



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

Thedim Costa Bueno, Flávia

Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre  
do Zika vírus

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julio, 2017, pp. 2305-2314

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Vigilância e resposta em saúde no plano regional: um estudo preliminar do caso da febre do Zika vírus

Health surveillance and response on a regional scale:  
a preliminary study of the Zika virus fever case

Flávia Thedim Costa Bueno<sup>1</sup>

**Abstract** Although awareness of the Zika virus has existed since the 1950s, only recently has it attracted the interest of the international community. In 2015 and 2016, the virus spread throughout Brazil and suspicions on the possible relation between parallel increases in neurological disorders and the infection arose. By November 2015, this concern had developed into a National Public Health Emergency. On February 1, 2016, WHO formally declared its suspicion that this was a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), and sent a response in accordance with International Health Regulations (2005). Zika is present in almost all South American countries, and PAHO/WHO, Unasur, and Mercosur are developing responsive actions to the epidemic. The aim of this article is to present a critical analysis of the regional South American and Brazilian responses of February through September 2016, in respect of this PHEIC announcement, utilizing qualitative methodologies via bibliographical examination and document analysis. In this context, the PAHO/WHO played a prominent role as compared with the other organizations. Moreover, the political environment of the region also played a major role in the instability of both Mercosur and Unasur, which could impact the capacity and effectiveness of the response.

**Key words** Zika virus, International cooperation, Global health, Regional Integration

DOI: 10.1590/1413-81232017227.07012017

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP Brasil.  
flaviatcbueno@gmail.com

**Resumo** Apesar de ser conhecido desde os anos 50, o Zika vírus não havia despertado interesse da comunidade internacional. Entre 2015 e 2016, o vírus se alastrou pelo Brasil com a suspeita de que o aumento de casos de distúrbios neurológicos poderia ter vínculos com a infecção, configurando uma Emergência Nacional de Saúde Pública em novembro de 2015. Em 1º de fevereiro de 2016, a OMS declarou esta suspeita como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), deflagrando resposta conforme o Regulamento Sanitário Internacional (2005). O Zika está presente também em quase todos os países da América do Sul. Nesse sentido, organizações internacionais como a OPAS/OMS, Unasul e Mercosul estão desenvolvendo ações de resposta à epidemia. O objetivo deste artigo é analisar criticamente as respostas regional sul-americana e brasileira de fevereiro a setembro de 2016 com relação à esta declaração de ESPII, utilizando metodologia qualitativa, por meio do levantamento bibliográfico e análise documental. Nesse contexto, a OPAS/OMS teve atuação destacada em relação às demais organizações. Além disso, a conjuntura política da região parece ter papel importante na instabilidade do Mercosul e da Unasul, o que pode afetar sua capacidade e efetividade de resposta.

**Palavras-chave** Zika vírus, Cooperação internacional, Saúde global, Integração regional

## Introdução

No início dos anos 1950, o Zika Vírus foi identificado em humanos na África. Desde então, outros países deste continente, das Américas e da Ásia foram afetados pelo vírus sem despertar grande interesse da comunidade global.

O Zika Vírus é transmitido, principalmente, pela picada do mosquito *Aedes Aegypti*, vetor de doenças endêmicas na América do Sul como a Dengue e a Chikungunya. A situação de endemia dessas doenças revela a ineeficácia de ações de prevenção e controle de vetores e colocam luz em problemas de urbanização, saneamento, uso do solo e desigualdade social, que exigem mudanças estruturais para além do enfoque biomédico ou de vigilância pura e simples. Além disso, recolocam debates relevantes sobre saúde sexual e direito reprodutivo das mulheres<sup>1,2</sup>.

Seus sintomas – febre, dor de cabeça, dores nas articulações, conjuntivite, náuseas e exantemas – foram considerados leves até que países como Brasil, França e Estados Unidos alertaram sobre uma possível associação entre microcefalia e outros distúrbios neurológicos e a infecção pelo Zika<sup>3</sup>.

Em 11 de novembro de 2015, o governo do Brasil decretou que a epidemia – com registros em todas as unidades da federação<sup>4</sup> – corrente no país era uma emergência nacional de saúde pública devido ao aumento significativo de casos de microcefalia em bebês, principalmente no Nordeste, região mais pobre do país, historicamente negligenciada por políticas públicas<sup>2</sup>.

Esses dados foram comunicados à Organização Mundial da Saúde (OMS) e à Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), seguindo o previsto no Art. 6 do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)<sup>5</sup>, que culminou com a Declaração da relação entre a febre do Zika vírus e alterações neurológicas como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Para dar conta dessa epidemia, que rapidamente se alastrou pelo continente sul-americano, organizações regionais além da OPAS, como a União de Nações Sul-americanas (Unasul) e o Mercado Comum do Sul (Mercosul), têm respondido à epidemia nos âmbitos técnico e/ou político. Essas organizações são consideradas atores importantes no cenário da diplomacia regional e global da saúde, com destaque para a Unasul, que desde 2010 apresenta intervenções

comuns como bloco, visibilizando o processo de integração da América do Sul<sup>6</sup>. Dessa maneira, sua atuação é afetada não apenas por fatores econômicos ou técnicos, mas, principalmente, por elementos políticos.

O contexto político e econômico da região na atualidade é de bastante instabilidade, com a emergência de governos conservadores e a exacerbção de conflitos ideológicos, somados às crises econômicas que vêm afetando diversos países do subcontinente. Observa-se também uma mudança nos rumos da política externa brasileira, principalmente no governo Dilma Rousseff em relação ao seu antecessor, Luís Inácio Lula da Silva, no que diz respeito à região e à preponderância da saúde nesse contexto.

