



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Mariana Gonçalves Cirilo

**GOVERNANÇA INTERNACIONAL DA SAÚDE: DOIS  
PESOS E DUAS MEDIDAS?**

ESTUDO DE CASO DA *MPOX*

Dissertação no âmbito do Mestrado em Relações Internacionais - Estudos para a Paz, Cooperação e Desenvolvimento orientada pela Professora Doutora Paula Duarte Lopes e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Junho de 2023



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# **Governança internacional da saúde: dois pesos e duas medidas?**

## **Estudo de caso da *Mpox***

Mariana Gonçalves Cirilo – 2018278859

Dissertação de Mestrado em Relações Internacionais – Estudos para a Paz, Cooperação e Desenvolvimento, orientada pela Professora Doutora Paula Duarte Lopes e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de mestre

Junho de 2023

## **Agradecimentos**

*“A injustiça em qualquer lugar é uma ameaça à justiça em todos os lugares. Estamos presos numa rede inescapável de mutualidade, amarrados numa única roupagem do destino. O que quer que afete um diretamente, afeta todos indiretamente.”*

Martin Luther King Jr

*“A saúde não tem preço, mas tem custos”*

Macedo Reis

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta dissertação de mestrado se concretizasse e a quem estarei eternamente grata.

Gostaria assim, de agradecer em primeiro lugar à minha orientadora, Paula Duarte Lopes, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, pelo apoio e consideração demonstrado durante todo o processo desta tese.

Aos coordenadores do programa do curso integrado Coimbra-Bordéus, que me proporcionaram a possibilidade de ter esta experiência de formação académica única.

Aos meus colegas do mencionado programa, tanto do lado da FEUC como do Sciences Po Bordeaux, pela amizade demonstrada, estímulo e entreatajuda que marcou os últimos cinco anos da nossa vida.

À minha família, pelo apoio e incentivo que sempre me deram, vital tanto em tempos de confinamentos de pandemia, quanto durante as minhas “aventuras” no estrangeiro.

Gostaria de fazer um agradecimento especial à minha irmã, Maria, enorme inspiração para a escolha do tema desta tese, pela paciência de estar sempre ao meu lado em todos os momentos, bons, maus ou assim-assim. Pelo apoio e suporte inabaláveis que nunca falham quando são mais precisos, mesmo que não estejamos fisicamente uma ao pé da outra. Enfim, quero-lhe agradecer por ser, sem dúvida “a melhor irmã do mundo”, mesmo quando não está de acordo comigo.

Por fim, agradeço à D. Isabel Garcia, pela amizade demonstrada e, pela ajuda preciosa dada durante o meu estágio no Consulado Geral de Portugal em Bordéus, quer em horas de expediente quer fora delas. Que a nossa amizade continue por muitos e largos anos!

A todos os meus sinceros agradecimentos!

## **Resumo**

Esta dissertação discute a importância do discurso sobre a saúde global nas relações internacionais e tem como objetivo ressaltar a relevância da perspectiva construtivista na análise da posição dos países em desenvolvimento em termos da saúde global, para além da correlação entre desenvolvimento, saúde e segurança. Através do estudo das características dos sistemas de saúde destes países, assim como o seu contexto histórico e político, sobretudo no que concerne as doenças tropicais negligenciadas, defende-se que a definição discursiva de ameaça depende dos recursos que um país é capaz de mobilizar para trazer a sua problemática específica para o debate internacional. Assim, a posição internacional de um país, a sua capacidade de influenciar a agenda internacional, e o nível ou expectativa que a problemática em debate lhe afeta, podem determinar a importância e urgência conferida. Por fim, para ilustrar estas dinâmicas é utilizado um estudo de caso, em que é analisada a evolução do discurso internacional relativo à *Mpox*, tendo como principal evento de destaque o surto da doença em países vários Europeus e Norte-Americanos, tendo sido realizada uma análise documental para estudar a evolução do discurso relativo à *Mpox*. Para isso, utiliza-se a análise crítica de discurso, através da qual se identificam alterações no discurso tanto espaciais, como temporais. Assim, através do estudo de caso desta dissertação, é possível ilustrar as dinâmicas de desigualdade do sistema internacional.

**Palavras-chave:** Saúde Global, Construtivismo, Análise de discurso, Países em Desenvolvimento vs Desenvolvidos, Doenças Tropicais Negligenciadas, *Mpox*.

## **Abstract**

This dissertation discusses the importance of discourse on global health in international relations and highlights the relevance of the constructivist perspective in the analysis of the position of developing countries in terms of global health, as well as the correlation between development, health and security. Through the study of these countries' health systems, as well as their historical and political context, especially regarding neglected tropical diseases, it is argued that the discursive definition of threat depends on the resources that a country is able to mobilize to bring its specific problem to the international debate. Thus, the international position of a country, its ability to influence the international agenda, and the level or expectation that the issue under debate affects it, can determine the importance and urgency conferred. Finally, to illustrate these dynamics, a case study was used, in which the evolution of the international discourse on Mpox is analyzed, with the main event marking the changing point being the outbreak of the disease in several European and American countries. A documentary analysis was performed to study the evolution of the discourse related to Mpox. regarding this, critical discourse analysis is used in order to identify alterations, both in time and space, in the international discourse about Mpox. Therefore, through the case study of this dissertation, it is possible to illustrate the dynamics of inequality of the international system.

**Keywords:** Global Health, Constructivism, Discourse analysis, Developing vs Developed countries; Neglected Tropical Diseases, Mpox

## **Résumé**

Ce mémoire traite de l'importance du discours sur la santé mondiale dans les relations internationales et vise à souligner la pertinence du perspective constructiviste dans l'analyse de la position des pays en développement en matière de santé mondiale, ainsi que la corrélation entre développement, santé et sécurité. A travers l'étude des caractéristiques des systèmes de santé de ces pays, notamment en ce qui concerne les maladies tropicales négligées, soutient que la définition discursive de la menace dépend des ressources qu'un pays est en mesure de mobiliser pour porter son problème spécifique au débat international. Enfin, pour illustrer ces dynamiques, une étude de cas a été utilisée, et une analyse documentaire a été réalisée pour étudier l'évolution du discours lié à Mpox. Pour cela, nous utilisons l'analyse critique du discours pour illustrer, à travers l'étude de cas de ce mémoire, la dynamique des inégalités du système international.

**Mots-clés :** Santé Mondiale, Constructivisme, Analyse de discours, Pays en développement vs Développés ; Maladies tropicales négligées, *Mpox*

**Índice de figuras**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1: Taxa DALY padronizada por idade por 100.000 pessoas em 2019 do total de DTN.. | 47 |
| Figura 2: Principais programas em relação às DTN mais comuns.....                       | 54 |
| Figura 3: Distribuição global de Mpox. ....   | 64 |
| Figura 4: Indicadores dos países endêmicos .....  | 82 |
| Figura 5: Indicadores países afetados pelo surto de 2022 .....                          | 83 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Índice</b>  |    |
| <b>Introdução</b> .....  | 7  |
| <b>Capítulo 1. Quadro teórico e metodológico</b> .....   | 14 |
| <b>1.1. Construtivismo nas Relações Internacionais</b> .....   | 14 |
| <b>1.2. Conceitos de Desenvolvimento, Pobreza e Desigualdade</b> .....   | 19 |
| <b>1.3. Ecologia Política da Saúde</b> .....   | 22 |
| <b>1.4. Metodologia</b> .....  | 24 |
| <b>Capítulo 2. Saúde global e a sua importância nos PED</b> .....  | 29 |
| <b>2.1. Saúde Global e Diplomacia em Saúde: definições e importância</b> .....   | 29 |
| <b>2.2. A necessidade de uma coordenação das políticas de saúde a nível mundial leva à abertura dos desafios de saúde</b> .....                  | 31 |
| <b>2.3. Nos países em desenvolvimento, as políticas internacionais de saúde precisam de melhorias, embora nem tudo deva ser descartado</b> ..... | 38 |
| <b>2.4. Conclusão</b> .....  | 40 |
| <b>Capítulo 3. Contexto empírico</b> .....   | 42 |
| <b>3.1. Doenças tropicais negligenciadas – uma realidade invisível</b> .....   | 42 |
| <b>3.2. O ciclo vicioso pobreza e DTN</b> .....  | 46 |
| <b>3.3. As DTN na Agenda Internacional</b> .....   | 50 |
| <b>3.4. Investimento</b> .....   | 55 |
| <b>3.5. Uma situação que se agrava durante a pandemia de COVID-19</b> .....  | 60 |
| <b>3.6. Conclusão</b> .....  | 61 |
| <b>Capítulo 4. Estudo de Caso: a Mpox</b> .....  | 63 |
| <b>4.1. Mpox: do que se trata?</b> .....   | 63 |
| <b>4.2. A Mpox nos discursos oficiais da OMS</b> .....   | 68 |
| 4.2.1. Evolução do discurso sobre Mpox.....  | 71 |
| 4.2.2. A Mpox enquanto uma emergência de saúde pública a partir de 2022.....   | 77 |
| <b>4.3. Implicações na indústria farmacêutica</b> .....  | 78 |
| <b>4.4. Populações e realidades contrastantes</b> .....  | 80 |
| <b>4.5. Conclusão</b> .....  | 87 |
| <b>Conclusão</b> .....   | 89 |
| <b>Referências Bibliográficas</b> .....  | 92 |

## Introdução

A construção dos discursos e práticas em torno do binómio entre Saúde Pública e Segurança Internacional varia ao longo do tempo e do espaço. Esta heterogeneidade pode ser explicada por fatores económicos e diplomáticos, que influenciam a visibilidade dos diversos agentes que atuam no sistema internacional. O desafio de acesso aos cuidados de saúde e medicamentos coloca-se sobretudo aos que dizem respeito às doenças essenciais e doenças negligenciadas. A disponibilidade do produto nem sempre é assegurada porque, para muitas patologias dos países do Sul, os tratamentos são inexistentes (Proparco, 2017). Em geral, uma parte significativa da sua população é excluída do acesso aos cuidados de saúde e da compra de medicamentos, enquanto o monopólio da investigação & desenvolvimento (I&D) mantém-se sobre os países do Norte (Abecassis & Coutinet, 2019).

Neste sentido, a presente dissertação pretende contribuir para o debate internacional acerca de saúde pública e segurança, analisando o papel dos diferentes fatores económicos e diplomáticos, que influenciam a visibilidade dos diversos agentes que atuam no sistema internacional. Para tal, esta pesquisa concentra-se no estudo de caso em que se analisa a evolução do discurso a nível internacional em torno da *Mpox*. Enquanto doença tropical negligenciada (DTN), a *Mpox* (anteriormente conhecida como *Monkeypox* ou varíola dos macacos) é uma doença conhecida e descrita desde 1958, quando uma colónia de macacos mantidos para investigação começou a demonstrar sintomas semelhantes aos da varíola.

