**TÍTULO**

**Uma leitura crítica das emergências em saúde global: o caso da epidemia de Zika de 2016**

**TITLE**

**A critical view of the global health emergencies: the 2016 Zika epidemic case**

**RESUMO**

O estudo da definição de agendas e prioridades da saúde global tem sido, nos últimos anos, uma das prioridades de uma literatura crítica que visa identificar as dimensões políticas da governança global em saúde, e que enfatiza os pontos de tensão, exclusão e desigualdade. O presente ensaio se posiciona nesta leitura crítica da saúde global, focando a construção da categoria de emergência de importância internacional. Considerando em específico o caso do surto de Zika e de síndromes congênitas no Brasil, em 2016, explora as condições que possibilitam a construção de uma emergência. Questionamos os fatores e condições em torno desse evento de saúde pública que eventualmente foram considerados no processo decisório, e que vão além dos dados materiais mais objetivos relativos à epidemiologia do Zika, à sua morbi-mortalidade ou à sua associação com as malformações congênitas. Concluímos que o contexto securitário e a crescente importância do risco na saúde global são condições importantes para entender as declarações de emergência.

**SUMMARY**

The study of the establishment of the global health agenda and its priorities has been, over the last years, one the priorities in a critical literature that aims to identify the political dimensions of global health governance, and that also sheds light on the points of tensionl exclusiom and inequality. This essay is positioned into this global health critical literature, focusing on the construction of the category of emergencies of international concern. Considering in particular the case regarding the Zika outbreak and the congenital syndrome in Brazil, in 2016, explore the conditions that allow the construction of an emergency. We question the factors and conditions around this public health event that ultimately were considered during the decision-making process, and go beyond the material, more objective data regarding the epidemiology of Zika, its morbi-mortality or the association with congenital malformations. We conclude that the securitized context and the growing importance of risk to global health are important conditions to understanding the declaration of emergencies.

**Introdução**

A literatura acadêmica sobre saúde global conheceu nos últimos anos o crescimento de abordagens críticas que visam questionar entendimentos dominantes acerca da governança da saúde. Esta virada crítica tem suas raízes num propósito antropológico de colocar as pessoas, suas práticas e experiências, no centro da análise1 2. Em detrimento de uma visão que privilegia o estudo de arranjos institucionais e a arquitetura da governança da saúde, os estudos críticos começam pela prática e pelas realidades concretas e cotidianas – a forma como a saúde e a doença são entendidas e experienciadas por indivíduos e grupos num determinado contexto histórico, cultural e socioeconômico.

A gênese da crítica da saúde global está também nos fundamentos teóricos de alguns estudos na área das Relações Internacionais3 4, que partem do pressuposto de que os entendimentos acerca de saúde e doença devem ser vistos, não como realidades evidentes, mas sim como o resultado (negociado, contestado e, portanto, precário) de construções sociais5. Essas construções sociais, ou seja, processos de representação, negociação e contestação de entendimentos coletivos, incluem como dimensão essencial a definição de problemas6 7. Assim, as políticas de saúde não são meros instrumentos médicos, técnicos ou tecnológicos para a resolução de problemas objetivos; elas dependem de uma construção prévia do que é visto como problemático, do que exige prioridade ou atenção, do que precisa ser protegido e como. Essa definição de problemas, que sempre acontece tendo como pano de fundo a definição da sociedade que temos ou queremos ter, permite a configuração de um âmbito de soluções vistas como necessárias, possíveis ou desejáveis. Simultaneamente, qualquer definição de problemas estabelece limites a outras possíveis soluções alternativas.

Deste modo, um dos pressupostos básicos da abordagem crítica é a ideia de que a saúde global deve ser vista como um fenômeno político, e não meramente técnico. A saúde global é política porque resulta de um processo social de negociação, que compreende entendimentos compartilhados e também divergências. Uma outra dimensão política da saúde global, que decorre destas negociações e tensões, é o fato de ela ser permeada por relações de poder5. A definição de ideias e práticas dominantes ocorre num contexto social e econômico que reflete diferentes capacidades e que ajuda a reproduzir desigualdades. O enfoque nas desigualdades é uma caraterística central da abordagem crítica. O reconhecimento da natureza política da saúde global visa desmascarar pretensões universalistas ou homogeneizantes, e lançar luz sobre a diversidade de experiências, isto é, a forma como diferentes territórios, grupos e indivíduos são afetados distintamente pela suscetibilidade à doença, com também diferentes capacidades para responder às doenças quando elas ocorrem.

Ao reconhecer a política como território de tensão, desigualdade e constante reprodução da vulnerabilidade de determinadas populações, a abordagem crítica também privilegia a atenção sobre a definição de prioridades na governança global da saúde. O estudo da definição das agendas da saúde global8 9 é um componente importante, na medida em que visa entender de que forma a distribuição de recursos (não só financeiros e humanos, mas também simbólicos) se relaciona com interesses e com a mobilização do poder por parte de diferentes atores na governança. Neste contexto, surge como particularmente relevante o estudo da categoria das emergências em saúde, associadas a um paradigma de governança focado nas chamadas “doenças emergentes” e, em geral, na resposta ou reação a surtos de doenças infeciosas10. Esse paradigma emergencial surge interligado com o desenvolvimento, ao longo das últimas décadas, de uma agenda da governança global pautada por preocupações com segurança sanitária11 12. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005 demonstra isso: não só reflete a prevalência de concepções securitárias na governança global 13, mas também introduz um conjunto de mudanças significativas que vieram reconfigurar a relação entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os Estados-membros14, permitindo por exemplo a notificação de surtos epidêmicos por atores não-estatais, ou alargando radicalmente o escopo de problemas que podem ser considerados emergências. Ele passou a incluir, no leque de questões que podem deflagrar uma resposta emergencial por parte da ONU e dos Estados Partes, qualquer evento que cumpra os requisitos do algoritmo da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): ter um caráter extraordinário, constituir um risco de saúde pública que possa se espalhar para outros países, e exigir uma resposta internacional coordenada.

