberanos e demais territórios, 22.636.168 (94,69%) estão concentrados nesses 50 países, isto é, os dados coletados trazem um panorama real sobre a pandemia no momento.

76,63% das infecções desse grupo. A posição isolada da Nigéria (50.^a colocada no ranking) como único país com IDH baixo entre os 50 mais afetados, bem assim a concentração alta de casos na África do Sul (613.017 dos 816.547 – 75,07%) sugerem que o continente africano teve menor disseminação da doença, exceto se eventuais problemas institucionais (deficiência dos mecanismos de transparência, por exemplo) tenham prejudicado a obtenção de dados reais.

4.2 A (in)efetividade da Organização Mundial da Saúde e das suas normas internacionais no contexto da COVID-19

O mapeamento dos casos de COVID-19 acima exposto demonstra como a pandemia atingiu gravemente o planeta, causando milhões de infecções e centenas de milhares de mortes. Diante de tal cenário, faz-se necessário discutir se o conjunto normativo de controle dos riscos epidemiológicos e a atuação da própria Organização Mundial de Saúde têm sido efetivos para administrar a saúde global. Adotam-se, como marcos jurídicos para tal análise, a Constituição da OMS, de 1946, e o último Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 2005.

O RSI em vigor tem por objetivo “[...] prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais.” (BRASIL, 2020). Como foi visto, o RSI é vinculante aos Estados-membros da OMS (artigo 22 da Constituição da OMS) e decorre da tomada de decisão autônoma da Assembleia da Saúde sobre, entre outros pontos, medidas sanitárias para evitar a propagação internacional de doenças.

Contudo, no contexto da COVID-19, nota-se a carência de efetividade desse complexo normativo e institucional em determinados pontos. O RSI determina, no seu artigo 6.º, que os Estados devem notificar a OMS em até 24 horas sobre todos os eventos em seu território que possam constituir uma emergência de saúde pública de importância internacional, aplicando-se o instrumento do Anexo 2. Apesar de a China supostamente ter descumprido a obrigação legal constante no RSI ao não notificar a OMS sobre os eventos em seu território que constituíram o embrião da pandemia de COVID-19, não está clara a possibilidade de sua responsabilização internacional. Isso porque a responsabilização depende não apenas do descumprimento de uma obrigação internacional por parte de um Estado, mas da existência de uma base jurisdicional que possibilite demandá-lo (ALMEIDA, 2020).

Nesse caso, o artigo 56 do RSI estabelece que as eventuais controvérsias na aplicação do documento devem ser resolvidas por meio de negociação ou de qualquer outro meio pacífico

à escolha dos envolvidos. Não havendo êxito, é possível valer-se da arbitragem internacional, o que é criticável em termos de efetividade, considerando que a submissão a tal recurso depende de declaração expressa do Estado ao diretor-geral da OMS, não encaminhada pela China. Resta como única alternativa aplicar o artigo 75 da Constituição da OMS e submeter o Estado à Corte Internacional de Justiça; porém, isso depende de uma interpretação extensiva questionável sob o ponto de vista jurídico, porque as obrigações supostamente descumpridas pela China estão no RSI, isto é, em uma base diversa da que prevê a sujeição à Corte Internacional de Justiça. Assim, só será possível responsabilizar internacionalmente o Estado se entender-se que violações das regras do Regulamento Sanitário Internacional constituem violações também da Constituição da Organização Mundial da Saúde (ALMEIDA, 2020).

Isso nos permite verificar, desde já, que a efetividade do Direito Internacional Sanitário é afetada por barreiras políticas que subjazem ao sistema de controle. Será mesmo que a OMS, ao revisar o RSI de 2005, entendeu livremente que a negociação e a arbitragem são os meios mais adequados para apreciar os descumprimentos de obrigações internacionais pelos Estados? Seja qual for a resposta, o que se evidencia é a ausência de uma base jurídica objetiva, clara e direta para a efetiva responsabilização internacional dos Estados que descumprirem as normas.

O artigo 12 do RSI estabelece o poder de a OMS declarar emergências de saúde pública de importância internacional (ESPII) quando houver um risco para a saúde pública internacional diante da propagação de doença que exija uma resposta internacional coordenada. Tal situação é declarada pelo diretor-geral da OMS a partir de informações prestadas pelos Estados e de um parecer do Comitê de Emergências (BRASIL, 2020).