A epidemia do Zika e a declaração da ESPII exigem respostas intersetoriais, não apenas no âmbito técnico-biológico, mas também no fortalecimento dos sistemas de saúde e proteção social, na melhoria da infraestrutura e na criação de um arcabouço jurídico que apoie as mulheres na sua decisão sobre sua saúde reprodutiva. Soluções conjuntas no âmbito regional podem potencializar os efeitos dessa resposta e fortalecer a cooperação internacional e a diplomacia da saúde na América do Sul.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é analisar criticamente as respostas regionais sul-americana e brasileira de fevereiro a setembro de 2016 com relação à declaração da microcefalia e de outros distúrbios neurológicos como a ESPII, feita pela OMS em 2016.

## Materiais e métodos

Este artigo foi desenvolvido com base nos princípios da abordagem qualitativa de pesquisa, tendo técnicas para seu desenvolvimento pesquisa bibliográfica – em portais especializados como a Periódicos Capes e Scielo – e análise documental pelo estudo de documentos oficiais emitidos no âmbito das organizações estudadas, referentes ao escopo do estudo lançados após a declaração da ESPII, em fevereiro de 2016, até setembro do mesmo ano. Não foram encontrados estudos similares ao proposto neste artigo. Devido à novidade da epidemia e de sua resposta, este é um estudo preliminar que buscou identificar e analisar criticamente as principais respostas e linhas de atuação do Brasil e de organizações regionais com atuação na América do Sul.

## Política externa e diplomacia da saúde nos tempos de Zika

A política externa refere-se a ações e decisões geradas por demandas e oportunidades internas e externas a um país, que podem ser realizadas por atores como Estados e organizações internacionais (OI)<sup>7</sup>. Tomando como diplomacia a arte e a prática de conduzir as relações internacionais, um dos componentes da política externa nacional, a diplomacia da saúde objetiva capturar processos de negociação que envolvem diversos níveis e atores, e administrar o ambiente de política global para a saúde<sup>8</sup>.

Um importante componente da diplomacia da saúde é a cooperação técnica internacional, “uma abordagem técnica e solidária, através da qual se pode compartilhar *know-how*, orientações estratégicas e capacidades de trabalho, visando um desenvolvimento mais equânime entre distintos países”<sup>9</sup>. Por sua vez, o termo ‘saúde global’ refere-se às questões de saúde consideradas como transfronteiriças e de responsabilidade coletiva, o que exige esforços conjuntos dos países<sup>10</sup>.

Apesar de a saúde ser tratada internacionalmente já no século XIX, sua entrada tardia como tema da política externa brasileira (PEB) pode ser explicada porque era extremamente fechada aos não especialistas e pouco acessível aos diplomatas; foi subordinada a assuntos econômicos relacionados ao comércio e à força laboral, adversos à cultura sanitária, e as estruturas de saúde tinham papel reduzido no aparato estatal brasileiro<sup>11</sup>.

A adoção de um discurso de natureza aberta, independente, universal e integral, concretizada com o Sistema Único de Saúde (1988); a ampliação do papel do Ministério da Saúde (MS), e de sua dotação orçamentária; e, no plano externo, a renovação do interesse internacional por temas sociais, justificam a emergência da saúde como tema da PEB<sup>11</sup>.

Sobre as influências do campo da saúde na política externa e vice-versa, sugere-se<sup>12</sup> que cada vez mais a política externa está sendo direcionada pela saúde a fim de proteger a segurança nacional, o livre comércio e os avanços econômicos. Um exemplo seria como o Brasil tinha a saúde como ponto-chave para seu desenvolvimento e base da Cooperação Sul-Sul. Outros autores<sup>13</sup> acreditam que são os interesses de política externa que influenciam a agenda da diplomacia da saúde global e, geralmente, determinam o financiamento para suas ações; o que explica porque determinados assuntos como arboviroses endê-

micas não recebem atenção e dinheiro proporcionalmente a sua alta carga de doença.

O momento pós-Guerra Fria tem sido apontado como momento de expansão da cooperação internacional<sup>14-17</sup>, pois o fim do mundo bipolar e da dominância de assuntos de guerra e paz possibilitou a emergência de novos interesses e relações entre países. A diversificação de temas e atores em política externa pôde ser observada na participação cada vez maior do Brasil em assuntos relacionados à saúde, capitaneado pelo MS, com apoio de sua Assessoria Internacional e de seus órgãos, como a Fiocruz, que participam da coordenação e execução de diversos projetos de cooperação<sup>18</sup>.

Pode-se identificar quatro categorias de cooperação internacional<sup>19</sup>: vertical, de caráter assistencial; *tout court*, que trata os países em desenvolvimento como parceiros, passando a uma posição mais ativa; horizontal, cooperação entre países em vias de desenvolvimento, assumindo a posição Sul-Sul/Horizontal; e descentralizada, que incorpora características da cooperação horizontal, mas sem, necessariamente, envolver o Estado-nação, como a desenvolvida entre municípios –paradiplomacia.

O conceito de Cooperação Sul-Sul não é homogêneo, marcado por certa ausência de especificidade, normativismo e reducionismo, devendo ser visto<sup>20</sup> como um processo complexo de trocas, que pressupõe recompensas mútuas entre os atores da cooperação, tentando evitar a reprodução de uma lógica vertical, marca da cooperação Norte-Sul.

A abordagem brasileira de cooperação em saúde<sup>21</sup> – Cooperação Estruturante – tem como aspectos inovadores a ênfase na formação de recursos humanos, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional, bem como a utilização de capacidades e recursos autóctones.