O primeiro caso de infeção humana foi relatado em 1970, sendo que a doença tem sido desde então endémica em vários países na floresta tropical africana. No entanto, teve um aumento exponencial de casos a partir de maio de 2022 em vários países europeus e norte-americanos, em que a maioria dos casos confirmados fora das regiões endémicas na África ocorreu em homens jovens ou de meia-idade que fazem sexo com homens (HSH) e que tinham tido contato sexual recente com parceiros novos ou múltiplos (OMS, 2022).

O surgimento de casos de doenças fora da zona endémica refletem o impacto dos fluxos migratórios e das dinâmicas da globalização, sublinhando a relevância da saúde das populações como uma questão transnacional. Assim, como evidenciado durante o rescaldo das últimas crises de saúde pública internacionais, nomeadamente da pandemia de COVID-19, bem como da *Mpox*, o debate sobre a importância da cooperação e o multilateralismo em questões de saúde voltaram a estar na ordem do dia, não apenas no

plano científico e técnico, mas também a nível de políticas públicas e internacionais. De facto, o caso da *Mpox* reflete dinâmicas mais abrangentes do sistema internacional, no que toca às Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), que afeta particularmente a saúde pública de vários países em desenvolvimento (PED). Apesar de impactar de forma negativa as suas perspetivas de desenvolvimento, as DTN têm sido um aspeto desconsiderado na agenda da Saúde Global.

Pelo que, perante este contexto, esta dissertação parte da seguinte pergunta: porque é que a posição da OMS e de outros atores se alterou a partir de 2022, em relação à *Mpox*?

Para responder a estas questões, esta dissertação está organizada em quatro capítulos distintos. No primeiro capítulo é apresentado o quadro teórico, em torno dos conceitos de saúde global, ecologia política da saúde, sendo por fim analisada a situação da saúde pública nos PED. Seguidamente, é analisada a metodologia utilizada, expondo a relevância do construtivismo para a análise do estudo de caso. O terceiro capítulo analisa o contexto empírico através do estudo das principais dinâmicas e problemáticas associadas às DTN. Por fim, faz-se a análise do estudo de caso, a *Mpox*, em que se recorre à pesquisa qualitativa através da análise documental relativa a esta temática, tanto através de documentos relativos às Assembleias de Saúde Mundial, alguns artigos científicos e declarações à comunicação social de corporações farmacêuticas e alguns dirigentes, e demais envolvidos que contribuem com informação relevante, de diversos pontos de vista, em torno desta questão para assim analisar a evolução da construção do discurso em torno da *Mpox* e o lugar que ela ocupa nas prioridades do *agenda-setting* internacional.

No preambulo da sua Constituição, assinada em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto agência especializada da Organização das Nações Unidas (ONU), define "a saúde [como] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade"<sup>1</sup> (World Health Organization, 1948: 1). Esta abordagem holística tem implicações significativas, pois enfatiza a necessidade de abordar não apenas a saúde física, mas também aspetos mentais e sociais para alcançar o bem-estar geral. Ressalta a importância da equidade e da justiça social, reconhecendo a saúde como um direito humano fundamental que deve ser acessível a todos os indivíduos, independentemente da sua condição socioeconómica ou localização geográfica.

---

<sup>1</sup> Tradução livre da autora

A correlação entre saúde pública e desenvolvimento é reconhecida pela (OMS) e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e é enquadrada pelos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), nomeadamente pelo ODS 3, ponto 8: “Fazer com que todos beneficiem de uma cobertura de saúde universal, (...) Acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis”. Pelo contrário, um mundo sem capacidade sustentada para prevenir, detetar e responder a ameaças de doenças é um mundo mais vulnerável aos efeitos prejudiciais de surtos e epidemias. Segundo os exemplos que a História nos apresenta, o surgimento de agentes patogénicos relativamente letais ou desconhecidos tem uma capacidade disruptora das sociedades e do poder político (Labonté & Gagnon, 2010). Quando estes agentes patogénicos são altamente contagiosos, essa instabilidade pode facilmente ser transmitida a estados e nações vizinhas, daí contendo uma importância não só em termos de saúde pública, mas também ao nível da disciplina de Relações Internacionais (Kickbusch *et al.* in Almeida, 2010: 143).

É neste contexto que se insere o conceito de saúde global, que se refere à pesquisa e prática para a melhoria de saúde para a população mundial, cujo foco se concentra no impacto da interdependência dos determinantes da saúde no espaço global (Labonté & Gagnon, 2010). A saúde global enfatiza questões de saúde transnacionais, mas também as suas determinantes e soluções; envolve muitas disciplinas dentro e além das ciências da saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar. Os profissionais que estudam ou trabalham em saúde global procuram colmatar as discrepâncias em termos de saúde em ambientes com poucos recursos em todo o mundo através da pesquisa, da educação e da intervenção colaborativa (Almeida, 2010). Por isso, a diplomacia da saúde é uma ferramenta para promover a saúde global e nacional que, mediante parcerias entre governos e organizações não-governamentais, influencia a política externa, a economia e o desenvolvimento dos estados (Labonté & Gagnon, 2010).

Fundamentalmente, qualquer ação em saúde global pretende alcançar melhores resultados de saúde para as populações e comunidades mais vulneráveis em todo o mundo. No entanto, a prevenção e o tratamento de doenças ainda não se encontram disponíveis para muitas populações em todo o mundo, onde se registam crescentes disparidades intra e inter-regionais (Deacon *et al.*, 2009). Custos elevados, estigma, falta de meios e outros

fatores continuam a impedir o acesso os cuidados que estas populações precisam (*ibidem*, 2009).

Para conseguir isso, os esforços de desenvolvimento internacional propõem-se adotar uma abordagem intersectorial, colaborando em vários setores e partes interessadas, incluindo saúde, educação, infraestrutura e formulação de políticas. Ao abordar os determinantes sociais da saúde e integrar a promoção da saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estratégias abrangentes de desenvolvimento podem ser implementadas. Tais estratégias não podem apenas se concentrar nos sistemas de saúde, mas procuram também considerar fatores ambientais, económicos e sociais que influenciam a saúde e o bem-estar (World Health Organization, 1948).

No entanto, tal abordagem não está ao acesso de todas as populações do mundo, sendo que muitas são marginalizadas, possuindo uma conjuntura socioeconómica que não lhes permite o acesso a cuidados de saúde essenciais, maioritariamente nos países em desenvolvimento. Estes países enfrentam desafios que lhes são específicos. O termo "países em desenvolvimento" refere-se a países caracterizados por níveis relativamente mais baixos de desenvolvimento económico e industrialização em comparação com países mais avançados ou ditos desenvolvidos. Esses países enfrentam desafios como pobreza, recursos limitados e infraestrutura inadequada, sendo alvo de apoio direcionado e políticas para promover o seu crescimento económico e bem-estar (UN, s.d.). Inicialmente, o conceito surgiu depois da Segunda Guerra Mundial, quando as organizações internacionais procuravam abordar as disparidades económicas a nível internacional, e cujo foco era apoiar países com baixos níveis de industrialização e infraestrutura por meio de programas de ajuda ao desenvolvimento (Grugel & Piper, 2009).

No entanto, o termo "países em desenvolvimento" está sujeito a discussões e debates sobre o seu uso e as suas implicações. Os críticos argumentam que o termo pode perpetuar uma visão linear de desenvolvimento, simplificando excessivamente a natureza multidimensional do crescimento económico e do progresso social (Rist, 2008). Além disso, reconhece-se que dentro da categoria de países em desenvolvimento, há disparidades e variações significativas no desempenho económico e potencial de crescimento (*ibidem*, 2008). Geograficamente, os países em desenvolvimento podem ser encontrados em diversos contextos, desde países ricos em recursos na África até nações

rapidamente industrializadas na Ásia, já que cada região e país tem as suas próprias características, história e necessidades específicas de desenvolvimento (World Bank, 2021).

Ultimamente, na literatura também surgido os conceitos de Norte e Sul Global, enquanto uma dicotomia usada para estudar a política internacional (Haug *et al.*, 2021; Alden *et al.*, 2010). No senso lato, a terminologia de “Sul Global” tem sido usada para se referir às regiões de África, América Latina, Caraíbas, e partes da Ásia e Oceânia (Haug *et al.*, 2021). Este conceito tem sido usado para designar “regiões do globo que têm em comum uma história política, social e económica enraizada nas desigualdades de um passado colonial ou imperialista”<sup>2</sup> (Alden *et al.*, 2010: 3). No entanto, em consequência da crescente diversidade económica e política da região, assumiu um significado mais amplo, como uma expressão ideológica que representa a gama de preocupações enfrentadas pelas regiões em desenvolvimento. Em consequência, o conceito de “Sul Global” tornou-se um símbolo mobilizador para um conjunto diversificado de países em desenvolvimento (*ibidem*, 2010). O conceito do Sul Global serve como uma estratégia para gerir as relações com os países industrializados no Norte através de grupos, como o Movimento Não-Alinhado (MNA), o G77, a Organização da Conferência Islâmica (OCI) e várias alianças sub-regionais, permitindo que os países em desenvolvimento se unam e colaborem em objetivos e desafios comuns enquanto negociam com os países industrializados (Haug *et al.*, 2021; Alden *et al.*, 2010).

Os países em desenvolvimento enfrentam uma miríade de desafios globais de saúde que afetam significativamente as suas populações e dificultam o seu desenvolvimento geral. Esses desafios surgem de uma complexa interação de fatores sociais, económicos e de infraestrutura (World Health Organization, 2021b). Doenças infecciosas como o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/SIDA), malária, tuberculose e DTN continuam a impor uma carga substancial nessas regiões devido ao acesso limitado a serviços de saúde e medidas preventivas (*ibidem*, 2020). O acesso limitado a serviços de saúde essenciais, incluindo cuidados de saúde primários, vacinas e cuidados especializados, é um problema comum nos países em desenvolvimento devido à infraestrutura inadequada de saúde e à escassez de profissionais de saúde (*ibidem*, 2020). Enfrentar esses desafios globais de saúde requer

---

<sup>2</sup> Tradução livre pela autora

uma abordagem abrangente envolvendo o fortalecimento dos sistemas de saúde, melhorando o acesso aos serviços de saúde, promovendo medidas preventivas e abordando os determinantes sociais da saúde (*ibidem*, 2020). Colaborações internacionais, aumento de investimento em saúde e intervenções direcionadas são cruciais para melhorar os resultados de saúde e promover o bem-estar nos países em desenvolvimento. Em última análise, a definição de saúde da OMS serve como um princípio orientador para o desenvolvimento internacional, exigindo esforços concertados para alcançar a equidade da saúde e o desenvolvimento sustentável. Neste aspeto, a saúde não é pura consequência desse desenvolvimento, mas sim um dos seus motores.