Este ensaio aborda as emergências em saúde usando uma lente crítica. Escolhemos a crise sanitária relativa à Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCVZ), que teve como epicentro o Brasil, em 2016, para estudar as condições que possibilitaram a construção de uma emergência internacional. Consideramos que se trata de um importante exemplo de como são concebidos e implementados os instrumentos da OMS e dos Estados para resposta às emergências internacionais de saúde.

Até o ano de 2013, o Zika vírus era pouco conhecido. Isolado na década de 1940, teve registros de infecções pontuais até meados dos anos 200015. Em 2013, partindo da Polinésia Francesa, o vírus teria passado pela Oceania e pela Ilha de Páscoa antes de chegar à América Central e ao Caribe16. No Brasil, inicialmente não chamou a atenção das autoridades locais, eis que a doença era percebida como de efeitos leves e pouco duradouros, e não constava da lista de enfermidades de notificação obrigatória. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) só foi notificada sobre a circulação do vírus no Nordeste do país em maio de 2015. Ao divulgar o primeiro alerta epidemiológico sobre a doença17, a OPAS fez recomendações sobre medidas de prevenção e controle, mobilizando a comunidade científica em torno de seu potencial epidêmico. O vírus parecia adaptar-se aos ciclos urbanos e periurbanos, sendo transmitido pelo *Aedes aegypti* e por outros mosquitos, com manifestações cada vez mais graves, sobretudo neurológicas18. A ausência de meios eficazes de controle do vetor, assim como de vacinas e medicamentos específicos para a doença passava a causar inquietação.

Buscaremos neste ensaio, por meio do caso da emergência relacionada à SCVZ, responder as seguintes perguntas: por que determinados problemas de saúde pública se tornam prioridades na agenda da saúde global e são elevados à condição de emergência de importância internacional? O que explica a persistência de outras questões que permanecem voltadas à negligência?

À procura de respostas, tentaremos destacar os limites das abordagens técnicas da crise sanitária, como os dados materiais objetivos relativos à epidemiologia do Zika, à sua morbi-mortalidade ou à sua associação com as malformações congênitas. Para tanto, daremos especial atenção às dimensões políticas da construção da SCVZ como emergência internacional, questionando fatores e condições em torno desse evento de saúde pública que eventualmente foram considerados no processo decisório.

**Incerteza, risco e medo: a associação entre Zika e síndromes congênitas**

Apesar das preocupações, a doença por si só não era suficiente para a declaração de uma emergência no território brasileiro. No ano de 2015, o Brasil teve 1.688.688 casos prováveis de dengue, com 986 óbitos confirmados19, e ainda assim não foi declarada emergência nacional. Em meados de 2015, alguns municípios do Nordeste brasileiro passaram a notificar o aumento incomum no número de bebês nascidos com microcefalia, chamando a atenção das autoridades de saúde estaduais que se preocupavam com o impacto deste fenômeno sobre os sistemas de saúde locais20. Até aquele momento, a correlação entre as infecções pelo Zika vírus e a microcefalia ainda não havia sido comprovada.

O Ministério da Saúde declarou uma Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em novembro de 201521, com base no aumento incomum no número de bebês nascidos com microcefalia. Apesar do número reduzido de casos e da ausência de evidência etiológica, o evento representava risco significativo para a saúde pública pois a população potencialmente atingida era vulnerável. O perfil clínico apresentado pelas microcefalias e a incidência na região Nordeste naquela estação do ano e na população afetada eram incomuns.

O fator de mobilização pública em torno do Zika deu-se, acima de tudo, pelo fato de estar rodeada de muitas incógnitas no meio científico, sobretudo acerca da forma de transmissão da doença e da relação entre o vírus e as complicações neurológicas 22, o que tornava urgente a necessidade de dar sentido ao que acontecia. A questão da incerteza se tornou importante na saúde global na medida em que o âmbito da legislação e da governança começou a se focar não apenas em doenças concretas, mas também em riscos incertos e por calcular23. Esta mudança de enfoque é evidente no RSI de 2005, com a sua referência a eventos que poderão eventualmente configurar um risco de saúde pública. A presença do risco na saúde global decorre da importância da segurança sanitária, mas acrescenta novos elementos ao prescrever uma preocupação não apenas com ameaças concretas, mas também com riscos futuros. A atenção para com o futuro demonstra uma reorientação das políticas de saúde para a tentativa de prever e calcular riscos, e governar um cenário de permanente incerteza24. O risco e percepção de risco são dois fatores elementares envolvidos na conceitualização e prática da governança da saúde global; a questão envolve como identificar o risco e a extensão pela qual o seu impacto e escopo global podem ser superestimado ou subestimado, sobretudo porque a identificação de riscos se dá de forma complexa, envolvendo diferentes atores, determinantes empíricos, demandas de conhecimento concorrentes e uma espécie de desordem sistêmica por falta de informação25.