Quadro 3 – Histórico de emergências de saúde pública de importância internacional

Doença	Início da emergência	Fim da emergência
Gripe A H1N1	25 de abril de 2009	10 de agosto de 2010
Poliomielite	5 de maio de 2014	-
Ebola	8 de agosto de 2014	29 de março de 2016
Zika	1.º de fevereiro de 2016	18 de novembro de 2016
Ebola	17 de julho de 2019	-
COVID-19	30 de janeiro de 2020	-

Fonte: autoria própria, com dados de Pagotto (2018) e Brasil (2020)

Com a declaração das ESPII pelo diretor-geral da OMS, recomendações temporárias apropriadas podem ser publicadas para indicar a forma como os Estados devem agir no cenário

de emergência “[...] em relação a pessoas, bagagens, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e/ou encomendas postais, a fim de evitar ou reduzir a propagação internacional de doenças e evitar interferências desnecessárias com o tráfego internacional.” (BRASIL, 2020). A natureza de tais recomendações é outro assunto que carrega controvérsias, visto que, embora denominadas de recomendações, há expressa menção no RSI sobre o dever de implementação pelos Estados-Partes da Organização Mundial de Saúde (artigo 15, § 2). Ou seja, se por um lado a suposta não vinculação das recomendações prejudica o controle em termos de efetividade, a defesa dessa obrigatoriedade produz impactos na soberania que, desde a Paz de Vestfália, é o pilar central do modelo de Estados-Nação.

Nessa perspectiva, é importante lembrar que, até a Primeira Guerra Mundial, o direito internacional era basicamente um direito de coexistência, baseando-se nos pilares da soberania e da igualdade e impondo aos Estados deveres de natureza negativa, isto é, de não intervenção nos assuntos internos dos demais. Por consequência, não havia até então qualquer necessidade de criação de organizações internacionais para intermediar interesses comuns às soberanias. Representa bem esse modelo a imagem da mesa com bolas de bilhar, cada qual constituindo Estados-Nação enquanto unidades políticas fechadas, impermeáveis e soberanas, em convívio pacífico no mesmo plano (SMOUTS, 2004).

No Século XX, desenvolveu-se uma nova visão de direito e de sociedade internacional, particularmente impulsionada pela criação da Organização das Nações Unidas em 1945 e de agências especializadas que, paulatinamente, absorveram vários domínios humanos, inclusive aqueles que tradicionalmente dependiam do direito interno. Com isso, a noção de sociedade de Estados vem aos poucos se redesenhando para a de comunidade internacional e de humanidade, que busca estabelecer normas universais para o bem-estar humano (SMOUTS, 2004).

A partir disso, constata-se que a OMS é um exemplo de transição do modelo “bolas de bilhar” para o de governança mundial, porquanto seu objetivo primário é a aquisição do mais elevado nível de saúde possível por todos os povos, em uma cooperação que está acima das relações internacionais meramente horizontais. Porém, conforme bem observa Smouts (2004), o estatuto dos documentos adotados em plano internacional é incerto, visto que duvidosa a sua normatividade, traduzindo-se mais como políticos do que jurídicos. Isso dificulta, por óbvio, a efetividade dos mandamentos, permeados pela atmosfera de interesses estritamente nacionais que estão por trás da cooperação. A soberania e os nacionalismos, portanto, continuam sendo barreiras para a plena efetividade do Direito Internacional Público, dificultando o acatamento, pelos Estados, das recomendações temporárias emitidas pela OMS no contexto das emergências de saúde pública de importância internacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas enfrentados atualmente com a pandemia de Sars-Cov-2 são, sob certos aspectos, os mesmos de epidemias passadas, a exemplo de desorientações nos campos médico e político, medo geral e difusão de informações inverídicas sobre alternativas de tratamento e de cura. No entanto, a globalização tornou muito mais desafiadoras as últimas epidemias, pois se constata uma interdependência muito maior entre os Estados, oriunda das diversas aberturas que o fenômeno proporcionou em termos de comunicações, aproximações e integrações entre as comunidades até então restritas a limites geográficos.

Nesse contexto, as doenças epidemiológicas, por sua transmissibilidade, geram efeitos globais muito mais rapidamente do que antes e comportam a aplicação de um novo paradigma na área da saúde – a saúde global –, na medida em que os problemas sanitários se configuram como problemas compartilhados, cujas soluções já não podem ser construídas apenas por ações nacionais, senão por toda a humanidade. O modelo inspira-se nos princípios de justiça social, equidade e solidariedade; reconhece que problemas locais, quando estejam além da capacidade das ações nacionais, tornam-se problemas globais, de interesse e responsabilidade de todos.

A OMS, enquanto agência especializada das Nações Unidas em saúde, representou a ruptura de relações internacionais desenvolvidas de modo extremamente descoordenado. Com os Regulamentos Sanitários Internacionais de 1951, 1969 e 2005, a OMS progressivamente alcançou um papel de protagonismo na regulação internacional, com destaque para o último RSI, que, fortificando o modelo de saúde global, foi concebido com a percepção da necessidade de integrar a saúde às variáveis econômicas, sociais, políticas e culturais. Essa atenção para a complexidade permitiu a ampliação do alcance das normas da OMS para além das patologias infectocontagiosas tradicionalmente vinculadas ao comércio e às viagens internacionais.