Tendo isto em consideração, a lente teórica mais apropriada para analisar esta situação é o construtivismo. Ao contrário das teorias *mainstream*, o construtivismo dá nova importância ao contexto normativo. Neste sentido, as relações são constituídas por um conjunto de ideias e normas socialmente construídas pelos atores que as integram, e definem a sua identidade. Alexander Wendt (Fierke, 2013: 195), fundador desta corrente de pensamento, no seu artigo “*Anarchy is what states make of it*” (1992) define identidades como a base para os interesses, o que significa que os atores definem os seus interesses no processo de definição de situações. Ou seja, um ator apenas pode determinar os seus interesses através da interação com outros atores num dado contexto, onde existem uma série de normas, códigos e valores construídos através de entendimentos coletivos, ou seja, ideias. Se esse contexto mudar, mudam os interesses do ator e, portanto, muda também a sua identidade. Assim sendo, esta teoria dá mais importância à agência, que possui a capacidade de escolha na construção da sua relação com os outros no seio da estrutura em que está envolvido, que resulta do contexto histórico e, portanto, muda ao longo do tempo (Barros, 2017: 9). Uma vez nesta estrutura, os estados definem os seus interesses e, por consequência, a sua identidade, o que moldará os seus comportamentos. Para além disso, é na socialização com os restantes estados ao nível do sistema internacional que se definem as relações entre si, de amizade ou de inimizade, através da interpretação das ações de cada um (Sending, 2002 *in* Fierke, 2013: 190). Resumindo, podemos dizer que as normas constituem os agentes, o agente e a estrutura são coconstituídos e as mudanças nas estruturas ideacionais levam a mudanças nas práticas políticas dos agentes.

Por isso, ao adotar uma lente construtivista, é possível entender melhor as estruturas sociais dos cuidados de saúde, a cooperação internacional, e como resolver coletivamente os problemas globais de saúde. Este ponto é particularmente importante para entender como identificar e gerenciar ameaças à segurança da saúde global. Este aspecto é evidente na dinâmica que descreve as doenças tropicais negligenciadas e especialmente na atenção repentinamente dada ao estudo de caso desta dissertação: a *Mpox*.

## Capítulo 1- Quadro teórico e metodológico

Este capítulo aborda o quadro teórico de análise do estudo de caso da presente dissertação. Esta dissertação de mestrado analisa as implicações do surto de *Mpox* em 2022 do ponto de vista das relações internacionais. Neste sentido, a perspectiva construtivista no estudo da saúde global é relevante para entender o papel das ideias, normas e interações sociais na formação de respostas internacionais aos problemas de saúde. O construtivismo enfatiza a construção social da realidade, a influência de normas e instituições, o papel dos atores não-governamentais e a importância do contexto histórico. Por outro lado, a Análise Crítica de Discurso (ACD) é uma ferramenta de pesquisa interdisciplinar que se concentra em examinar a linguagem e as ideologias por trás dessa mesma linguagem. É útil para detetar padrões e dinâmicas de poder que estão implícitos no discurso.

### 1.1. Construtivismo nas Relações Internacionais

A perspectiva construtivista emergiu como referência teórica significativa no campo das Relações Internacionais (RI). Ao passo que o realismo e o liberalismo, como teorias racionalistas que tendem a se concentrar em tradições positivistas, focam-se em fatores materiais e no autointeresse nacional, o construtivismo destaca o papel das ideias, normas e interações sociais no comportamento do Estado. Enquanto teoria crítica estuda como significados coletivos moldam dinâmicas políticas e vice-versa, demonstrando a flexibilidade e a postura crítica que caracteriza as teorias reflexivistas. Ao enfatizar os aspectos socialmente construídos das realidades internacionais, realça a complexidade das dinâmicas de poder no sistema internacional.

Em comparação com as perspectivas racionalistas dominantes, como as teorias liberais e realistas, o construtivismo é uma vertente que aborda as tradições e as condições socialmente construídas nos fenómenos internacionais. Alexander Wendt, um proeminente estudioso construtivista, argumenta que "a anarquia é o que os estados fazem dela"<sup>3</sup> (Wendt, 1992). Esta afirmação implica que os significados no seio do sistema internacional são socialmente construídos e o comportamento dos Estados é moldado por esses entendimentos compartilhados.

---

<sup>3</sup> Tradução livre da autora

Assim, o construtivismo enfatiza que Estados e outros atores constroem as suas identidades, interesses e preferências através de processos sociais. Esta teoria estuda a maneira pela qual a dinâmica social constrói e é construída pelas condições materiais existentes. "O construtivismo é a visão pela qual o mundo material se molda e é moldado pela ação e interação humana e depende das interpretações normativas e epistêmicas dinâmicas do mundo material"<sup>4</sup> (Adler, 1997: 322).

O construtivismo destaca o papel da identidade na formação do comportamento do Estado. As identidades dos Estados são socialmente construídas através de suas interações com outros Estados e atores. Por isso, os Estados muitas vezes se definem em relação aos outros, seja como aliados ou adversários. Essa construção de identidade influencia as suas preferências, alianças e cooperação. A socialização, através da qual os Estados internalizam normas e valores, desempenha um papel crucial na formação do seu comportamento (Checkel, 1998).

O construtivismo coloca uma forte ênfase não apenas nas normas e instituições, mas também nas ideias e crenças como pontos cruciais na formação das ações do Estado. Normas são padrões de comportamento compartilhados que orientam a conduta do Estado. As ideias contribuem para o surgimento de novas normas ou a transformação das existentes. Quando as ideias ganham aceitação e legitimidade entre uma massa crítica de atores, elas podem levar ao desenvolvimento de novas normas que moldam o comportamento do Estado (Finnemore & Sikkink, 1998).

As crenças dos Estados sobre segurança, poder e cooperação também moldam o seu comportamento no sistema internacional. Por exemplo, a norma da intervenção humanitária evoluiu para influenciar o comportamento do Estado e moldar o princípio da Responsabilidade de Proteger (R2P) (Finnemore & Sikkink, 1998). Por isso, diferentes interpretações de soberania podem levar a diferentes políticas e ações. A ideia de soberania evoluiu de uma noção de controlo territorial absoluto para um entendimento mais matizado que inclui a responsabilidade de proteger as populações dentro das fronteiras de um Estado (Ruggie, 1998).

As instituições fornecem a estrutura dentro da qual as normas são criadas, difundidas e aplicadas, como a Organização das Nações Unidas e as suas agências especializadas. No

---

<sup>4</sup> Tradução livre da autora

entanto, o construtivismo reconhece que as ideias não são fixas, mas sujeitas a contestação e mudança. Diferentes atores e grupos podem ter ideias concorrentes, levando a conflitos sobre valores, interesses e resultados políticos preferenciais. Esses conflitos podem impulsionar a mudança social e moldar a trajetória das RI. Por exemplo, o movimento feminista tem desafiado ideias tradicionais sobre papéis de gênero, dinâmica de poder e segurança, contribuindo para a redefinição mais ampla da segurança nas RI (Tickner, 1997).

O construtivismo reconhece a agência dos Estados e outros atores na formação das RI. A contestação e a difusão de ideias, normas e práticas podem levar a mudanças e transformações no sistema internacional. Por exemplo, o movimento global pelos direitos humanos desafiou as normas tradicionais centradas no Estado e pressionou pelo reconhecimento dos direitos individuais como parte integrante das RI (Keck & Sikkink, 1998). O construtivismo expande a análise para além dos estados e reconhece o papel influente dos atores não estatais nas relações internacionais. Organizações internacionais, organizações não-governamentais (ONG) e movimentos sociais desempenham um papel significativo na formação de normas, desafiando estruturas de poder estabelecidas e influenciando o comportamento do Estado.

Para além disso, o construtivismo destaca a importância do contexto histórico, pois experiências passadas e narrativas históricas moldam as ações e as percepções no presente. Os construtivistas argumentam que a mudança ocorre através da reinterpretação da história, à medida que os atores reavaliam a sua compreensão dos eventos e desenvolvem novas narrativas que desafiam as normas e as estruturas prevaletentes (Katzenstein, 1996). Por exemplo, as ONG que defendem a mitigação das mudanças climáticas influenciaram as políticas estatais e o discurso global sobre a proteção ambiental (Keck & Sikkink, 1998). No entanto, este ativismo está inserido num contexto global de crescente urgência em relação às alterações climáticas, que não ocorria em outros períodos históricos.

O construtivismo oferece também uma perspetiva relevante e valiosa sobre a compreensão das dinâmicas de segurança. Segundo Wendt (1992), a segurança não é determinada apenas pelas capacidades materiais, mas é moldada por entendimentos intersubjetivos e significados compartilhados entre os atores. Os construtivistas argumentam que a construção de ameaças à segurança é um processo socialmente

incorporado, influenciado por normas, identidades e contextos históricos (Buzan, Wæver, & de Wilde, 1998). Essa perspectiva desafia pressupostos realistas e destaca como diferentes atores podem perceber a mesma situação de diferentes maneiras, levando a políticas e práticas de segurança divergentes (Jackson, 2007).

O construtivismo fornece uma lente para analisar como ideias, discursos e interações sociais moldam o enquadramento das questões de segurança e o desenvolvimento de estratégias cooperativas ou de confronto entre Estados e atores não estatais. Adler (1997) argumenta que as normas e as expectativas compartilhadas desempenham um papel crucial na formação de práticas de segurança e na formação de alianças, destacando a importância das instituições e dos processos de socialização na formação da cooperação em segurança. Por exemplo, Barnett e Finnemore (1999) examinam como o desenvolvimento do Tratado de Não-Proliferação Nuclear (TNP) criou um quadro normativo que molda o comportamento do Estado e as percepções de segurança no domínio nuclear. Ao focar em normas, instituições e socialização, o construtivismo oferece uma compreensão diferenciada de como os atores enfrentam os desafios de segurança e buscam soluções cooperativas.

Ao focar nas práticas discursivas através das quais o poder opera, o construtivismo crítico fornece uma perspectiva sobre como os atores marginalizados podem desafiar as normas dominantes e as estruturas de poder (Campbell, 1998). Além disso, a ênfase na identidade e na subjetividade reconhece que os Estados são atores sociais com identidades diversas, influenciando seus interesses e ações (Adler, 1997). Ao refletir criticamente sobre os discursos dominantes e a dinâmica de poder, o construtivismo crítico promove uma abordagem mais inclusiva e equitativa da política global (Campbell, 1998). Em resumo, o construtivismo crítico oferece uma perspectiva abrangente que enriquece a compreensão das relações internacionais, destacando o significado das ideias, normas e construções sociais.

Além disso, o construtivismo crítico cruza-se com outras abordagens críticas, como a teoria feminista e o pós-colonialismo, na análise da dinâmica de poder nas relações internacionais. Acadêmicos feministas exploram como as normas e hierarquias de gênero moldam o comportamento do Estado e o sistema internacional (Tickner, 1992).