Durante os governos do ex-presidente Lula (2003-2010) a saúde foi um tema destacado em sua agenda de política externa<sup>22</sup>, mas, no governo Dilma houve uma desaceleração expressiva, ou, um declínio sistêmico da PEB<sup>23</sup> impulsada por Lula. Isso se deve a fatores como a falta de apoio orçamentário para o MRE e o foco da presidente em assuntos internos, impactando no empenho do governo federal no sentido de se unir à sociedade civil para colaborarem no plano internacional<sup>24</sup>.

As dificuldades encontradas pela diplomacia da saúde no governo Dilma afetaram expressivamente a possibilidade de resposta internacional brasileira à epidemia do Zika e da articulação dos

atores regionais para realizar ações coordenadas. Além disso, observa-se o redirecionamento da PEB no governo Temer, que tem suscitado conflitos diplomáticos preocupantes para a América do Sul e os organismos de integração regional.

### A OMS como autoridade sanitária global

A OMS (1948) é o órgão especializado em saúde das Nações Unidas e tem entre suas funções atuar como autoridade diretiva e coordenadora em assuntos de saúde internacional. São suas obrigações fornecer assistência técnica; propor convenções, acordos e regulamentos e recomendações em saúde internacional<sup>25</sup>.

A posição de autoridade da OMS vem sendo confrontada com a perda do seu protagonismo frente a outras organizações<sup>26</sup>, como o Banco Mundial<sup>27</sup>. A crise no seu financiamento (apenas 25% são contribuições regulares dos países)<sup>28</sup> e, recentemente, a pandemia de gripe A (H1N1) exacerbaram a situação e revelaram conflitos de interesse<sup>29</sup>, dificuldades de comunicação e problemas de governança interna<sup>26</sup>.

A reforma da OMS (2010) é justificada por questões operacionais e financeiras, para reforçar sua liderança<sup>30</sup>. Apesar disso, ela ainda é o lugar onde questões de saúde global são debatidas, deliberadas e aprovadas, não encontrando substituto entre as organizações existentes<sup>31</sup>.

A OMS já aprovou dois instrumentos legais internacionais vinculantes: a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (2003) e o Regulamento Sanitário Internacional (2005).

### O RSI

O RSI é um instrumento jurídico internacional vinculante, cujo objetivo é “prevenir, proteger, controlar e prover uma resposta de saúde pública à disseminação internacional de doenças proporcional e restrita a riscos à saúde pública, e que evite interferência à circulação e comércio internacionais”<sup>5</sup>. Esta edição inova em relação à sua antecessora (1969) porque não limita sua aplicação a determinados eventos; pressupõe que cada país reúna capacidades para responder ao regulamento; obriga o país a notificar eventos que possam se constituir em uma ESPII; autoriza a OMS a utilizar informações não oficiais; autoriza o Diretor-Geral a determinar uma ESPII e a emitir recomendações após a reunião do Comitê de Emergência, etc.<sup>5</sup>.

“Ser parte do RSI implica, então, estar vinculado a um direito de emergência sanitária e a do-

tar-se de condições objetivas para sua aplicação, que deve ser aferível e controlada por um mecanismo internacional”<sup>9</sup>, apontando para a necessidade de mudanças estruturais nos sistemas de saúde, muitas vezes difíceis de serem alcançadas. As avaliações sobre o estado das capacidades básicas dos Estados membros frente ao RSI podem ser consideradas frágeis por serem autodeclaradas e não obrigatórias, o que gerou polêmica durante a 69ª Sessão da AMS, quando os países debateram a possibilidade de uma avaliação externa, defendendo que a mesma tenha caráter voluntário<sup>32</sup>. Além disso, essas capacidades referem-se ainda a uma estrutura legal para responder ao instrumento, exigindo que a OMS atue no fortalecimento da estrutura jurídica como forma de aprimorar a resposta a emergências<sup>33</sup>.

### As ESPII

Havendo a possibilidade de um evento ser considerado uma ESPII, a notificação à OMS deve ser realizada pelo país afetado; respondendo positivamente a duas dessas perguntas<sup>5</sup>: as repercuções do evento sobre a saúde pública são graves?; o evento é inabitual ou inesperado?; há um risco importante de propagação internacional?; há um risco importante de restrição a viagens internacionais ou ao comércio internacional?

Após a notificação, o Diretor-geral pode convocar um Comitê de Emergência, composto por experts no tema para avaliar o caso. A decisão de determinar uma ESPII é baseada na informação do Estado membro, no instrumento de decisão (Anexo 2), nas recomendações do Comitê, em evidências científicas e na avaliação dos riscos para a saúde humana, do potencial de alastramento da doença e no risco de interferir no tráfego internacional (Art.12/RSI).

É certo que a declaração de uma ESPII aumenta a consciência da população a respeito do evento em questão, também pode empoderar os MS e aumentar a captação de recursos internacionais, além de aumentar a coordenação e a cooperação internacional no sentido de dar cabo desses eventos; entretanto, muitas vezes traz consequências negativas para o trânsito de pessoas e bens para os locais afetados, causando prejuízos à economia, riscos de estigmatização das populações atingidas e de pânico, com evidentes consequências políticas<sup>34</sup>.

Até 2015, a OMS declarou três ESPII: a gripe A H1N1 (2009), o poliovírus selvagem (2014) e o ebola (2014), doenças transmissíveis pelo contato humano. A peculiaridade do Zika é que ele é,

principalmente, transmitida por um mosquito, e também por causar sintomas leves na população geral, não levando todos os doentes necessariamente a procurar ajuda médica, o que torna seu controle especialmente difícil.