A utilização e o enquadramento do medo e da suscetibilidade ao risco servem como instrumento de formação da política de saúde global e de mobilização política. Mecanismos de segurança consistentes podem ser formados graças a elementos como o enquadramento de ameaças comuns, a formação de consensos, a abdicação de aspectos da soberania dos Estados em favor de mecanismos de vigilância internacional, além da combinação de especialistas médicos e de saúde pública, e de burocratas internacionais ou nacionais25. Neste contexto, a linguagem de risco, especialmente associada à ameaça e à segurança, seria capaz de elevar a saúde na agenda global, promovendo a disponibilidade de recursos e a formação de novas iniciativas políticas globais, com novas formas multissetoriais de governança, numa variedade de atores em diversos níveis de tomada de decisão.

A incerteza gerada acerca da associação entre Zika e síndromes congênitas, e a forma como a categoria do risco tem sido utilizada para enquadrar essa incerteza, ajuda a explicar o contexto no qual as emergências (nacional e internacional) foram declaradas24. A reação a esse cenário de incerteza deve também ser compreendida no contexto de um imaginário político mais abrangente que tem pautado a saúde global, relacionado a uma mentalidade baseada na ansiedade e no medo26. A política do medo na saúde global não é um fenômeno recente: a história da medicina social e da saúde internacional demostram a persistente associação entre doença e ansiedades políticas relacionadas com grupos e regiões consideradas portadoras de doença ou perigos de contágio, como os imigrantes, as populações LGBTQI, ou grupos étnicos não-dominantes27 28 29. Durante a epidemia de Zika, a mobilização de gestores e pesquisas, da mídia e sociedade em geral gerou também reações dramáticas, que assumiram contornos de grande alarmismo e de espécie de “zikafobia” 30. Em decorrência da declaração da ESPIN no Brasil, agências de fomento e Estado destinaram recursos para a pesquisa científica relacionada à doença e principalmente seus efeitos inesperados. Para os cientistas brasileiros, o surto de Zika foi uma oportunidade de receber financiamento para cooperação internacional, e de impulsionar publicações internacionais, o que foi decisivo diante dos escassos meios nacionais, sobretudo diante da crise política e econômica em que o país se encontrava 31.

A enxurrada de relatos sobre o Zika produzidos num só ano, comparada ao que havia acumulado nas décadas anteriores, transformou o vírus “num agente tão perfeito como patógeno que seria impossível não ter medo dele”30. A difusão do pânico em algumas zonas do Brasil levou à corrida por ultrassonografias que o sistema não podia satisfazer e à realização de testes cujos resultados demoram semanas. As imagens amplamente difundidas de crianças com microcefalia ajudaram a criar um ambiente de ansiedade em relação a epidemia, além de contribuírem para a estigmatização das populações afetadas, momentaneamente alvos de uma piedade que não se traduziu em políticas públicas robustas e sustentadas que pudessem responder às decorrências imediatas e de longo prazo dos problemas congênitos.

**Quando uma crise local se transforma em emergência internacional**

Supõe-se que uma declaração de emergência internacional pela OMS pretende converter determinados problemas de saúde pública em prioridades na agenda da saúde global. Tentaremos compreender as razões pelas quais a SCVZ alcançou este estatuto. Antes de mais nada, é preciso enfatizar que o objeto da emergência declarada corresponde aos efeitos provocados pela doença (as síndromes congênitas), e não à epidemia em si.

Considerando a vertiginosa mobilidade internacional contemporânea, o Zika rapidamente alcançou outros países32. Colômbia e EUA notificaram casos autóctones de transmissão do Zika vírus, além do registro de bebês com microcefalia. Somente nos EUA, dois terços da população residem em áreas em que o mosquito convive em pelo menos uma parte do ano. À medida que o verão no Hemisfério Norte se aproximava, as autoridades de saúde norte-americanas manifestavam preocupação cada maior com a possibilidade de o Zika vírus afetar populações do Sul dos EUA, o que levou à aprovação de testes com mosquitos geneticamente modificados na Flórida e à liberação de fundos pelo CDC para agências de saúde estatais e locais para esforços de preparação contra o mosquito.

Em virtude da realização dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos no Brasil, previstos para meados de 2016, as possibilidades de propagação internacional da doença pareciam amplificadas. Em janeiro de 2016, a então Diretora-Geral (DG) da OMS convocou um Comitê de Emergência (CE) que a aconselhou a declarar uma ESPII, justificada pelo acúmulo de evidências disponíveis sobre a relação entre as infecções por Zika vírus e a malformação de bebês33, em particular a incerteza sobre os *clusters* de microcefalia, de SGB e de outros defeitos neurológicos relatados por autoridades do Brasil e, retrospectivamente, da Polinésia Francesa, que se associavam em tempo e espaço com surtos de infecção pelo Zika34. Recomendou-se a adoção de diversas medidas, em especial de controle do vetor e de distribuição de informações para mulheres grávidas.

Ao longo das quatro reuniões do CE que se seguiram à declaração da ESPII, as recomendações dos especialistas continuaram a dar destaque a medidas de controle vetorial. A terceira reunião do CE, realizada em 14 de junho de 2016, foi quase integralmente dedicada aos Jogos Olímpicos. A declaração divulgada pelo CE destaca que o evento seria realizado no inverno do Hemisfério Sul, período em que a transmissão de arboviroses diminui naturalmente. Além disso, o Brasil estaria adotando medidas de controle do vetor nas cidades que sediariam os jogos e em seus arredores35. Logo, o Comitê recomendava, entre outras medidas, que o país continuasse seu trabalho de controle do vetor, e garantisse a disponibilidade de repelentes e preservativos em quantidade suficientes para atletas e visitantes.