Finalmente, o construtivismo crítico incentiva acadêmicos e decisores políticos a recorrerem ao diálogo e à reflexividade, para reconhecer a diversidade de perspectivas e a necessidade de inclusão na definição da governança global. Assim, é possível analisar a natureza abrangente do construtivismo crítico e as suas contribuições para a compreensão das RI e da política global.

A perspectiva construtivista sobre segurança é relevante para o campo da diplomacia da saúde global, pois destaca o papel das ideias, normas e construções sociais na formação de práticas de segurança e cooperação entre os atores. A aplicação dos princípios construtivistas à diplomacia global da saúde permite uma compreensão mais profunda de como os problemas de saúde são enquadrados, a construção de ameaças à segurança de saúde e a dinâmica de cooperação na abordagem dos desafios globais da saúde.

O construtivismo sugere que a percepção da saúde como questão de segurança não é determinada apenas por fatores objetivos, mas é moldada por entendimentos compartilhados e interações sociais. Atores envolvidos na diplomacia global da saúde, como governos, organizações internacionais e atores não estatais, constroem o significado da segurança da saúde por meio de suas interações e discursos. Por exemplo, o enquadramento de doenças infecciosas como ameaças globais à segurança, como a securitização do HIV/SIDA ou a recente pandemia do COVID-19, influenciou a alocação de recursos, prioridades políticas e cooperação internacional para enfrentar esses desafios de saúde (Davies & Kamradt-Scott, 2015; Fidler, 2001).

O construtivismo também enfatiza a importância de normas, instituições e socialização na formação da cooperação na diplomacia global da saúde. Normas de cooperação, assistência mútua e responsabilidade compartilhada desempenham um papel crucial na facilitação da colaboração e respostas coletivas às ameaças à saúde (Kickbusch, 2015). As perspectivas construtivistas destacam o papel das instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Agenda Global de Segurança da Saúde, na formulação de normas e no fornecimento de plataformas para a coordenação e cooperação entre os Estados na abordagem dos desafios à segurança da saúde (Koblentz, 2019).

Ao adotar uma lente construtivista é possível entender melhor como as construções sociais da segurança em saúde impactam a cooperação, identificam oportunidades de mudança de normas e desenvolvem estratégias para construir confiança, promover a

colaboração, e enfrentar os desafios globais de saúde coletivamente. Este ponto é particularmente importante para entender a identificação e tratamento de ameaças em termos de segurança na Saúde Global.

## **1.2. Conceitos de Desenvolvimento, Pobreza e Desigualdade**

Os conceitos de desenvolvimento, pobreza e desigualdade são noções fundamentais nesta dissertação. Amartya Sen, um renomado economista e filósofo, prêmio Nobel da Economia em 1998, fez contribuições significativas para o estudo destes conceitos, na sua obra *Development as Freedom* (1999). Amartya Sen define o desenvolvimento como um processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Ele argumenta que o desenvolvimento não deve ser limitado ao crescimento económico ou avanços tecnológicos, mas também deve abranger direitos sociais, políticos e civis. Sen enfatiza a importância das liberdades substantivas, como a participação política, o acesso à educação e à saúde e a liberdade de se envolver em discussões públicas e escrutínio. Como o autor argumenta,

[à] luz da visão mais fundamental do desenvolvimento como liberdade, essa maneira de colocar a questão tende a perder o importante entendimento de que essas liberdades substantivas (ou seja, a liberdade de participação política ou a oportunidade de receber educação básica ou cuidados de saúde) estão entre os componentes constituintes do desenvolvimento. (Sen, 1999: 2) <sup>5</sup>

Ao focar no aprimoramento dessas liberdades, Sen acredita que o desenvolvimento se torna mais significativo e inclusivo. Assim, reconhece que a pobreza é uma importante fonte de falta de equilíbrio e uma barreira significativa para o desenvolvimento. Ele argumenta que a pobreza não só priva os indivíduos de necessidades básicas, como comida, abrigo e saúde, mas também limita a sua liberdade para satisfazer as suas necessidades e alcançar o seu pleno potencial. Assim, destaca a importância de abordar a pobreza como um aspeto fundamental do desenvolvimento, aliado a outros aspetos como a tirania, a privação social e a negligência de equipamentos públicos.

Amartya Sen reconhece a existência da desigualdade e destaca a sua importância na compreensão do desenvolvimento e do subdesenvolvimento. Ele argumenta que os indicadores tradicionais de desenvolvimento, como o crescimento do produto nacional bruto ou do rendimento pessoal, muitas vezes não conseguem capturar as complexidades

---

<sup>5</sup> Tradução livre da autora

da desigualdade e o seu impacto na vida das pessoas. Por isso, enfatiza a importância de considerar os contrastes interpopulacionais dentro dos países mais ricos, como as disparidades entre diferentes grupos populacionais dentro de um mesmo país, como, por exemplo a população denominada afro-americana e branca nos Estados Unidos da América, bem como as disparidades entre diferentes sociedades no chamado Terceiro Mundo ou Sul Global, segundo a denominação mais recente.

Desta forma, considera que algumas reformas sociais e económicas são essenciais para expandir a liberdade humana, tais como: instalações para educação e saúde, direitos políticos e civis, oportunidades de participação económica no comércio e na produção, e oportunidades sociais como o acesso à educação e à saúde. Essas reformas desempenham um papel crucial no aprimoramento e enriquecimento da vida dos indivíduos, permitindo-lhes exercer as suas liberdades e “moldar os seus próprios destinos”<sup>6</sup> (Sen, 1999: 5).

Embora o construtivismo não foque explicitamente a desigualdade como um conceito central, oferece uma estrutura que nos permite entender como ideias e normas contribuem para o surgimento, reprodução e contestação das hierarquias sociais, incluindo a desigualdade. Construtivistas examinam como as normas influenciam a percepção e a construção da desigualdade. Normas de meritocracia ou neoliberalismo, por exemplo, podem moldar o discurso em torno da desigualdade enfatizando a responsabilidade individual e minimizando os fatores estruturais. Tais normas podem influenciar as escolhas políticas relacionadas com os sistemas sociais e económicos, potencialmente reforçando ou desafiando as desigualdades existentes (Young, 1990).

Compreender a magnitude e a natureza dessas desigualdades é crucial para a elaboração de políticas informadas e intervenções eficazes. No entanto, não é uma tarefa simples tentar apreender as diferentes dimensões abrangidas pelo conceito de desigualdade, abstratas e inquantificáveis, em indicadores facilmente quantificáveis e comparáveis. Assim, foram desenvolvidos diferentes métodos e indicadores utilizados para medir as desigualdades sociais tanto internacionalmente (inter) quanto nacionalmente (intra), destacando a sua importância na avaliação das disparidades e na informação das estratégias de desenvolvimento social.

---

<sup>6</sup> Tradução livre da autora

A nível internacional, vários indicadores fornecem informações valiosas sobre as desigualdades sociais entre os países. Uma métrica amplamente utilizada é o coeficiente de Gini, que quantifica as disparidades de renda ou riqueza dentro de uma determinada nação (World Bank, 2021). O coeficiente com valores mais altos indica um maior nível de desigualdade. A comparação dos coeficientes de Gini entre os países permite a avaliação das disparidades de rendimento relativa e a identificação de regiões com maiores níveis de desigualdade.

Outro importante indicador internacional é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O IDH leva em consideração fatores como a esperança média de vida, a educação e o rendimento para fornecer um panorama geral do desenvolvimento humano num país (UNDP, 2020). Ele serve como uma ferramenta útil para comparar o bem-estar social entre as nações.

Dentro de um país, vários indicadores de pobreza são comumente empregados para medir a extensão e gravidade desta situação. Esses indicadores abrangem métricas como a proporção de efetivos de pobreza, a diferença de pobreza e o índice de gravidade da pobreza (World Bank, 2021). O exame desses indicadores ajuda os decisores políticos a identificar regiões ou grupos populacionais mais afetados pela pobreza e a implementar intervenções direcionadas.

Os indicadores de educação e saúde desempenham um papel vital na medição das desigualdades sociais. Indicadores educacionais, incluindo taxas de alfabetização e taxas de matrícula escolar, fornecem insights sobre as disparidades no acesso à educação (World Bank, 2021). Esses indicadores auxiliam na identificação de regiões ou grupos com oportunidades educacionais limitadas, o que pode perpetuar disparidades sociais. Indicadores de saúde, como acesso a serviços de saúde, taxas de mortalidade infantil e esperança média de vida, revelam disparidades nos resultados de saúde e acesso a cuidados de qualidade (*ibidem*, 2021). A análise desses indicadores ajuda os decisores a abordar as desigualdades em saúde e promover sistemas de saúde equitativos.

Medir as desigualdades sociais a nível internacional e nacional é essencial para compreender as disparidades e informar as decisões políticas. Vários indicadores, como o coeficiente de Gini, IDH, indicadores de pobreza, índice de desigualdade de género e

indicadores de educação e saúde, fornecem informações valiosas sobre diferentes dimensões dessas desigualdades sociais. Esses indicadores permitem uma análise comparativa entre países e dentro das nações, facilitando intervenções direcionadas e promovendo um desenvolvimento social equitativo. Estes indicadores contribuem também para a construção do posicionamento de cada país no sistema internacional quando se discutem os diferentes tópicos da agenda internacional, incluindo as questões de governança da saúde global.

### **1.3. Ecologia Política da Saúde**

A ecologia política da saúde refere-se ao impacto das estruturas políticas e sociais no meio ambiente, economia e sociedade que resultam em diferentes resultados de saúde. Este conceito destaca a interconexão da saúde humana e ambiental, e reconhece que a saúde não é apenas um resultado de comportamentos individuais, mas sim um produto de relações sociais e económicas complexas (Atkinson, 1991).

A ecologia política da saúde engloba o impacto das políticas e regulamentos sobre os resultados de saúde, incluindo o acesso aos cuidados de saúde, qualidade das condições ambientais e exposição a toxinas ambientais (Rayner & Lang, 2012). Examina as relações entre o ambiente natural, o ambiente construído e a saúde humana e como fatores socioeconómicos como pobreza, raça, etnia e género moldam as desigualdades em saúde (Dignat, 2020). Desta forma, a ecologia política da saúde fornece um quadro crítico para compreender e abordar as disparidades em saúde.

Pautada pela tradição positivista, a geografia médica analisa apenas a distribuição e eficiência de cuidados médicos e os padrões de doenças (Mayer, 1996). Portanto, contrariamente à geografia médica, a ecologia política da saúde reconhece que as questões de saúde são moldadas por fatores sociais, económicos e políticos complexos, incluindo desigualdade estrutural, relações de poder e destruição ambiental (Atkinson, 1991). Como exemplo, Fonaroff (1968 *in* Mayer, 1996) estudou a propagação da Malária em Trindade. Como consequência da transição industrial da ilha, a produção agrícola, sobretudo cacau, deixou de ser a principal atividade económica. Mas dado que o emprego na indústria não fornecia os rendimentos suficientes para a subsistência, a população viu-se obrigada a ocupar os campos de cacau nas horas do amanhecer e do pôr do sol. Ora, sendo precisamente essas as alturas do dia de maior atividade dos mosquitos, estas populações

estavam, inadvertidamente mais expostas à Malária. Assim, trata-se de um exemplo como o contexto político, económico e social influencia diretamente a saúde pública de uma população.