Apesar dos avanços consideráveis, pode-se verificar que, em muitos aspectos, a OMS e suas normas regulatórias carecem de plena efetividade no enfrentamento a eventos epidêmicos de grande alcance, como a pandemia de COVID-19. O Regulamento Sanitário Internacional de 2005, embora atribua vários deveres aos Estados no sentido de notificar riscos epidemiológicos e compartilhar informações, não prevê a sujeição dos Estados à responsabilização internacional no caso de descumprimento das regras, o que dificulta a observância à regulação instituída pela OMS. Ademais, não obstante a previsão, no Regulamento, da possibilidade de a OMS declarar emergências de saúde pública de importância internacional, coordenando o seu enfrentamento, prevalece que suas recomendações temporárias não passam de exortações não vinculantes aos Estados, o que também representa um entrave na efetividade da regulação sanitária.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Paula Wojcikiewicz. **O Direito Internacional frente à pandemia Covid-19**. São Paulo: JOTA, 2020. Disponível em: <<https://www.jota.info/opiniao-e-analise/artigos/o-direito-internacional-frente-a-pandemia-covid-19-09042020>>. Acesso: 5 set. 2020.
- ARNAUD, André-Jean (Org.). **Globalização e Direito I: impactos nacionais, regionais e transnacionais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.
- BATISTA, Liz. **Isolamento social e atenção aos idosos: conselhos ao povo contra a gripe espanhola em 1918**. Estadão, São Paulo, 30 mar. 2020. Disponível em: <<http://m.acervo.estadao.com.br/noticias/acervo,isolamento-social-e-atencao-aos-idosos-conselhos-ao-povo-na-gripe-espanhola-de-1918,70003253438,0.htm>>. Acesso: 22 ago. 2020.
- BRASIL. **Decreto n.º 10.212, de 30 de janeiro de 2020**. Brasília: Diário Oficial da União, 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10212.htm>. Acesso: 5 set. 2020.
- FIDLER, David P. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations, **Chinese Journal of International Law**, v. 4, n. 2, p. 325-392, nov. 2005. Disponível em: <<https://academic.oup.com/chinesejil/article/4/2/325/490058>>. Acesso: 4 set. 2020.
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200366&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 22 ago. 2020.
- GOOGLE. **Mapa de casos da COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419>>. Acesso: 26 ago. 2020.
- GURGEL, C. B. F. M. 1918: a gripe espanhola desvendada? **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Campinas, v. 11, n. 4, p. 380-385, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/28/26>>. Acesso: 22 ago. 2020.
- HELD, David; MCGREW, Anthony. **Prós e Contras da Globalização**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- IANNI, Octavio. **A sociedade global**. 15. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- JASKULSKI, Paula da Rocha; JASKULSKI, Mariluce da Rocha; GUILHERMANO, Luiz Gustavo. Comparação entre as pandemias de gripe de 1918 e 2009 na perspectiva do Hospital São Vicente de Paulo em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, v. 22, n. 3, p. 169-174, 27 jul. 2012. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/10922/8191>>. Acesso: 24 ago. 2020.

MEDINA-ARELLANO, Diego A. Subdesarrollo y desigualdad: la placa de Petri para las epidemias. **Ciencia, Tecnología y Salud**, Cidade da Guatemala, v. 5, n. 1, p. 73-82, maio 2018. Disponível em: <<https://digi.usac.edu.gt/ojsrevistas/index.php/cytes/article/view/415/292>>. Acesso: 25 ago. 2020.

MENUCCI, Daniel Lins. O Regulamento Sanitário Internacional (2005) e a vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 7, n. 1-3, p. 54-87, out. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79968>>. Acesso: 4 set. 2020.

PAGOTTO, Barbara Frossard. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) na agenda de cooperação em saúde do Mercosul e a emergência do vírus zika. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Saúde e política externa: os 20 anos da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (1998-2018)**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/22/12_Barbara_Pagotto.pdf>. Acesso: 5 set. 2020.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas da história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. 408 p. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>>. Acesso: 24 ago. 2020.

ROCHA, Cristianne Maria Famer; MARTINS, Mariana da Rosa; FARIAS, Mateus Aparecido de. Saúde para todos: a participação da sociedade civil na governança global em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe1, p. 160-170, jan. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000500160&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 25 ago. 2020.

RUIZ-LOYOLA, Benjamín. Salud pública, globalización y censura científica. **TIP**, México, v. 15, n. 1, p. 37-48, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-888X2012000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso: 22 ago. 2020.

SATO, Eiiti. Dicotomia global-local na era da globalização: um novo paradigma para a política internacional? **Cadernos Adenauer**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 9-39, out. 2016. Disponível em: <https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=395b2a3e-b003-5a92-474e-6b2802957029&groupId=265553>. Acesso: 25 ago. 2020.

SMOUTS, Marie-Claude. A cooperação internacional: da coexistência à governança mundial. In: SMOUTS, Marie-Claude (Org.). **As novas relações internacionais: práticas e teorias**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2004.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2019**. Nova York, 2019. 352 p. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>>. Acesso: 26 ago. 2020.