### **Microcefalia e distúrbios neurológicos vinculados à Febre do Zika vírus como ESPII**

Três meses após a notificação do Brasil sobre o aumento alarmante dos casos de microcefalia e de sinais negativos de França e Estados Unidos, a OMS convocou o Comitê que, em 1º de fevereiro de 2016, declarou os recentes surtos como ESPII, evidenciando que “a cooperação internacional surge, portanto, marcada por uma preocupação fundamental: a contenção de determinadas doenças infecciosas, impedindo a sua chegada ao mundo desenvolvido ocidental”<sup>32</sup>.

Na primeira reunião do Comitê foram emitidas duas recomendações principais: padronizar e incrementar a vigilância de microcefalia nas áreas afetadas pelo Zika vírus e aumentar a pesquisa sobre a etiologia para determinar a relação causal com o vírus. Para seus membros, a diferença entre a declaração do Ebola para a do Zika está em que no primeiro caso a emergência foi declarada pelo que já se sabia sobre a doença e no segundo pelo que não se sabe<sup>33</sup>.

Novamente, a atuação da OMS foi alvo de críticas quanto à sua liderança e tempo de ação, o que já havia ocorrido no caso do Ebola. Em artigo publicado em 27 de janeiro, já se considerava<sup>34</sup> que a emergência mundial era clara e que o Comitê já deveria ter sido convocado, naquele tempo.

Para a comunidade científica, a probabilidade do vínculo entre a infecção pelo Zika e alterações neurológicas como a Síndrome de Guillain-Barré (SGB) era alta já no início da ESPII, mas para o Comitê<sup>35</sup> ainda não se determinava essa ligação como certa. Foi durante a terceira reunião, em 14 de junho, que sua declaração foi taxativa: o Zika vírus é a causa da microcefalia e um gatilho para a SGB<sup>36</sup>.

Durante esse encontro, o Comitê considerou baixo o risco de aumento de casos de infecção pelo Zika vírus devido às aglomerações pelos Jogos Olímpicos 2016 e após sua conclusão, na quarta reunião, o comitê congratulou o Brasil por suas ações de prevenção e controle<sup>37</sup>. O país desenvolveu duas frentes importantes de vigilância durante os Jogos, com a Agência de Vigilância Sanitária com Guias para atuação em eventos de

massa e o Plano Operativo Integrado de Vigilância Sanitária, destacando-se o planejamento tripartite de laboratórios para análises clínicas. Além disso, a Fiocruz desenvolveu o Projeto Olimpioma para analisar a transformação provocada pelo megaevento no microbioma do Rio de Janeiro<sup>40</sup>.

Em geral, as recomendações do Comitê giram em torno da necessidade de melhorar as ações de vigilância, comunicação e avaliação de risco, controle vetorial, indicações clínicas e pesquisa e desenvolvimento – que envolvem a investigação de novos diagnósticos e tratamentos, o desenvolvimento de vacinas e outras medidas de controle vetorial.

Devido à contínua expansão geográfica e às consideráveis lacunas no conhecimento sobre a infecção pelo Zika vírus, a ESPII foi mantida<sup>41</sup>.

### **A resposta brasileira à ESPII**

Em abril de 2015, a transmissão autóctone do Zika vírus foi identificada no Brasil. Desde então, houve um aumento de mais de 20 vezes em casos suspeitos de microcefalia no país. Além disso, a Polinésia Francesa, afetada entre 2013 e 2015 pelo Zika vírus, observou retrospectivamente casos de problemas neurológicos vinculados à infecção em bebês<sup>36,42</sup>.

A definição de casos utilizada pelo Brasil foi questionada<sup>43</sup>, porque estaria causando sobreno-tificação, enfatizando a importância de utilizar parâmetros mais específicos, aliados à testes laboratoriais ou radiológicos. Na primeira semana de março, o país adotou novos parâmetros, alinhados aos da OMS, diferentes para meninas (< 31,5cm) e meninos (< 31,9cm), aumentando sua capacidade de detectar casos positivos.

Segundo o boletim epidemiológico N°40<sup>44</sup>, desde novembro de 2015 foram registrados 9.091 casos suspeitos de alterações do sistema nervoso central e o vínculo com a infecção pelo Zika foi confirmado em 1845, sendo 83,3% concentrados no Nordeste do país.

De acordo com informações da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (jun/2016)<sup>45</sup>, a resposta brasileira à epidemia tem três pilares principais com ações intersetoriais que envolvem pastas como Desenvolvimento Social e Defesa. Mobilização e combate ao vetor, centrado em vigilância epidemiológica tripartite, ações de saneamento básico e comunicação. Cuidado, com ações de desenvolvimento de protocolos e diretrizes de diagnóstico e tratamento, organização da rede de atendimento e capacitação de recursos

humanos. E Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa, com fomento à investigação de diagnóstico, controle vetorial, protocolos e diretrizes de manejo clínico, vacinas e tratamentos.

Um quarto eixo, que se justifica pela importância internacional da epidemia e por ações do país no campo da diplomacia da saúde é a cooperação internacional. O país vem conformando alianças para incrementar sua resposta com cooperação técnica e assinatura de acordos internacionais específicos sobre o Zika vírus.