A ecologia política da saúde é importante porque fornece uma lente crítica através da qual é possível entender as forças sociopolíticas e económicas complexas que moldam os resultados de saúde. Por exemplo, os Estados em guerra ou sob ditaduras não poderão (ou não quererão) enfrentar um desafio sanitário (Kerouedan, 2011; Dignat, 2020). Para além disso, as políticas de saúde de um Estado são mais propensas a ter sucesso se as organizações fora do governo também defenderem esses interesses (Dignat, 2020).

Essas forças estão frequentemente interligadas com o ambiente natural e podem afetar o acesso a recursos, a exposição a riscos ambientais e a distribuição da carga de doenças entre as populações (Dawes, 2020). Por exemplo, o legado do racismo ambiental resultou em minorias raciais e étnicas que enfrentam exposição desproporcional à poluição (Garvey & Newell, 2005). Além disso, as políticas económicas neoliberais adotadas por muitos países priorizaram o lucro sobre a saúde pública, levando à exploração dos recursos naturais e intensificando os impactos das mudanças climáticas sobre as populações vulneráveis (Baer & Singer, 2009). Como tal, a ecologia política da saúde destaca a interconexão de sistemas ecológicos, políticos e económicos na formação de resultados de saúde e fornece uma estrutura para abordar as causas profundas das desigualdades em saúde.

Um aspeto fundamental da ecologia política da saúde é a responsabilidade corporativa de prevenir a degradação ambiental. As corporações têm um impacto significativo no meio ambiente, tanto em termos de emissões quanto de uso de recursos (Burchell, 2020). Por exemplo, as indústrias que emitem poluentes e produtos químicos contribuem significativamente para a poluição do ar, da água e do solo que pode afetar negativamente a saúde humana. Da mesma forma, as empresas que se envolvem em atividades de desflorestação e extração mineira podem levar a danos ecológicos que podem afetar a saúde pública (Dawes, 2020). A influência corporativa nas decisões políticas também pode prejudicar os esforços de conservação ambiental e de saúde pública (Burchell, 2020).

Em conclusão, existe um interesse crescente em mapear os perigos ambientais e desenvolver estratégias para prevenir impactos negativos à saúde. A integração de perspectivas interdisciplinares da epidemiologia, antropologia, sociologia, ciência política e ciência ambiental leva a uma compreensão mais profunda dos fatores estruturais e sistêmicos que influenciam as disparidades em saúde.

Adicionalmente, a ecologia política da saúde tem implicações significativas na política de saúde. Em primeiro lugar, enfatiza a necessidade de adotar uma abordagem ampla e sistêmica da saúde. As políticas de saúde devem levar em conta as interações complexas entre sistemas naturais, sociais e políticos. Em segundo lugar, a ecologia política da saúde destaca as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde em diferentes grupos dentro de uma sociedade, e a necessidade de abordar essas disparidades através de políticas específicas. Em terceiro lugar, ressalta a importância de envolver as comunidades no desenvolvimento de políticas de saúde para garantir que essas políticas sejam relevantes e eficazes. Por fim, a ecologia política da saúde destaca a necessidade de políticas que promovam a sustentabilidade ambiental, pois esta é vital para a manutenção de uma boa saúde, particularmente diante de desafios como as alterações climáticas.

#### **1.4. Metodologia**

Considerando todos elementos enunciados até ao momento, a seguinte secção apresenta de uma forma sucinta alguns dos objetivos centrais e específicos da tese, bem como as respetivas metodologias necessárias ao alcance dos mesmos.

Recorrendo ao surto do *Mpox* de 2022 como um estudo de caso, esta dissertação tem como objetivo explorar o discurso da ameaça construído no contexto de doenças tropicais negligenciadas que afetam as populações do Sul Global e como ele influencia a diplomacia da saúde global.

Recuperando brevemente algumas noções-chave, a *Mpox*, anteriormente chamada de *Monkeypox* ou varíola dos macacos, é uma zoonose causada por um vírus pertencente ao género *Orthopoxvirus* e endémico da África ocidental e central. A doença foi notícia em todo o mundo devido ao número excepcional de casos relatados na América do Norte e em países da Europa e Oceânia (*The Lancet Infectious Diseases*, 2022). Durante este período, alguns dos dados recolhidos pelas diversas entidades internacionais permitem fornecer uma visão global sobre os interesses e os investimentos farmacológicos dos países

europeus e americanos no âmbito do surgimento deste surto, assim como a evolução do seu discurso no seio da OMS.

A construção do discurso da ameaça em RI refere-se ao processo de definição e enquadramento de certas questões, atores e fenómenos como ameaças potenciais ou reais à segurança nacional ou internacional (Waeber *et al.*, 1993). Essa construção não é objetiva, mas socialmente construída, pois é moldada por dinâmicas de poder, normas culturais e narrativas históricas (Campbell, 1998).

No contexto da diplomacia global da saúde, a construção do discurso da ameaça tem desempenhado um papel significativo na formação da resposta global às doenças infecciosas que afetam as populações do Sul Global, particularmente as doenças tropicais negligenciadas (DTN). As DTN são um grupo de infeções parasitárias e bacterianas que afetam desproporcionalmente as populações mais pobres e marginalizadas em regiões tropicais e subtropicais (Hotez *et al.*, 2014). Apesar dos elevados impactos dessas doenças, historicamente estas receberam pouca atenção e investimento pela comunidade internacional (WHO, 2021a).

A construção do discurso da ameaça tem contribuído para o descaso das DTN de diversas formas. Em primeiro lugar, as DTN são frequentemente enquadradas como "doenças da pobreza" que são relevantes apenas para países com baixos rendimentos e, portanto, não são uma prioridade para a segurança da saúde global (Hotez *et al.*, 2014). Em segundo lugar, o enquadramento das doenças infecciosas como potenciais ameaças à segurança nacional levou à priorização de doenças que têm o potencial de causar pandemias globais, como o Ébola e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), sobre doenças endémicas que afetam principalmente países de baixo rendimento (Fidler, 2004). Por fim, a construção do discurso da ameaça contribuiu para a ênfase em soluções tecnológicas, como o desenvolvimento de vacinas, em detrimento da abordagem das causas-raiz das DTN, como a pobreza e a falta de acesso aos cuidados básicos de saúde (Hotez *et al.*, 2014).

Portanto, atendendo a este breve quadro, verifica-se que a exploração destas questões tem implicações importantes para a diplomacia e a política de saúde global pois ela permite lançar luz sobre a construção da ameaça no contexto das DTN e destacar a importância de examinar criticamente as construções discursivas das ameaças à saúde e as dinâmicas

de poder que as fundamentam na diplomacia global da saúde. Além disso, a exploração destas questões permite averiguar possíveis mudanças nos interesses na sequência do surto de *Mpox* em países da Europa e da América do Norte que normalmente não são regiões endêmicas desta doença.

Assim, atendendo a esta realidade, procura-se também averiguar a forma como a intensidade do surto de *Mpox* influencia os interesses e investimentos entre países europeus e americanos, salientando a hipótese de que o potencial poder de compra do público-alvo determina as verbas alocadas à investigação sobre a *monkeypox*. Adicionalmente, procura-se também inferir possíveis relações entre os interesses e investimentos farmacológicos e as populações afetadas pelos surtos (aumento, diminuição, neutralidade) e, por fim, aferir as consequências e implicações que estas relações têm para as iniciativas de saúde pública no futuro, salientando que a proliferação de doenças possivelmente tratáveis nos países em desenvolvimento pode comprometer a segurança global.

#### *Desenho da pesquisa*

Atendendo aos objetivos estabelecidos e às hipóteses delineadas, a dissertação apoia-se num quadro epistemológico construtivista, adotando como quadro teórico de referência o construtivismo na teoria das Relações Internacionais. Aliado a este quadro teórico e a todos os objetivos estabelecidos, considerou-se pertinente a utilização da análise crítica do discurso (ACD). A ACD consiste num movimento de pesquisa interdisciplinar crescente que procura examinar a linguagem e, a partir dela, inferir as diferentes relações sociais (por exemplo, relações de poder) se manifestam na linguagem dos diferentes agentes tais como media, discursos públicos e outros suportes (Johnson & McLean, 2020). A conciliação destes dois parâmetros (epistemológico e metodológico) resulta de dois grandes motivos. Por um lado, o construtivismo reconhece o papel das construções sociais na formação do sistema internacional e da governação global e permite observar se os diferentes interesses, neste caso relacionados com os investimentos na área da saúde global, refletem as normas regionais e valores compartilhados (Drezner, 2021). Por outro lado, a análise crítica do discurso enfatiza a importância da linguagem na formação da realidade social e das relações de poder desiguais que existem no discurso. Deste modo, além de uma referência sólida, este quadro favorece uma compreensão holística do modo como o discurso de ameaça se constrói e se mantém, bem como permite inferir as

diferentes dinâmicas e os diferentes interesses em jogo dentro da diplomacia global, nomeadamente no que toca às alterações desses mesmos interesses e investimentos no contexto do surto de *Mpox* em países tradicionalmente não endémicos.

Perante a definição de todas as estratégias metodológicas adequadas à pesquisa em causa, sumariamente os diferentes passos executados durante a realização desta investigação. Em primeiro lugar, a recolha de dados foi feita através da consulta de uma variedade de fontes documentais (artigos de notícias ou de periódicos académicos, relatórios de media, documentos de políticas e bases de dados da OMS) centradas em temáticas relacionadas com o impacto do surto nos EUA, nos países europeus e em países que têm sido fontes da doença, sobretudo nas regiões subtropicais africanas. Durante esta recolha privilegiou-se a coleta tanto de dados quantitativos como qualitativos de modo a fornecer o quadro mais holístico e exaustivo possível face aos objetivos definidos.

Após a sua recolha, os dados foram analisados criticamente, recorrendo às lentes discursivas e construtivistas que, numa primeira instância, procuraram identificar os principais pontos discursivos ou narrativas sobre o surto e o seu impacto na saúde global. Numa primeira instância procurou-se fazer um levantamento geral dos impactos económicos e sociais das epidemias, salientando-se simultaneamente as principais diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Posteriormente, após uma nova exploração dos materiais procurou-se identificar outros temas ou temáticas relevantes para a investigação. Entretanto, com base nos pontos identificados, procurou-se avaliar os interesses, explorar potenciais disparidades entre esses investimentos em países do norte e sul global, possíveis implicações éticas, não só em termos do custo económico, mas também em termos do acesso do público.