A OMS jamais recomendou a suspensão dos Jogos no Brasil, tampouco a interrupção do fluxo de pessoas ou do comércio entre Estados. Logo, a situação não era tão grave que demandasse uma medida excepcional em escala internacional. A emergência, se não estava controlada ainda, estava em vias de sê-lo, de acordo com a avaliação da OMS. Na quinta reunião, realizada em 18 de novembro de 2016, o CE concluiu que o evento não mais configuraria uma ESPII no sentido do RSI, por mais que ainda fosse um importante desafios para a saúde pública e exigisse maior atenção e ação por parte das autoridades de saúde e da comunidade científica36.

Pouco meses depois de suspender a ESPII, a Diretora Geral da OMS à época, Margaret Chan, comentou a própria decisão de declarar a emergência relativa à SCZ, descrevendo como uma “curiosidade médica obscura, que dificilmente poderia ser descrita como ‘extraordinária’, condição principal para a declaração de uma ESPII”recebeu o status de emergência global37. Chan também explicitou a comoção causada pelas imagens de bebês nascidos com microcefalia no Brasil e as histórias trágicas sobre as mães que teriam que lidar com um futuro sombrio para seus filhos.

Segundo Chan, o evento teria atendido às três condições necessárias para declarar uma ESPII. Primeiro, seria extraordinário pela novidade da relação suspeita entre a infecção pelo Zika vírus e a microcefalia e outras malformações. Segundo, o risco de dispersão internacional do vírus era alto. Por fim, o *Aedes aegypti* estava presente numa área que envolvia cerca de metade da população mundial, o que, na falta de tratamentos e vacinas, requeria uma resposta internacional coordenada. A ESPII teria sido suspensa porque as questões que, no início de 2016, tornaram a doença tão extraordinária já teriam sido respondidas pela ciência. O Zika vírus estaria passando, portanto, para o rol dos patógenos capazes de gerar epidemias, como dengue e chikungunya, e mereceria a atenção de um mecanismo próprio para oferecer orientações e intervenções adequadas.

A manifestação de Chan confere algumas pistas sobre a motivação da OMS em elevar as infecções por Zika vírus de uma doença de pouca atenção pública para um evento de importância internacional. Embora em termos operacionais e técnicos internos à tomada de decisão na OMS pareçam estar claros, há que se questionar as razões que levaram a OMS a declarar uma ESPII não pela incidência ou pelos efeitos diretos da infecção pelo Zika vírus, mas aparentemente pela associação com o aparecimento de microcefalias e outras desordens neurológicas congênitas. A resposta para esse feito pode estar associada à própria natureza das ESPIIs.

**A ESPII e sua dimensão política**

De acordo com o RSI (2005), uma ESPII pode ser declarada em vista de um evento extraordinário, que constitua um risco à saúde pública, em virtude da propagação internacional de doença ou agravo, independentemente de sua origem ou fonte, e que represente ou possa representar dano significativo para seres humanos, exigindo uma resposta internacional coordenada. Portanto, contempla também problemas de origem química, radio-nuclear ou decorrentes de desastres ambientais, que surjam natural ou deliberadamente. O que define uma ESPII não é sua gravidade ou letalidade, mas sim seu potencial alcance internacional38.

Antes do surto de Zika de 2015, a OMS havia declarado apenas três ESPIIs, com complexidades e multiplicidades de causas e características que dificultam sua comparação. Na primeira, declarada em 2009, em virtude da epidemia de gripe AH1N1, a organização foi fortemente criticada por supostamente ter superestimado a patogenicidade do vírus para beneficiar a indústria farmacêutica38. A segunda ESPII, declarada em 2014 e vigente até o momento da submissão deste artigo, teve como objeto a poliomielite, apesar do pequeno número de casos, concentrados particularmente no Afeganistão, no Paquistão e na Nigéria.

A última ESPII declarada antes do surto de Zika teve por objeto o surto de Ebola na África Ocidental, em 2014. A OMS foi criticada por ter tomado decisões altamente politizadas e pela falta de transparência no processo decisório, e sua capacidade na condução e na liderança de situações de emergência foi considerada insatisfatória39. A Secretaria Geral da ONU, com apoio da Assembleia Geral e do Conselho de Segurança, criou “a primeira missão sanitária de urgência das Nações Unidas”40: a Missão das Nações Unidas para a Resposta à Emergência do Ebola (MINUAUCE), tomando a frente da OMS na coordenação da resposta internacional.

A OMS tem atuado de forma diferenciada para eventos que potencialmente poderiam configurar uma ESPII. Merece destaque a síndrome respiratória por coronavírus-MERS, que, desde 2012, tem acometido o Oriente Médio e avança pelo continente asiático. Apesar da alta morbimortalidade dos casos, a infecção já ensejou diversas reuniões de especialistas, mas a OMS não parece convencida de que se trata de uma ESPII. Ademais, casos como o surto de cólera no Haiti, o desastre nuclear de Fukushima no Japão, e o uso de armas químicas na Síria, embora passíveis de notificação pelo Anexo 2 do RSI (2005), não foram sequer objeto de convocação de um CE pela OMS, assim como tantos outros assuntos.

Por outro lado, é preciso compreender por que outras arboviroses de maior impacto na saúde pública do que a doença do vírus Zika não são concebidas como potenciais emergências internacionais. A decisão final de declarar ou não uma ESPII cabe à Direção-Geral da OMS, mas a falta de transparência no processo decisório dos CEs é objeto de controvérsias desde a declaração da primeira ESPII, em 2009, quando alegações de que haveria conflitos de interesses entre os membros do CE e laboratórios farmacêuticos motivaram uma avaliação do desempenho da OMS durante a pandemia.