O Brasil desenvolveu ações de treinamento para diagnóstico laboratorial com 5 dos outros 11 países que conformam a Unasul (Bolívia, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai<sup>45</sup>) e firmou dois acordos internacionais com os Estados Unidos e duas cartas de intenções sobre ações de cooperação entre os países no tema, em pesquisa e desenvolvimento para vacinas entre outros aspectos, que incluem o CDC (*Centers for Disease Control and prevention*). É importante destacar que, além do MS, outra importante parte desses atos é o Instituto Evandro Chagas, vinculado à Fiocruz, que tem se destacado como ator em diplomacia da saúde global<sup>46</sup>.

### A resposta regional na América do Sul

Até setembro de 2016, 10 dos 12 países independentes sul-americanos tinham casos registrados de febre do Zika vírus, mas apenas Brasil e Colômbia (os dois com maior incidência<sup>47</sup>) e Paraguai detectaram casos de alterações neurológicas em recém-nascidos. Suriname e Venezuela reportaram apenas casos de SGB.

A declaração da OMS da ESPII, aliada à epidemia que atinge o continente, exige maior coordenação e cooperação internacional<sup>48</sup> nos esforços para dar conta da situação e OIs que atuam no continente na área da saúde vêm realizando ações conjuntas de combate à epidemia.

### Organização Pan-americana da Saúde – OPAS

A OPAS (1902) é o escritório regional para as Américas da OMS. Sua missão é “liderar esforços colaborativos estratégicos entre os Estados membros e outros aliados, para promover a equidade em saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e prolongar a duração da vida dos povos das Américas”<sup>49</sup>, tendo um papel importante no que se refere à cooperação em saúde na região. Em 2013, seus países membros acataram a RES-CD52/11 sobre cooperação para o desenvolvimento sanitário, aprovando uma política renova-

da no tema, que objetiva “fortalecer a cooperação entre os países e as alianças horizontais entre as regiões e dentro delas”<sup>50</sup> e afirmando como uma das funções da Diretora o fortalecimento das relações entre as organizações sub-regionais, reforçando o que foi proposto em sua Constituição.

Em termos de vigilância em saúde<sup>51</sup>, a Organização visa fortalecer a preparação para enfrentar desastres, pandemias e doenças, fortalecer ações conjuntas no nível sub-regional, regional e global, prevenção e controle de doenças, entre outras ações.

No contexto da epidemia do Zika vírus<sup>52</sup>, a OPAS tem realizado missões nos países afetados com o objetivo de apoiar os governos na vigilância, controle e prevenção não apenas do Zika, mas também da dengue e da chikungunya, realizando treinamentos, oficinas e oferecendo apoio técnico para estudos e políticas. Foram 58 missões de cooperação técnica a 26 países; 8 reuniões regionais sobre bioética, vigilância, saúde sexual e reprodutiva, etc., 11 oficinas sub-regionais sobre vigilância, controle vetorial e laboratórios; além de distribuição de reativos de laboratórios a 22 países, a criação de uma parceria instrumental com o CDC, etc.

De acordo com o documento CD55/INF/4, que atualiza a situação do vírus na região das Américas, em dezembro de 2015 a OPAS ativou uma estrutura de gestão de incidentes, permitindo a alocação de recursos do seu Fundo de Emergências para Epidemias para financiar ações que envolvem o acompanhamento da epidemia, o controle de vetores, o fortalecimento dos sistemas de saúde e o fomento a pesquisas sobre o Zika vírus. A Organização também tem realizado ações de comunicação como forma de mitigar os riscos e fomentar o controle do mosquito. Entretanto, ainda persiste uma lacuna de 70% no orçamento total necessário para dar cabo das ações propostas<sup>53</sup>. A OPAS tem ainda realizado ações conjuntas com outros organismos internacionais como o Mercosul e a Unasul.

### Mercosul

O Mercosul (1991) foi originalmente composto por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, ao qual se agregou a Venezuela (2012), contando ainda com países associados (Chile, Peru, Colômbia, Equador, Guiana e Suriname)<sup>54</sup>, que participam das reuniões, sem direito à voto<sup>55</sup>.

Seu objetivo fundacional era tratar de questões relacionadas à economia e comércio, mas temas sociais foram se incorporando à sua agenda paulatinamente. O tema da saúde conta com dois

espaços específicos: a Reunião de Ministros de Saúde (RMS), que tratam de questões políticas e outras relevantes para o bloco; e o Subgrupo de Trabalho Saúde nº11 (SGT), que trata de temas técnicos, de harmonização de legislação, vigilância em saúde, etc.<sup>56</sup>.

Um estudo<sup>56</sup> sobre os temas em saúde tratados no bloco destacou que desde o ano 2000 existe a Comissão Intergovernamental Controle de dengue, além da de Sistemas de informação e comunicação em Saúde (2006). No SGT, o tema de vigilância em saúde (2006) corresponde a 15% das resoluções emitidas pela instância, sendo a implementação do RSI parte de sua agenda.

Em 3 de fevereiro de 2016 foi convocada uma reunião extraordinária de Ministros de Saúde do bloco para tratar da epidemia de doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*, da qual também participaram outras organizações, como o Instituto Sul-americano de Governo em Saúde da União de Nações Sul-americanas (ISAGS) e o OPAS.

Nesse encontro, os Ministros definiram adequar a estratégia de gestão integrada da dengue e outras doenças vetoriais como a principal medida para enfrentar a epidemia regional. Também definiram campanhas de educação e mecanismos de comunicação, além do desenho de protocolos e diretrizes clínicas, atualização de pessoal de saúde e o apoio recíproco para o diagnóstico da febre do Zika vírus e considerar a inclusão de medicamentos de SGB e rodadas de negociação conjuntas do bloco. Como importante ação, criou-se um Grupo *Ad Hoc* de seguimento da emergência, durante Presidência Pro Tempore (PPT) do Uruguai, país que à época, também exercia a PPT da Unasul.