Apesar de procurar a construção de uma linha de raciocínio o mais holística possível, a seguinte dissertação apresenta determinadas limitações que devem ser tidas em consideração, nomeadamente no que toca à recolha e interpretação de dados. Em primeiro lugar, o estudo foi realizado durante um período de tempo curto, e os resultados podem necessitar de uma futura atualização. Em segundo, o estudo foi realizado a partir de elementos publicados *online*, o que pode ter excluído vários dados que não se encontrem disponíveis em plataformas de acesso público, como os documentos do Comité de Especialistas da *Mpox*. Para além disso, dado a falta de mecanismos de vigilância sistemática do estado de saúde da população de alguns países do Sul Global, muitos casos

podem não ser detetados e, portanto, torna-se parcialmente impossível obter um retrato holístico e fidedigno da realidade.

Adicionalmente, dado que o estudo de caso se trata de um evento relativamente recente, a informação disponível é relativamente escassa e dispersa, o que torna o seu estudo sistemático e em perspectiva, de certo modo, limitado. Finalmente, dado que a abordagem teórica selecionada adota uma perspectiva construtivista e o emprego da análise crítica do discurso, é importante reconhecer a presença não só da subjetividade epistemológica da autora, mas também a possível influência da sua dimensão sociocognitiva durante todo o processo de recolha, análise e tratamento de dados.

## **Capítulo 2. Saúde global e a sua importância nos PED**

O capítulo anterior debruçou-se sobre o contexto teórico e metodológico desta dissertação. Ao longo deste capítulo estuda-se o conceito de saúde global e a sua relevância para a disciplina das Relações Internacionais. Seguidamente, é feito um pequeno resumo do contexto sobre a situação em termos de saúde nos PED, assim como a sua evolução.

### **2.1. Saúde Global e Diplomacia em Saúde: definições e importância**

O principal objetivo da discussão em torno da saúde global é no sentido de se assegurar um estado de saúde de qualidade para todos, um assunto que está a tomar cada vez mais importância na agenda internacional. Isto é conseguido através da promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção e tratamento de doenças, e garantir que todos tenham acesso a cuidados médicos. Como um alicerce vital para o desenvolvimento sustentável, também é crucial minimizar as desigualdades na saúde, tanto dentro como entre as nações.

A saúde global é uma área de estudo, pesquisa e prática que coloca a prioridade na melhoria da saúde e no alcançar a equidade na saúde para todas as pessoas em todo o mundo. Enfatiza questões de saúde transnacionais, determinantes e soluções, e envolve diversas disciplinas, incluindo epidemiologia, ciências da vida, economia, relações internacionais, sociologia e antropologia (Collins, 2003). Fundamentalmente, a saúde global é sobre a obtenção de melhores resultados de saúde para populações vulneráveis e comunidades em todo o mundo; aqueles que estudam ou praticam a saúde global trabalham para eliminar as disparidades de saúde em ambientes de poucos recursos através da pesquisa, educação e intervenção colaborativa.

Este trabalho envolve uma variedade de componentes, como monitoramento de doenças, coleta de dados, intervenções médicas diretas, abordando fatores sociais e económicos que afetam os resultados de saúde e coordenação internacional para financiar e executar soluções de saúde. Além disso, a saúde global envolve a gestão de pandemias, saúde e direitos sexuais e reprodutivos e saúde infantil (Global Health Observatory, s.d.). Através da compreensão da saúde global, podemos proteger o bem-estar das pessoas em todo o mundo e esforçarmo-nos para criar um futuro mais equitativo.

Governos, sociedades civis, organizações internacionais, o setor comercial e pessoas de todas as nações necessitam trabalhar juntos para alcançar a saúde global. A fim de ter uma estratégia abrangente para as preocupações de saúde além das fronteiras nacionais, esse esforço coletivo é crucial (Birn *et al.*, 2017). A saúde global é considerada na esfera internacional como uma estratégia. Ao oferecer cuidados de saúde de alta qualidade a todas as pessoas, independentemente da sua posição socioeconômica, podemos promover a segurança e a estabilidade. Em muitas nações em todo o mundo, mudanças significativas e positivas foram destacadas como um componente crítico da saúde global (Aginam, 2005). A saúde global também é vista como um pilar fundamental do desenvolvimento da economia global. Por ter a capacidade de elevar a qualidade de vida de todos e construir uma sociedade mais justa e equitativa, a saúde global é, portanto, de vital importância para a agenda internacional (Shannon *et al.*, 2019).

A saúde global é uma questão urgente dentro da agenda internacional devido aos inúmeros desafios que enfrenta, incluindo acesso, financiamento e governança. Por exemplo, a saúde global é muitas vezes ofuscada em questões como meio ambiente, comércio e segurança alimentar (Birn *et al.*, 2017). Além disso, os desequilíbrios de recursos e a falta de bens públicos globais têm inibido iniciativas de saúde, tornando-se um dos maiores desafios na governança global da saúde. Como a pandemia da COVID-19 trouxe à tona, a falta de disponibilidade de dados através das fronteiras e a necessidade de proteção de privacidade é um desafio único para os dados de saúde (Hale *et al.*, 2021).

De um ponto de vista de segurança, a saúde global ganha um destaque particularmente importante. A segurança da saúde global refere-se aos esforços e medidas coletivas tomadas pelas nações e organizações internacionais para prevenir, detectar e responder a doenças infecciosas e outras ameaças à saúde que têm o potencial de atravessar fronteiras e representam um risco significativo para as populações humanas em todo o mundo. Engloba várias estratégias, políticas e ações destinadas a fortalecer os sistemas de saúde, sistemas de vigilância e alerta precoce, preparação e resposta a emergências e cooperação internacional para mitigar o impacto das emergências de saúde e proteger a saúde pública global (WHO, 2021a; Gostin & Friedman, 2013).

Em conclusão, a saúde global é um tema cada vez mais importante na agenda internacional, com uma definição amplamente reconhecida do conceito e as implicações

de sua implementação. Portanto, a saúde global é essencial para promover a justiça social, a estabilidade econômica e a melhoria da qualidade de vida para todas as pessoas.

A diplomacia da saúde global é um conceito que existe há várias décadas. Mas, como acontece com muitos conceitos, há uma gama de definições sobre o que significa. Uma das muitas definições para a diplomacia da saúde global veio de um artigo de 2008 de Novotny, Adams e Leslie. De acordo com o artigo, os autores definem diplomacia da saúde global como uma atividade de mudança política que atende aos objetivos duplos de melhorar a saúde global, mantendo e fortalecendo as relações internacionais no exterior, particularmente em áreas de conflito e ambientes pobres em recursos.

O problema desta definição é que implica negociações entre dois governos. No entanto, a diplomacia da saúde global não é conduzida apenas pelos governos, mas também por filantropos, o setor privado, organizações multilaterais, etc. A diplomacia da saúde global refere-se à interseção da saúde e da política externa, onde os esforços diplomáticos são empregados para abordar questões globais de saúde por meio de negociação, colaboração e defesa entre várias partes interessadas, incluindo governos, organizações internacionais, e atores não estatais. Envolve o uso de ferramentas e estratégias diplomáticas para promover a saúde, prevenir e controlar doenças e fortalecer os sistemas de saúde em todo o mundo, reconhecendo a interconexão da saúde com fatores políticos, econômicos e sociais (Kickbusch, 2015; Fidler, 2017). Grande parte do progresso na saúde global deve-se à mistura dos atores únicos com conjuntos de habilidades únicas que são mobilizados para enfrentar os problemas a que se propõem. Em última análise, a diplomacia da saúde global é sobre como as questões de saúde são inerentemente políticas (Lee & Kamradt-Scott, 2019). Às vezes para melhor, às vezes para pior, pois nem sempre todas as partes concordam sobre qual deve ser o objetivo. É o cruzamento onde a política, a economia, a governança e a segurança se unem.

## **2.2. A necessidade de uma coordenação das políticas de saúde a nível mundial leva à abertura dos desafios de saúde**

O panorama global da saúde sofreu mudanças significativas nos últimos anos. A globalização das questões de saúde tornou imperativo que os países trabalhem juntos para enfrentar esses desafios. De facto, nos últimos anos, a necessidade de coordenação das políticas globais de saúde tem-se tornado cada vez mais evidente. Os objetivos da saúde

global envolvem um esforço coletivo que requer cooperação e parceria internacional. Uma das principais estratégias para alcançar esse objetivo tem sido a implementação de políticas e programas globais de saúde, que requerem cooperação internacional e esforços concertados para enfrentar os vários desafios (Fidler, 2017). Ao longo da história, vários tratados e declarações internacionais foram estabelecidos para promover a colaboração internacional, fornecer diretrizes para intervenções de saúde e abordar questões que exigem uma resposta coletiva. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras organizações internacionais têm desempenhado um papel significativo na promoção de iniciativas que abordam a distribuição desigual de recursos e serviços de saúde (Lee & Kamradt-Scott, 2019).

Um dos primeiros passos para a institucionalização da ação concertada em termos de saúde global foi a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), adotada em 1946. Serve como um tratado fundamental que rege a saúde global. Estabeleceu a OMS como uma agência especializada da Organização das Nações Unidas responsável por questões internacionais de saúde (WHO, 1948). Em 1978, a assinatura da Declaração de Alma-Ata, decorrente da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, enfatizou a importância da atenção à saúde primária para alcançar a saúde para todos. Apelou ao acesso equitativo a serviços de saúde essenciais e destacou a necessidade de envolvimento da comunidade. O programa "Saúde para Todos até o Ano 2000", lançado na conferência, visava alcançar um acesso equitativo aos serviços de saúde essenciais. No entanto, o programa enfrentou desafios para abordar os determinantes sociais mais amplos da saúde além do sistema de saúde, impedindo o progresso em países de baixo rendimento (WHO, 1978).

A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, estabelecida em 1986, reconheceu a importância de abordar os determinantes sociais da saúde. Enfatizou a necessidade de criar ambientes de apoio, fortalecer a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais, reorientar os serviços de saúde e construir políticas públicas saudáveis (OMS, 1986). No entanto, a implementação desses princípios em países de baixo rendimento tem sido limitada, dificultando esforços abrangentes para promover a saúde.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), criada em 2003, é um tratado internacional que visa a redução do consumo de tabaco e suas consequências sanitárias e econômicas. Fornece diretrizes para políticas de controle do tabaco e medidas de combate

às doenças relacionadas ao tabaco (WHO, 2003). Dois anos mais tarde, foi estabelecido o Regulamento Sanitário Internacional, implementado em 2005, que constitui um quadro jurídico internacional para prevenir a propagação de doenças infecciosas através das fronteiras (WHO, 2005). Esses regulamentos exigem que os países relatem eventos de saúde pública de interesse internacional e melhorem as suas capacidades de preparação e resposta (WHO, 2005).