Este processo decisório tem passado por intenso escrutínio. No caso da gripe AH1N1 e da crise do Ebola de 2014, comissões internacionais criticaram fortemente a OMS por possíveis conflitos de interesses e pela demora na declaração da emergência. De modo geral, o processo decisório dos CEs dá margem a variadas interpretações.

Na análise dos documentos referentes a CEs que a DG-OMS convocou desde 2007 transparecem inconsistências nas declarações emitidas pelos CE no tocante aos critérios utilizados para a determinação das ESPIIs41. Nem sempre as três condições previstas no RSI parecem ser consideradas em cada declaração de ESPII, e mesmo quando os critérios são mencionados, há diferentes interpretações das evidências de potencial disseminação internacional da ameaça. As únicas fontes de informação sobre o processo deliberativo são os registros das entrevistas coletivas realizadas após as reuniões dos CE41.

O RSI (2005) não exige da organização nada além do fornecimento de informações gerais à imprensa42. Porém, não há dúvida de que a transparência sobre o funcionamento do CE poderia trazer a toda comunidade internacional mais clareza sobre os desdobramentos de uma emergência.

A crise do Ebola da República Democrática do Congo (RDC), em 2018 e 2019, suscitou novos questionamentos sobre um processo decisório que ocorre à revelia da comunidade internacional. A gravidade e o potencial de disseminação além das fronteiras pareciam condições suficientes para a declaração de uma ESPII, que também poderia mobilizar a comunidade internacional no sentido de viabilizar recursos necessários para a contenção do surto. Diversos autores criticaram a falta de clareza na declaração emitida pelo CE, em particular o uso da seguinte frase: “While the outbreak is an extraordinary event, with risk of international spread, the ongoing response would not be enhanced by formal Temporary Recommendations under the IHR (2005)”43.

Além disso, as informações disponíveis para o público não oferecem pistas sobre o que os membros do Comitê e os conselheiros legais da OMS discutiram ou argumentaram, nem mesmo sobre a definição dos critérios utilizados42. O mesmo padrão foi observado com relação às cinco reuniões sobre a ESPII relativa à SCZ, cujas declarações públicas não explicitam as ponderações realizadas internamente.

A falta de transparência compromete a legitimidade das decisões que foram tomadas e o respectivo processo decisório e, por conseguinte, o desempenho do RSI (2005) e da própria OMS44. O Conselho de Segurança da ONU, por exemplo, utiliza “webcasts” ao vivo e realiza registros formais das declarações feitas no processo deliberativo, além de guardar e publicar as evidências no website da ONU. Já na OMS, a consulta aos arquivos da organização revela que os registros das reuniões dos CEs estão sujeitos à uma regra de confidencialidade de 20 anos. Esta opacidade suscita questões sobre a pertinência de informações, a possibilidade de conflitos de interesse e de interferência política no processo decisório.

**A ESPII relacionada ao Zika vírus**

A ESPII declarada em 2016 foi a primeira relacionada a uma arbovirose, tendo como foco os *clusters* de microcefalia e da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), e não especificamente a infecção pelo Zika vírus em si. A linguagem da declaração da ESPII é confusa no que diz respeito à definição de seu objeto, uma vez que nem a microcefalia nem a SGB se configuram como doenças infecciosas e, portanto, não apresentam risco de propagação internacional42.

Apesar da falta de transparência no processo decisório, parece possível depreender algumas considerações a respeito dos fatores que conduziram a OMS a declarar uma ESPII para a crise do Zika vírus em 2016. Estes fatores não podem ser entendidos separadamente das condições contextuais da saúde global analisadas neste artigo – nomeadamente a tendência securitária e o enfoque no cálculo de risco e na contenção de crises. Tampouco podem ser apartados de dois acontecimentos políticos cruciais, que configuraram o discurso e as ações dos atores envolvidos: de um lado, a instabilidade política, eis que a emergência se desenrola em pleno processo de impeachment da Presidenta da República, Dilma Roussef; e, de outro, os Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro, cujo início estava previsto para julho de 2016, que acolheria delegações de 208 países45. Por se tratar de evento sério, repentino, incomum ou inesperado, com implicações para além do Estado afetado, uma ESPII exige ação internacional imediata. Por essas razões, parece improvável que a OMS tivesse declarado uma ESPII relativa à SCZ não fosse a elevação do nível de atenção global que a emergência do vírus tomou com a proximidade dos Jogos no Brasil, as dúvidas sobre a capacidade do Estado de geri-la em meio à profunda crise política, bem como a grande incerteza que então rodeava a doença e sua associação com malformações congênitas.

A visita de Margaret Chan ao país logo após a declaração da ESPII foi um indicativo da preocupação da OMS. Embora confrontada com uma manifestação pública de especialistas que exigiam que as Olimpíadas no Rio de Janeiro fossem postergadas, a OMS se manteve firme em sua decisão46. Em outras manifestações públicas, especialistas alertaram para o risco desnecessário de infecção que os Jogos representavam para milhares de pessoas, sugerindo ainda possível conflito de interesses entre a OMS e o Comitê Olímpico Internacional (COI). Em maio de 2016, a organização declarou que o Brasil era apenas mais um dos 60 países onde o Zika vírus estaria circulando, para os quais as pessoas não deixaram de viajar por diversas razões. A OMS admitiu, ademais, que a declaração da ESPII teria sido feita justamente para regular a situação em detalhes, evitando medidas restritivas contra o país47.