O bloco tem sofrido revezes políticos importantes nos últimos meses devido ao processo de *impeachment* da presidente Dilma Rousseff e as diferenças diplomáticas dos Estados membros com a Venezuela<sup>57</sup>, país que, pela regra, deveria assumir a PPT do bloco no segundo semestre de 2016. Devido ao impasse envolvendo o Mercosul, as ações referentes ao Zika vírus estão congeladas e o Comitê *Ad Hoc* não se encontrou novamente.

### **Unasul**

A Unasul é uma organização internacional regional que comprehende de forma inédita na América do Sul seus 12 países independentes. Considerada inovadora em relação a experiências anteriores, que avançaram pouco em relação a uma efetiva integração do continente, apresenta um projeto de desenvolvimento regional amplo,

que alia não apenas propósitos econômicos ou de defesa, mas também questões sociais em busca de uma cidadania sul-americana<sup>58</sup>.

O bloco é composto por Conselhos e outras instâncias políticas e técnicas, que incluem 12 Conselhos setoriais. A saúde é tratada no Conselho de Saúde Sul-americano, conformado pelas Ministras e Ministros de Saúde dos seus países membros (instância máxima de decisão); um Comitê Coordenador, constituído por delegados dos ministros; uma secretaria técnica, conformada por representantes das PPT atual, passada e futura; Grupos Técnicos (GT), Redes Estruturantes e o ISAGS (2011), com sede no Brasil, um centro de altos estudos e debates de políticas para o desenvolvimento de lideranças e recursos humanos estratégicos em saúde<sup>59</sup>.

As questões de vigilância em saúde são tratadas no âmbito do GT Rede de Vigilância e Resposta em Saúde (2009), guiado pelo Plano Quinquenal 2010-2015, onde se estabelecem resultados como ter capacidades referentes à aplicação do RSI e a criação de uma Rede de Dengue para mitigar seu impacto na região<sup>60</sup>.

Sobre o RSI, se observa a necessidade de intensificar as estratégias de cooperação a partir das brechas existentes e exercitar “um olhar regional para os eventos com o objetivo não apenas de compartilhar informações sobre eventos, que ocorrem nos países da região, mas também de aprender com as experiências dos países”<sup>61</sup>.

O ISAGS e o GT elaboraram conjuntamente um relatório sobre a situação da epidemia do Zika vírus na região e as atividades em que o Conselho se envolveu sobre o tema vigilância e resposta. Em coletiva de imprensa, o Secretário Geral da Unasul, Ernesto Samper, e o então Diretor do ISAGS, José Gomes Temporão, anunciaram a criação de um Protocolo Regional para o combate e prevenção do Zika vírus, proposta acolhida na reunião do Mercosul, com objetivo de fortalecer a cooperação, garantir a comunicação fluida, aumentar a troca de experiências, reforçar as capacidades de vigilância conjuntas nas fronteiras, etc.<sup>62</sup>.

As divergências políticas da região, que impactaram no Mercosul também têm implicações na Unasul. O relacionamento entre os países e a PPT da Unasul, a cargo da Venezuela, também têm sofrido desaquecimento, culminando na desaceleração de estruturas e projetos. Outro fator importante foi o anúncio da saída de Samper em janeiro de 2017<sup>63</sup>, considerado um líder mobilizador importante na região.

## Considerações finais

Os efeitos da declaração de uma ESPII são muitos e tornaram a epidemia do Zika vírus na América do Sul uma ocasião favorável para a cooperação internacional devido à demanda de ações coordenadas de vigilância resposta. Alguns autores previdam que o aumento da visibilidade da epidemia pudesse atrair maiores investimentos para seu combate<sup>34,64</sup>, fomentando a mobilização de estruturas regionais para dar conta de compromissos anteriormente assumidos. Entretanto, o que se observa é uma retração das ações das instâncias regionais – Unasul e Mercosul – para a articulação de ações no sentido de responder conjuntamente aos desafios regionais impostos pela ESPII.

No contexto político, há aspectos nos âmbitos regional, nacional e diplomático que interferiram nesse processo. No nível regional, pode-se destacar a emergência de governos conservadores, interpelando a era de cooperação regional instaurada nos anos 2000. Soma-se a isso o desinteresse do governo Dilma nos assuntos de política externa e de saúde, e que demonstram que o contexto nacional do Brasil, por ser um importante ator no cenário internacional, teve impactos relevantes no andamento das ações de cooperação internacional na região. Além disso, com o processo de impeachment que retirou da Presidência do país Dilma Rousseff, diversos países integrantes dessas OIs retiraram ou chamaram seus embaiixadores no Brasil para consulta, caso da Bolívia, do Equador e da Venezuela, causando desgastes diplomáticos importantes.

A crise econômica e a consequente falta de financiamento também contribuem para frear

ações e projetos regionais de combate ao Zika vírus, impactando no funcionamento dos sistemas de saúde do subcontinente. Juntos, esses fatores têm abalado a atuação dessas organizações.

Apesar de essas questões também afetarem a atuação da OPAS e da OMS, observa-se que ambas organizações tiveram suas ações mantidas, com a deflagração dos mecanismos de vigilância e resposta dispostos no RSI. Além de serem mais antigas, mais estabelecidas e institucionalizadas, ambas têm grande penetração no campo da diplomacia em saúde e em seus Estados Partes, contribuindo para uma maior ressonância de suas intervenções.