O relatório da OMS "Cuidados de saúde primários - agora mais do que nunca" de 2008 destacou o papel crítico da atenção à saúde primária na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na obtenção da equidade em saúde. Apelou ao fortalecimento dos sistemas de saúde, à integração dos serviços e ao enfoque na justiça social. Apesar deste importante relatório, foram feitos progressos limitados na abordagem adequada dos determinantes sociais da saúde nos países de baixos rendimentos (WHO, 2008). A 62ª Assembleia Mundial da Saúde em 2009 testemunhou um esforço significativo de defesa dos determinantes sociais da saúde (Resolução WHA62.14) (WHO, 2009). A OMS enfatizou a necessidade de abordar os fatores sociais e económicos subjacentes que afetam os resultados de saúde. No entanto, apesar dessa defesa, a integração dos determinantes sociais na política e na prática permanece insuficiente em muitos países de baixo rendimento (*ibidem*, 2009).

Embora aborde principalmente as mudanças climáticas, o Acordo de Paris reconhece o impacto potencial das mudanças climáticas na saúde humana. As alterações climáticas afetam os padrões de doenças, a segurança hídrica e alimentar e a disponibilidade de recursos cruciais para os sistemas de saúde (United Nations Framework on Climate Change, 2015). Acordos multilaterais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) também reconheceram a importância da equidade em saúde para alcançar o desenvolvimento sustentável (Lee & Kamradt-Scott, 2015), que serão abordados mais adiante. No entanto, a ação efetiva é prejudicada pelas persistentes desigualdades globais, barreiras políticas, fragmentação institucional e interesses adquiridos de atores poderosos. Portanto, a busca da equidade global em saúde requer um compromisso político ousado e uma ação decisiva de todas as nações, especialmente aquelas que têm a capacidade de moldar as políticas e práticas globais de saúde.

A partir de 2000, os Estados de todo o mundo, pela primeira vez, estabeleceram objetivos comuns: os ODM. A promoção da saúde foi reconhecida nos ODM, mas o seu balanço neste domínio não é unânime. Por um lado, há um grande progresso na luta contra as doenças infecciosas e infantis, no desenvolvimento de parcerias para a saúde e no progresso da saúde materna (Shannon *et al.*, 2019). Por outro lado, alguns resultados continuam a ser frágeis, e necessitam ser relativizados face ao aumento das doenças infecciosas e que escondem profundas desigualdades internacionais, mas também internas, em cada país (Engels, 2016). No entanto, os ODM não permitiram, de modo algum, compreender a saúde dos países em desenvolvimento em todas as suas dimensões e tendo em conta as suas múltiplas interações com outras alavancas de desenvolvimento. Este fracasso deve-se ao domínio de paradigmas que não permitem ter em conta o conjunto dos determinantes da saúde (Kerouedan, 2011).

Novas perspetivas emergem com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que sucedem aos ODM. Os ODS oferecem uma melhor compreensão dos determinantes indiretos da saúde e uma visão mais sistémica. Podemos dar dois níveis de resposta que sublinham a acentuação dos esforços em favor da saúde (Engels, 2016). Num primeiro nível, a saúde surge agora como uma área específica no âmbito dos ODS, como se pode ler no Objetivo 3 “Capacitar as pessoas para uma vida saudável e promover o bem-estar de todos em todas as idades” (ONU, 2015). Dos ODM aos ODS, há uma mudança de paradigma. Os ODS reconhecem a multidimensionalidade do desenvolvimento e a necessidade de fazer interagir os objetivos. Esta visão é explícita no Relatório do Painel de Alto Nível: “uma questão fundamental é o equilíbrio entre os objetivos propostos e as conexões entre eles. Uma verdadeira transformação para o desenvolvimento sustentável só acontecerá quando os países avançarem em várias frentes ao mesmo tempo”<sup>7</sup> (UN, 2013: 16). Reconhece-se, portanto, que a saúde é um objetivo final, cujos mecanismos são multissetoriais e interligados.

Seguidamente, é abordado o impacto da globalização na saúde, particularmente através do surgimento do HIV, bem como de pandemias recentes, como o Ébola e o SARS-CoV-2, destacando as mudanças na perceção da saúde global e a reestruturação institucional resultante, como a criação do Fundo Global, Aliança Global para Vacinas (GAVI) e

---

<sup>7</sup> Tradução livre da autora

Parcerias Público-Privadas (PPP) para a saúde global, que surgiram em resposta a esses desafios.

O surgimento do HIV/SIDA na década de 1980 marcou a primeira vez que uma crise de saúde foi percebida como uma questão global. Isso levou ao reconhecimento de que os problemas de saúde não eram problemas isolados de populações ou países específicos, mas sim um desafio mundial. A percepção de urgência a um nível global levou a uma reorganização institucional significativa que modificou a arquitetura geral da cooperação internacional. Essa reorganização foi necessária para responder à escala do problema e coordenar melhor as políticas globais de saúde.

O Fundo Global e a GAVI foram estabelecidos para garantir a prestação de serviços de saúde para aqueles que mais precisam deles e para melhorar a resposta global à pandemia de HIV/SIDA (Renner & Schneider, 2019). O Fundo Global é uma instituição de financiamento internacional criada para combater a SIDA, tuberculose e malária. Reúne recursos de governos, do setor privado e de indivíduos para apoiar programas em países mais afetados por essas doenças (The Global Fund, 2021). A GAVI, a Aliança Global para Vacinas, é uma parceria público-privada que reúne governos, fabricantes de vacinas e outros parceiros para expandir o acesso às vacinas nos países mais pobres do mundo (Gavi, the Vaccine Alliance, 2020). A ONU, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA centram-se na prestação de assistência técnica e no reforço das capacidades aos países afetados pela pandemia do HIV/SIDA (Renner & Schneider, 2019).

O surgimento de parcerias público-privadas (PPP) na saúde global tem sido outra resposta aos desafios colocados pela globalização. As PPP reúnem os pontos fortes e os recursos do setor privado, organizações não-governamentais e agências governamentais para abordar questões globais de saúde. As PPP podem alavancar a experiência e os recursos do setor privado, levando a abordagens inovadoras para enfrentar os desafios globais da saúde (Sridhar & Woods, 2013). No entanto, é importante garantir que esses atores trabalhem juntos de forma coordenada para evitar um sistema fragmentado e redundante. A situação do HIV/SIDA desencadeou uma dinâmica de cooperação internacional na área da saúde global sem precedentes.

O programa de erradicação da varíola, lançado pela OMS em 1967, teve como objetivo eliminar a doença altamente contagiosa e muitas vezes fatal em todo o mundo (WHO, 2021c). Apesar de desafios como barreiras políticas e logísticas, o programa de erradicação da varíola alcançou um sucesso significativo. O último caso natural conhecido de varíola ocorreu na Somália em 1977, e a OMS declarou a varíola erradicada em 1980. A vigilância desempenhou um papel crucial no programa, com os profissionais de saúde buscando ativamente casos de varíola e realizando rastreamento de contatos. O isolamento dos indivíduos infetados e as medidas de quarentena também foram implementadas para prevenir a propagação da doença. As campanhas de vacinação em massa foram um componente fundamental do programa de erradicação, com milhões de pessoas vacinadas contra a varíola (WHO, 2021c).

O programa de erradicação da varíola teve um impacto significativo nos países em desenvolvimento, onde a carga da doença era frequentemente maior em comparação com os países desenvolvidos. Em primeiro lugar, o programa salvou inúmeras vidas. A varíola apresentava uma alta taxa de mortalidade, principalmente entre crianças, e a sua erradicação reduziu o número de mortes e mobilidades causadas pela doença (Henderson *et al.*, 1988). A prevenção de óbitos relacionados à varíola contribuiu para a diminuição das taxas gerais de mortalidade infantil, que por sua vez impactaram positivamente o crescimento e o desenvolvimento da população (*ibidem*, 1988).

Em segundo lugar, o programa de erradicação também teve efeitos socioeconômicos mais amplos. Ao eliminar a carga da varíola, os países em desenvolvimento foram capazes de alocar os seus recursos limitados para outras prioridades urgentes de saúde e iniciativas de desenvolvimento, tais como o fortalecimento dos sistemas de saúde, a melhoria do acesso a serviços essenciais e o abordar outras doenças infecciosas prevalentes nessas regiões (Fenner *et al.*, 1988). A implementação do programa levou a melhorias substanciais na saúde pública e nas condições socioeconômicas nessas regiões (Henderson *et al.*, 1988). Esse envolvimento ajudou a melhorar a experiência e a infraestrutura para controle e prevenção de doenças nesses países, levando a benefícios a longo prazo além da erradicação da varíola (Fenner *et al.*, 1988).

Com a erradicação da varíola em 1980, a atenção voltou-se para a questão do que fazer com as amostras do vírus da varíola vivo laboratoriais restantes. As discussões ganharam destaque na década de 1990. Em 1996, a Assembleia Mundial da Saúde, órgão de decisão

da OMS, pediu o desenvolvimento de um consenso sobre a destruição das amostras e estabeleceu um processo para chegar a uma decisão final (WHO, 2021c). Desde então, o debate continua, envolvendo considerações científicas, de saúde pública e de segurança. Várias reuniões e revisões ocorreram ao longo dos anos, com várias recomendações feitas em relação ao cronograma da destruição. A OMS adiou repetidamente a decisão para permitir uma análise e consideração adicionais de fatores científicos e políticos (*ibidem*, 2021c). Neste caso também houve um nível de cooperação internacional suficiente para obter resultados positivos relativamente à erradicação da varíola, mas ainda não foi possível uma cooperação efetiva no que diz respeito às ações a adotar no pós-erradicação, nomeadamente no que diz respeito aos exemplares do vírus existentes em diferentes laboratórios.

As pandemias mais recentes, como o Ébola e o SARS-CoV-2, destacaram a crescente percepção da saúde global. Segundo Gaudillière (2016), a globalização tem duas faces: solidariedade e novos protagonistas. Por um lado, a globalização fomentou a cooperação internacional e a solidariedade para enfrentar os desafios globais da saúde. Por outro lado, a globalização motivou novos atores e partes interessadas, como empresas privadas e fundações filantrópicas, a desempenharem um papel significativo na formação de políticas e práticas globais de saúde. Além disso, a globalização tornou as desigualdades mais visíveis, tanto dentro como entre os países. Embora o acesso a cuidados de saúde e recursos tenha melhorado em algumas áreas, muitas regiões continuam a sofrer com sistemas de saúde inadequados, acesso limitado a medicamentos e vacinas essenciais, e más condições de vida. Essas disparidades foram colocadas em foco durante a pandemia da COVID-19, com comunidades marginalizadas e países de baixo rendimento desproporcionalmente afetados pelo vírus (Mackenzie *et al.*, 2020).

Em conclusão, as recentes pandemias globais destacaram a percepção evolutiva da saúde global, revelando os pontos fortes e fracos das políticas e práticas globais de saúde. A interconexão do mundo e o surgimento de novos atores e partes interessadas deixaram claro que a coordenação e a colaboração são essenciais para enfrentar os desafios globais da saúde e que a abordagem tradicional de diplomacia entre Estados não é suficiente para compreender e ter impacto nas políticas e práticas de saúde global. Ao mesmo tempo, as desigualdades no acesso à saúde e aos recursos necessitam ser abordadas para garantir que todos os indivíduos tenham a oportunidade de viver vidas saudáveis e produtivas.