A avaliação da OMS estava estreitamente relacionada ao desempenho do governo brasileiro. Mesmo na iminência do impeachment, uma “guerra contra o mosquito” foi deflagrada pelo Palácio do Planalto, apostando no controle do vetor como estratégia de resposta, e envolvendo um grande contingente das Forças Armadas.

Logo, a declaração de emergência internacional pela OMS funcionou como uma espécie de caução para os participantes dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos sediados pelo Brasil, no sentido de demonstrar que a comunidade internacional estava vigilante em relação ao que estava ocorrendo no país. O fato de que os eventos esportivos não foram suspensos, apesar desta suspensão ter sido solicitada por grupos de especialistas independentes, corrobora a ideia de que se tratava de apoiar um governo fragilizado, garantindo um consenso nacional entre as diferentes forças políticas em torno da necessidade de adoção de medidas de controle, que seriam alvo de cobrança e vigilância internacional. Portanto, não se tratava de um simples cálculo das probabilidades de propagação internacional da doença, baseado em informações técnicas e capaz de justificar a suspensão dos jogos, e sim de evitar que esta suspensão fosse necessária por meio de medidas emergenciais. Assim, o mecanismo de declaração de emergências assumia claramente a forma de ação política pontual, em detrimento de uma função de enfrentamento efetivo e permanente dos problemas de saúde pública que estão na raiz de uma crise sanitária. Corroborando esta ideia, embora não constitua o objeto do presente artigo, é importante registrar que uma importante literatura vem abordando a resposta brasileira ao Zika sob o prisma de gênero, indicando o seu impacto negativo sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres48 49 50 51 52.

Preocupações com a transmissão de doenças infecciosas em eventos de grande porte são um dos fatores a se considerar na avaliação de risco. A realização da Copa do Mundo de Futebol no Brasil, em 2014, também gerou preocupação não apenas com relação a disseminação de doenças infecciosas como também pela possibilidade da utilização deliberada de agentes biológicos em ataques terroristas54. Estimativas sobre a distribuição de riscos na Copa do Mundo e nos Jogos levaram em consideração que a ampla disseminação de vetores de doenças no país era tida como um fator de risco de introdução de arboviroses inexistentes no Brasil, tais como novas sorotipagens da dengue, do chikungunya e do Zika, o que demandava um reforço dos serviços de vigilância54. Apesar dessas recomendações, a importância das arboviroses parece ter sido negligenciada em eventos de grande massa dada à prioridade atribuída às doenças transmitidas de pessoa a pessoa55. A Copa do Mundo e os Jogos pareciam figurar no radar de epidemiologistas de todo o mundo, e isso terá sido importante na declaração da ESPII.

**Conclusão: risco, segurança e negligência**

Desde o final da década de 1990, a saúde tem crescido em relevância na agenda da governança global, na medida em que os Estados passaram a reconhecer que era preciso investir em saúde não apenas no contexto doméstico, mas também no plano global de modo a promover seu desenvolvimento econômico e social num contexto de crescente globalização. A saúde tornou-se, assim, um importante recurso econômico e político, sobretudo quando se estimam os custos potenciais de uma epidemia, que, a depender sua dimensão, poderiam destruir cerca de 1% do PIB global56, com imenso impacto sobre países mais vulneráveis.

Não surpreende, portanto, que temas relacionados à saúde tenham atraído a atenção de analistas de segurança, que os enquadraram como um desafio para o setor, sobretudo doenças infecciosas, que têm o potencial de se disseminar rapidamente ao redor do mundo. Com a emergência do HIV/AIDS, nos anos 1990, as doenças infecciosas passaram a ser descritas como ameaças à paz e à segurança. Os ataques por *anthrax* EUA, logo após o 11 de setembro de 2001, reforçaram ainda mais o discurso em torno da securitização da saúde e situaram a segurança no centro dos trabalhos acadêmicos produzidos sobre saúde global57. Problemas emergem como questões de segurança por processos de representação, explícitos ou não, intencionais ou não, que condicionam os meios de legitimação das políticas, justificam agendas, alteram prioridades e mobilizam recursos. Uma visão crítica da segurança sanitária pode nos ajudar a não cair nas armadilhas do uso de um vocabulário de segurança quando se trata de problemas de saúde por meio de medidas emergenciais questionáveis, como restrições a viagens, quarentenas ou campanhas de vacinação obrigatórias.

Uma das problemáticas da segurança sanitária diz respeito à lógica do risco como racional para as políticas de saúde, pela qual se rearranja e se ordena a realidade como uma nova forma de poder normalizador do Estado e de outros atores da saúde global. Essa nova forma de poder busca manter vigilância contínua sobre as populações, de modo a garantir que grupos que desviem de normas biológicas desejáveis sejam objeto de intervenções políticas específicas24.

O contexto securitário e a crescente importância do risco na saúde global são condições importantes para entender as declarações de emergência. A predominância da lógica de risco explica as mudanças recentes nas normas de saúde global e em mecanismos de governança, como a própria figura da ESPII, que resultou da revisão do RSI, em 2005 e representa uma grande transformação na governança da saúde global, passando da vigilância de algumas doenças para a vigilância do risco em saúde pública, na forma de eventos incertos e inesperados, o que resulta na reorientação de recursos em nome do princípio da precaução do que em resposta a problemas de saúde reais e objetivos, podendo servir a outras agendas (como a mídia ou interesses corporativos)10.

Parece que essa foi a mesma mentalidade que levou à declaração de uma ESPII durante o surto de Zika vírus no Brasil, uma vez que o objeto da emergência não se tratou propriamente do vírus, mas das incertezas referentes à associação entre o vírus e a desordens neurológicas, particularmente a microcefalia em recém-nascidos. A lógica do risco no caso do Zika manteve o assunto na ordem do dia por alguns meses e contribuiu para desviar a atenção de outras questões de saúde materialmente mais impactantes, como os milhões de casos de dengue que assolavam o país no mesmo período.