Cabe ainda destacar o interesse dos Estados Unidos no campo de pesquisa e desenvolvimento no que se refere ao Zika vírus, com acordos bilaterais com o Brasil, com ênfase para uma resposta técnica e biológica à epidemia, o que é evidenciado pelo protagonismo do CDC nesses acordos.

É preciso ter em mente que a declaração da ESPII é uma oportunidade para governos e sociedades que não se pode perder<sup>65</sup> para chamar atenção para doenças há muito negligenciadas e que nunca atraíram tamanha atenção internacional. Traz ainda a necessidade de estruturação dos sistemas de saúde como maneira de responder às consequências dessa epidemia, visto que os danos neurológicos em bebês são irreversíveis. Além disso, é uma oportunidade para as OIs fortalecerem a diplomacia da saúde e a cooperação internacional, por meio da negociação de ações regionais que possam resultar em políticas comuns. E mais, levanta a questão sobre qual integração regional queremos.

## Agradecimentos

À Deisy Ventura pela revisão e apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

## Referências

1. Diniz D. *Zika: do Sertão nordestino à ameaça global*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.
2. Nunes J, Pimenta DN. A Epidemia de Zika e os limites da saúde global. *Lua Nova* 2016; 98:21-46.
3. World Health Organization (WHO). WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (IHR 2005). *Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations*. Washington: WHO; 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília: MS; 2016.
5. World Health Organization (WHO). *International Health Regulations*. 2<sup>nd</sup> ed. Geneva: WHO; 2005.
6. Faria M, Giovanella L, Bermudez L. A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano. *Saúde Debate* 2015; 39(107):920-934.
7. Pinheiro, L. *Política externa brasileira: 1889-2002. Coleção Descobrindo o Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2004.
8. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bull World Health Org* 2007; 85(3):230-232.
9. Buss PM, Ferreira JR, Alcazar S, Fonseca LR, Jouval HE. Governança em Saúde Global: diplomacia em saúde. Mimeo.
10. Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da Saúde Global. *Rev Electron Comun Inf Inov Saude* 2010; 4(1):19-24.
11. Alcazar SLBF. A inserção da saúde na política exterior brasileira. *Tese apresentada no 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco*. Brasília: Ministério das Relações Exteriores; 2005.
12. Kickbusch I, Novotny TE, Drager N, Silberschmidt G, Alcazar S. Global Health Diplomacy: training across disciplines. *Bull World Health Org* 2007; 85(12):971-973.
13. Feldbaum H, Michaud J. Health Diplomacy and the Enduring Relevance of Foreign Policy Interests. *PLoS Med* 2010; 7:4.
14. Pinheiro L. Traídos pelo Desejo: Um Ensaio sobre a Teoria e Prática da Política Externa Brasileira Contemporânea. *Contexto Internacional* 2000; 22(2):305-335.
15. Vigevani T, Cepaluni G. A Política Externa de Lula da Silva: A estratégia da Autonomia pela Diversificação. *Contexto Internacional* 2007; 29(2):273-335.
16. Cervo AL, Bueno C. A inserção Global no século XXI. In: Cervo AL, Bueno C. *História da Política exterior do Brasil*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2010. p. 491-521.
17. Sato E. Cooperação Internacional: uma componente essencial das relações internacionais. *Rev Electron Comun Inf Inov Saude* 2010; 4(1):46-57.
18. Hirst M, Lima MRS, Pinheiro L. A política externa brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. *Nueva Sociedad* 2010; 12:22-41.
19. Oliveira MF, Luvizotto CK. Cooperação técnica internacional: aportes teóricos. *Revista Brasileira de Política Internacional* 2011; 54(2):5-21.
20. Leite I. Cooperação Sul-Sul: Conceito, História e Marcos Interpretativos. *Observador On-line* 2012; 7(3):41.
21. Almeida C, Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de “cooperação sul-sul estruturante em saúde”. *Rev Electron Comun Inf Inov Saude* 2010; 4(1):25-35.
22. Ventura D. Saúde Pública e Política Externa Brasileira. SUR. *Revista Internacional de Direitos Humanos* 2013; 10(19):99-118.
23. Cervo AL, Lessa AC. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011-2014). *Revista Brasileira de Política Internacional* 2014; 57(2):133-151.
24. Gómez E, Perez FA. Brazilian foreign policy in health during Dilma Rousseff's administration. *Lua Nova* 2016; 98:171-197.
25. World Health Organization (WHO). *Documentos básicos*. 48<sup>a</sup> ed. Geneva: WHO; 2014.
26. Ventura D, Perez FA. Crise e Reforma da Organização Mundial da Saúde. *Lua Nova* 2014; 92:45-77.
27. Brown TM, Cueto M, Fee E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 2006; 13(3):623-647.
28. Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS). Informe. 65<sup>a</sup> AMS discutiu reforma da OMS com destacada atuação da Unasul. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.
29. Ventura D. *Direito e saúde global*. São Paulo: Expressão Popular, Dobra Editorial; 2013.
30. World Health Organization (WHO). *Financiación de la OMS en el futuro. Resumen de las observaciones finales de la Directora General*. Geneva: WHO, 2011.
31. Kastler F. Focus OMS – Des résolutions et une réforme cruciale en cours. *Les Tribunes de la Santé* 2013; 39:13-14.
32. Instituto Sul-Americanano de Governo em Saúde (ISAGS). Informe. *Informe Especial sobre a 69<sup>a</sup> Sessão da Assembleia Mundial da Saúde*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2016.
33. Marks-Sultan G1, Tsai FJ2, Anderson E3, Kastler F4, Sprumont D1, Burris S. National public health law: a role for WHO in capacitybuilding and promoting transparency. *Bull World Health Org* 2016; 94(7):534-539.
34. Ventura D. Ebola e Zika são incomparáveis. Blog Saúde Global. [acessado 2016 fev 16]. 2016. Disponível em: <https://saudeglobal.org/2016/02/01/ebola-e-zika-sao-incomparaveis-por-deisy-ventura/>
35. Heymann DL, Hodgson A, Sall AA, Freedman DO, Staples JE, Althabe F, Baruah K, Mahmud G, Kandun N, Vasconcelos PF, Bino S, Menon KU. Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC? *Lancet* 2016; 397(10020):719-721.
36. Lucey DR, Gostin LO. The emerging Zika pandemic: enhancing preparedness. *JAMA* 2016; 315(9):865-866.
37. World Health Organization (WHO). WHO statement on the 2nd meeting of IHR Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. Geneva: WHO; 2016.
38. World Health Organization (WHO). WHO statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR(2005)) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. Geneva: WHO; 2016.