No entanto, o enquadramento de algumas enfermidades como questões de segurança levou a uma distorção do foco em doenças-chave em detrimento da atenção às conexões entre os fatores de risco causais e os sistemas de saúde centrais que poderia oferecer respostas efetivas. No que Brown e Harman chamam de “percepção inflada”25, as enfermidades que se tornam centrais como temas de segurança da saúde global tiram o foco de doenças negligenciadas e das condições socioeconômicas que perpetuam o risco de doenças.

A categoria da ESPII demonstra uma agenda global que pode ser considerada simultaneamente mais ampla e mais restritiva. A emergência da SCVZ é exemplo disto na medida em que o RSI, por não estar restrito a uma lista pré-definida de doenças, como foi no passado, é capaz de abarcar objetos imprevisíveis como uma síndrome desconhecida que alcançou um número pequeno de casos, a maior parte deles ocorridos em uma região bem delimitada. Porém, esta é também uma abordagem mais limitada, na medida em que ela contribui para a reprodução da negligência em saúde global59. Por negligência entendemos não apenas a invisibilização de outras doenças que são secundarizadas por não resultarem na declaração de uma ESPII por parte da OMS, mas também na forma como o foco nas emergências tem contribuído para a reprodução de um paradigma de governança reativo, baseado na gestão de crises e na contenção de surtos epidémicos – e não numa atuação proativa e estruturada junto dos determinantes de saúde e doença. Mais uma vez a SCVZ exemplifica perfeitamente esta restrição, pois a doença do vírus zika continua afligindo as populações vulneráveis no Brasil. Até mesmo os portadores da SCVZ e seus familiares que foram supostamente beneficiados pela declaração da emergência em 2016, raramente tiveram suas necessidades atendidas a contento e, com o final da situação emergencial, passaram a se ver cada vez mais negligenciados em razão do esquecimento.

Neste contexto, torna-se uma vez mais relevante a adoção de uma abordagem crítica que permita investigar o que é silenciado – as questões que ficam foram das agendas políticas e midiáticas, o sofrimento tornado invisível, assim como as visões alternativas e as formas de resistência a políticas e ideias dominantes. Desta forma, torna-se urgente uma visão crítica das emergências em saúde global, e das múltiplas formas de negligência que estas podem produzir.

1. Adams V. What is critical global health?. MAT [Internet]. 13Sep.2016 [cited 14Oct.2021];3(2).

2. Biehl J, Petryna A. Critical Global Health. In: Biehl J, Petryna A (ed.) When People Come First: Critical Studies in Global Health. Princeton: Princeton University Press; 2013. p.1-20.

3. Harman, S. Global Health Governance (1st ed.). London: Routledge; 2011.

4. McInnes, C, Lee, K. Global Health and International Relations. London: Polity Press; 2012.

5. Rushton, S., & Williams, O. D. Frames, paradigms and power: global health policy-making under neoliberalism. Global Society. 2012. 26(2): 147-167.

6. Bacchi, C. Analysing policy: What’s the problem represented to be? Frenchs Forest, NSW: Pearson Education; 2009.

7. Edelman, M. Constructing the Political Spectacle. Chicago: University of Chicago Press; 1988.

8. Shiffman, J. A social explanation for the rise and fall of global health issues. Bull World Health Organ. 2009. 87(8): 608–613.

9. Shiffman J, Smith S. Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality. Lancet. 2007. 370(9595):1370-1379.

10. Weir, L, Mykhalovskiy, E. Global Public Health Vigilance: Creating a World on Alert. London: Routledge; 2010.

11. Fidler, DP. From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations. Chinese Journal of International Law, 2005; 4(2), 325-392.

12. Lakoff, Andrew. “Two Regimes of Global Health.” Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development. 2010. 1(1): 59-79.

13. Andrus, J. K., Aguilera, X., Oliva, O., & Aldighieri, S. Global health security and the International Health Regulations. BMC Public Health. 2010. 10(Suppl 1): S2.

14. Kamradt-Scott, A., & Rushton, S. The revised International Health Regulations: socialization, compliance and changing norms of global health security. Global Change, Peace & Security. 2012. 24(1): 57-70.

15. Musso et al. Zika virus in French Polynesia 2013–14: anatomy of a completed outbreak. The Lancet Infectious Diseases. November 14, 2017.

16. Campos et al. Revisiting Key Entry Routes of Human Epidemic Arboviruses into the Mainland Americas through Large-Scale Phylogenomics. International Journal of Genomics. October 2018. (3):1-9

17. OPAS. Epidemiological Alert: Zika virus infection. 7 maio de 2015.

18. Musso, D, Cao-Lormeau, VM, Gubler, DJ. Zika virus: following the path of dengue and chikungunya? The Lancet, Correspondence. July 18 2015. 386 (9990): 243-244.

19. Brasil. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52, 2016. Boletim Epidemiológico. 2017. 48(3): 1-11.

20. Diniz, D. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. 1a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

21. Brasil. “Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil, no âmbito do Decreto no. 7.616 de 17 de novembro de 2011”. Memorando da Secretaria de Vigilância em Saúde à Coordenação-Geral do Gabinete do Ministro. Documento requisitado via Lei de Acesso à Informação em 16 de abril de 2019.

22. Nunes, J, Pimenta, DN. A Epidemia de Zika e os Limites da Saúde Global. Lua Nova, São Paulo. 2016. Número 98: 21-46.

23. McInnes, C, Roemer-Mahler, A. From security to risk: reframing global health threats. International Affairs. 2017. 93(6): 1313-1337.

24. Elbe, S. Risking Lives: AIDS, Security and Three Concepts of Risk. Security Dialogue. 2008. 39(2-3): 177-198.

25. Brown, GW, Harman, S. Risk, perception of risk and global health governance. Political Studies. 2011. Vol. 59: 773-778.

26. Nunes, J. Security, Emancipation and the Politics of Health: A New Theoretical Perspective. London: Routledge; 2013.

27. Alcabes, P. Dread: How fear and fantasy have fueled epidemics from the black death to avian flu. New York: Public Affairs; 2009.

28. Kraut, A. M. Silent Travelers: Germs, Genes and the 'Immigrant Menace'. New York: The Johns Hopkins University Press; 1994.

29. Markel, H, Stern, AM. The Foreigness of Germs: The Persistent Association of Immigrants and Disease in American Society. The Milbank Quarterly. 2002. 80(4): 757-788.

30. Gonzalez, S. Zika y zikafobia: una página en construcción. Arch. Pediatr Urug., Montevideo, 2016. 87 (1): 53-6.

31. Oliveira JFd, Pescarini JM, Rodrigues MdS, Almeida BdA, Henriques CMP, Gouveia FC, et al. The global scientific research response to the public health emergency of Zika vírus infection. PLoS ONE, 2020. 15(3): e0229790.

32. Bogoch II, Brady OJ, Kraemer MU, German M, Creatore MI, Kulkarni MA, et al. Anticipating the international spread of Zika virus from Brazil. Lancet: 2016. 387(10016): 335-6.

33. Wenham C, Farias DB. Securitizing Zika: The case of Brazil. Security Dialogue. 2019. 50(5):398-415.

34. Heymann, D et al., Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC?. The Lancet. 2016. 387 (10020): 719-721.

35. OMS. 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; 2016.

36. OMS. Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus; 2016.

37. Margaret Chan. OMS. Zika: We must be ready for the long haul. Commentary. Media Centre; 2017.

38. Ventura, D. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 2016. 32(4):e00033316.

39. Gostin, LO, Katz, R. The International Health Regulations: The Governing Framework for Global Health Security. Georgetown University Law Center. 2016. 94 Milbank Quarterly: 264-313.

40. Global Ebola Response. New York: UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER). Home page: 2021.

41. Mullen L, Potter C, Gostin LO, et al. An analysis of International Health Regulations Emergency Committees and Public Health Emergency of International Concern Designations. BMJ Global Health. 2020. 5:e002502.

42. Fidler, DP. To declare or not to declare: the IHR and Ebola in the Democratic Republic of Congo. ASCUH. 2019. Vol. 14: 287-330.

43. OMS. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. News; 14 June 2019.

44. Eccleston-Turner, M, Kamradt-Scott, A. Transparency in the IHR Emergency Committee Decision-Making: the case for reform. BMJ: Editorial; 2019.

45. Matta, GC, Nogueira, CdO, Nascimento, LdS.A literary history of Zika Following Brazilian state responses through documents of emergency. In: Locating Zika – Social change and governance in an age of mosquito pandemics. London: Routledge; 2019.

46. G1. Brasil 'tem sido transparente', diz diretora da OMS sobre dados do zika. Matéria de jornal. Brasil; 2016.

47. Chade, J. Não existe justificativa para adiar os Jogos Olímpicos, diz OMS. Matéria de jornal. São Paulo: Estado de S. Paulo; 2018.

48. Diniz, D. Vírus Zika e as mulheres. Espaço temático: Zika e gravidez. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2016. 32(5):e00046316.

49. Carvalho, LDP. Da esterilização ao Zika: interseccionalidade e transnacionalismo nas políticas de saúde para as mulheres [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2017.

50. Löwy I. Zika no Brasil: história recente de uma epidemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Temas em Saúde); 2019.

51. Wenham, C. Feminist Global Health Security. New York: Oxford University Press; 2021.

52. Ventura, DF, et al. A rights-based approach to public health emergencies: The case of the ‘More Rights, Less Zika' campaign in Brazil, Global Public Health. 2021. 16(10): 1576-1589.

53. Gallego, V, et. al. The 2014 FIFA World Cup: Communicable disease risks and advice for visitors to Brazil e A review from the Latin American Society for Travel Medicine (SLAMVI). Travel Medicine and Infectious Diseases. 2014. 12: 208-218.

54. Wilson, ME, Chen, LH. Health risks among travelers to Brazil: Implications for the 2014 FIFA World Cup and 2016 Olympic Games. Editorial: Travel Medicine and Infectious Disease. 2014. 12: 205-207.

55. Gautret, P, Simon, F. Dengue, chikungunya and Zika and mass gatherings: What happened in Brazil, 2014. Editorial: Travel Medicine and Infectious Disease. 2016. 14:7-8.

56. Banco Mundial. Pandemic preparedness and health systems strengthening. Home page; 2015.

57. Nunes, J. Critical Security Studies and Global Health. In: McInnes, C, Lee, K, Youde, J, editors. The Oxford Handbook of Global Health Politics. JOxford: Oxford University Press; 2018

58. Brown, GW, Harman, S. Risk, perception of risk and global health governance. Political Studies. 2011. Vol. 59: 773-778.

59. Nunes, J. Neglect in Global Health. In: Parker, R, García, J, editors. Routledge Handbook on the Politics of Global Health. London: Routledge; 2018.