39. World Health Organization (WHO). *Fourth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus*. Geneva: WHO; 2016.
40. Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS). *As Olimpíadas do Rio e a Vigilância em Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS); 2016. Informe.
41. World Health Organization (WHO). *Zika Situation Report. Zika Virus, microcephaly, Guillain-Barré Syndrome*. Geneva: WHO; 2016.
42. Jouannic J, Friszer S, Leparc-Goffart I, Garel C, Eyrolle-Guignot D. Zika virus infection in French Polynesia. *Lancet* 2016; 387(10023):1051-1052.
43. Victora CG, Schuler-Faccini L, Matijasevich A, Ribeiro E, Pessoa A, Barros FC. Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers? *Lancet* 2016; 387(10019):621-624.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico Nº 40 – Semana Epidemiológica (SE) 33/2016 (14/08/2016 A 20/08/2016) Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. Brasília: MS; 2016.
45. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Ações Realizadas para Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública Relacionada à microcefalia*. Brasília: MS; 2016.
46. Ferreira JR, Hoirisch C, Fonseca LE, Buss PM. Cooperação internacional em saúde: o caso da Fiocruz. *Hist Cienc Saude Manguinhos* 2016; 23(2):267-276.
47. Organización Panamericana de Salud (OPS). Zika cases and congenital syndrome associated with Zika virus reported by countries and territories in the Americas, 2015 – 2016. Cumulative cases. Washington: OPS; 2016.
48. Barreto ML, Barral-Netto M, Stabeli R, Almeida-Filho N, Vasconcelos PF, Teixeira M, Buss P, Gadelha PE. Zika virus and microcephaly in Brazil: a scientific agenda. *Lancet* 2016; 387(10022):919-921.
49. Organización Panamericana de Salud (OPS). *Constitución de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: OPS; 1999.
50. Organización Panamericana de Salud (OPS). *Resolución CD52/11 del 52 Consejo Directivo. Tema Cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas*. Washington: OPS; 2013.
51. Organización Panamericana de Salud (OPS). *Agenda de Salud Para las Américas 2008-2015*. Ciudad de Panamá: OPS; 2007.
52. Organización Panamericana de Salud (OPS). *Zika: Missions to support countries*. Ciudad de Panamá: OPS; 2016.
53. Organización Panamericana de Salud (OPS). *Actualización sobre el virus del Zika en la región de las Américas. CD55/INF/4*. Ciudad de Panamá: OPS; 2016.
54. Mercado Común del Sur (Mercosur). *Mercosur*. Montevideo: Mercosur; 2016
55. Mercado Común del Sur (Mercosur). *Textos Fundacionales*. Montevideo: Mercosur; 2012.
56. Queiroz LG, Giovanella L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. *Rev. Panam Salud Pública* 2011; 30(2):182-188.
57. Télam D. *Governo da Venezuela se declara presidente pro tempore do Mercosul*. Brasília: Empresa Brasileira de Comunicação (EBC); 2016.
58. Simões AJF. Unasul: a América do Sul e a construção de um mundo multipolar. In: Simões AJF. *Integração: sonho e realidade na América do Sul*. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão; 2011. p. 55-64.
59. Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS). *Estatuto do Instituto Sul-americano de Governo em Saúde*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2011.
60. Unión de Naciones Suramericanas (Unasur). *Consejo de Salud Suramericano. Plan Quinquenal 2010-2015*. Cuenca: Consejo de Salud Suramericano, 2008.
61. Carmo EH, More LFB, González CG, Salomón RR, Gualamo MC, Antman JG. Capítulo VI – Red Suramericana de Vigilancia y Respuesta en Salud: antecedentes, creación, agenda y desafíos. In: Carmo EH, Gemal A, Oliveira S, organizadores. *Vigilancia en Salud en Suramérica: epidemiológica, sanitaria y ambiental*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2013. p. 115-128.
62. Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS). *Informe. Unasul se mobiliza para enfrentar o vírus Zika*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2016.
63. Unión de Naciones Suramericanas (Unasur). *Ernesto Samper no aspira su reelección en la Secretaría General y continuará en Unasur hasta enero de 2017*. Cuenca: Unasur; 2016.
64. Instituto Sul Americano de Governo em Saúde (ISAGS). *Informe. Entrevista: José Gomes Temporão*. Rio de Janeiro: ISAGS; 2016.
65. Horton R. Offline: Brazil – the unexpected opportunity that Zika presents. *Lancet* 2016; 387(10019):633.

---

Artigo apresentado em 15/09/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 22/03/2017