### **2.3. Nos países em desenvolvimento, as políticas internacionais de saúde precisam de melhorias, embora nem tudo deva ser descartado**

Um dos desafios enfrentados pelas políticas internacionais de saúde é a heterogeneidade dos processos de saúde, que devem levar em conta as dimensões locais. Políticas baseadas em inspiração neoliberal têm sido criticadas pelo seu fracasso em alcançar os resultados desejados (Buse, Brown, & Garret, 2017). A desconexão entre normas internacionais e práticas locais também tem sido observada, como exemplificado pelo caso do Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária, que tem sido criticado por impor expectativas irrealistas e procedimentos burocráticos que não se encaixam nas realidades locais na África (Kavanagh *et al.*, 2015). Essas questões levantam questões éticas sobre igualdade, democracia em saúde e autonomia dos Estados em relação à governança global da saúde.

Os desafios colocados pela governança global da saúde são particularmente pronunciados em países de baixo e médio rendimento, onde os sistemas de saúde são frequentemente mais fracos e mais vulneráveis às pressões externas (Gómez & Atun, 2018). No entanto, é importante notar que nem todas as políticas internacionais de saúde devem ser descartadas, pois algumas mostraram-se eficazes na melhoria dos resultados em saúde. Por exemplo, a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, que envolve uma parceria entre organizações internacionais, governos e sociedade civil, contribuiu para uma redução significativa no número de casos de pólio em todo o mundo (Krahn *et al.*, 2016).

Para melhorar as políticas internacionais de saúde, é necessário um maior diálogo e colaboração entre as partes interessadas, incluindo governos, sociedade civil e organizações internacionais. Isso requer uma mudança das abordagens de cima para baixo para abordagens mais participativas e localmente sensíveis (Buse, Brown & Garret, 2017). Também requer uma compreensão mais matizada das interações complexas entre a governança global da saúde e os sistemas de saúde locais, incluindo os fatores culturais, sociais, económicos e políticos que moldam os resultados em saúde (Gómez & Atun, 2018). Em resumo, as políticas internacionais de saúde enfrentam desafios significativos nos países de baixo e médio rendimento, mas nem todas as políticas devem ser descartadas. Uma abordagem mais matizada e participativa é necessária para abordar a natureza heterogênea dos processos de saúde e garantir que as políticas sejam localmente relevantes e eficazes. Levando em conta as interações complexas entre a governança

global da saúde e os sistemas locais de saúde, pode ser possível desenvolver políticas mais eficazes que contribuam para melhores resultados de saúde para todos.

As crises de saúde pública nos países em desenvolvimento não são novas, mas pioraram significativamente nas últimas décadas devido à globalização e às políticas económicas neoliberais (Navarro, 2008), implementadas a partir dos anos 1980 e 1990, apelidadas de Consenso de Washington. O Consenso de Washington refere-se a um conjunto de recomendações de política económica que foram popularizadas nas décadas de 1980 e 1990 por instituições financeiras internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (Williamson, 1990). Essas recomendações destinavam-se principalmente aos países em desenvolvimento que enfrentavam crises económicas ou buscavam acelerar o seu desenvolvimento económico. O Consenso de Washington foi criticado por sua abordagem “*one-size-fits-all*” e o seu foco em soluções baseadas no mercado, que alguns argumentam levaram ao aumento da desigualdade, agitação social e espaço limitado de políticas para os governos abordarem os objetivos sociais e de desenvolvimento (Stiglitz, 2012). Os princípios fundamentais do Consenso de Washington incluíam disciplina fiscal, reformas orientadas para o mercado, liberalização do comércio, investimento direto estrangeiro (IED), privatização, liberalização financeira e segurança jurídica e direitos de propriedade (Williamson, 1990).

Neste contexto, a introdução da industrialização, que muitas vezes vem à custa da degradação ambiental, levou à propagação de doenças que antes eram desconhecidas nessas regiões. Além disso, o acesso limitado a água potável, medicamentos e cuidados básicos de saúde, juntamente com infraestrutura de saúde inadequada, tornou difícil para as pessoas obter os cuidados de que necessitavam (Dawes, 2020). Esta situação é ainda agravada por outros fatores, como a guerra e os conflitos, que muitas vezes dificultam a prestação de ajuda humanitária e agravam condições já difíceis (Navarro, 2008).

Os fracassos das políticas de saúde de inspiração liberal nos países em desenvolvimento, por exemplo, destacaram a necessidade de uma compreensão mais matizada dos sistemas e práticas locais de saúde (Birn *et al.*, 2017). A questão da saúde pública nos países em desenvolvimento, portanto, requer uma abordagem multifacetada, abrangendo fatores ambientais, sociais e políticos. Portanto, as implicações da pobreza nos resultados da saúde são alarmantes. Essas implicações evidenciam a necessidade urgente de políticas equitativas que abordem a pobreza e os seus impactos na saúde. Além disso, questões de

ética como igualdade, democracia e autonomia necessitam ser consideradas na concepção e implementação de políticas e intervenções globais de saúde.

A pandemia da COVID-19 colocou em evidência as desigualdades globais em saúde e o papel dos atores internacionais na sua perpetuação. Em particular, as ações de instituições de países desenvolvidos têm sido alvo de críticas. Por exemplo, o acesso limitado às vacinas COVID-19 nos países em desenvolvimento tem sido associado às ações de empresas farmacêuticas e países desenvolvidos que priorizaram as suas próprias populações (Angrist *et al.*, 2021). Isso levou a acusações de neocolonialismo, com os países desenvolvidos e as suas instituições a serem acusadas de perpetuar as desigualdades globais de saúde.

A OMS também está sob escrutínio pela sua resposta à pandemia do COVID-19. A organização tem sido criticada pela falta de liderança e por ter sido muito lenta a responder à pandemia (Kickbusch & Reddy, 2021). No entanto, é importante notar que a OMS tem sido eficaz na abordagem de questões de saúde em países em desenvolvimento, particularmente no caso de “doenças silenciosas” que recebem pouca atenção pelos países desenvolvidos, como as doenças tropicais negligenciadas (Hotez, 2016). Apesar dessas críticas, é importante reconhecer que as políticas e intervenções globais de saúde são complexas e necessitam levar em conta contextos e perspectivas locais.

Em conclusão, embora haja certamente críticas a serem feitas às ações dos atores internacionais na promoção da saúde global, é importante reconhecer a complexidade da questão e a necessidade de uma compreensão diferenciada dos contextos e perspectivas locais. A pandemia da COVID-19 destacou a importância da cooperação global e da solidariedade na abordagem deste tipo questões, e é crucial que sejam feitos esforços para garantir que as políticas e intervenções de saúde sejam inclusivas e equitativas.

## **2.4. Conclusão**

Em conclusão, sob a perspectiva construtivista, a saúde global é relevante na compreensão do papel das ideias, normas e interações sociais na formação de respostas internacionais às questões de saúde. O construtivismo enfatiza a construção social da realidade, a influência de normas e instituições e o papel de atores não estatais. Quando aplicado à saúde global, o construtivismo destaca a importância das ideias e normas compartilhadas para enfrentar os desafios da saúde, o papel das instituições internacionais na formulação

de políticas de saúde e o envolvimento de atores não estatais na promoção de iniciativas globais de saúde.

A saúde não é mais um detalhe, mas um dos principais dos ODS. Para atingir este objetivo, é necessário mobilizar diversos meios e trabalhar em conjunto com vários atores para tornar as políticas de saúde eficazes e fazer avançar este domínio fundamental para o bem-estar geral da população mundial. Assim, os desafios sanitários globais impõem no topo da agenda internacional e contribuem para fazer mover as linhas da governação mundial. Apesar de uma abordagem mais global das políticas de saúde, a situação sanitária nos PED continua frágil, com dinâmicas próprias, em que as Doenças Tropicais são o melhor exemplo, uma vez que são uma realidade que lhes é específica. Assim, no capítulo seguinte, esta questão será abordada com mais pormenor.

## Capítulo 3. Contexto empírico

Ao longo deste capítulo analisa-se a correlação entre o contexto geopolítico e o estado de saúde pública e a importância dada à problemática das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN). Neste sentido, constata-se que o nível de visibilidade prestado não depende dos custos económicos e sociais que infligem em consequência da sua propagação, mas sim da população que afeta. Assim, numa primeira parte, abordam-se as especificidades deste tipo de doenças, seguido pela análise da sua correlação com contextos de pobreza. Seguidamente analisam-se as alterações que a pandemia de COVID-19 veio trazer.

### 3.1. Doenças tropicais negligenciadas – uma realidade invisível

Pobreza, saúde e desenvolvimento são três conceitos que estão interligados entre si, tal como foi reconhecido pelo Relatório de Desenvolvimento do Banco Mundial no início dos anos 1990, e mais tarde pelo Relatório da Comissão para a Macroeconomia e Saúde (Hotez & Molyneux, 2021). Segundo a OMS, as DTN correspondem a um grupo de 20 doenças que afetam desproporcionalmente as populações do quartil mais desfavorecido nos países de baixo e médio rendimento nas regiões subtropicais e tropicais, podendo ser de vários tipos: desde infeções bacterianas, vírus, arbovírus, zoonoses ou até mordidas de cobra (Hotez *et al.* 2020), tais como a Úlcera de Buruli, a doença de Chagas, a dengue, a Dracunculiasis (doença do verme-da-guiné), a equinococose, a trematodíase transmitida por alimentos, a tripanossomíase africana humana (doença do sono), a leishmaniose, a lepra, a filariose linfática (elefantíase), a oncocercose (cegueira fluvial), a raiva, a esquistossomose (febre do caracol), a helmintíase transmitida pelo solo (vermes intestinais), a taeníase/cisticercose (tênia suína), o tracoma cegante ou a boubá. Desde 2016, essa lista foi expandida com três grupos de doenças para incluir atualmente 20 DTN. Esses novos DTN incluem o Mycetoma, a cromoblastomicose e outras micoses profundas; a sarna e outros ectoparasitas; e o envenenamento por picada de cobra, sendo a única patologia não infecciosa da lista. Sendo doenças associadas à pobreza, elas são muitas vezes ignoradas pelas agendas da saúde pública global e de investigação (Tilli *et al.*, 2020). Para além disso, a agenda internacional prioriza doenças com taxas de mortalidade elevadas. No entanto, a maioria das DTN têm elevadas taxas de morbidade, sendo altamente desfigurantes e incapacitantes e têm impacto negativo no desenvolvimento cognitivo das crianças, mas normalmente não causam a morte num

curto espaço de tempo (Hotez, 2017b). Normalmente, a propagação destas doenças está relacionada com a falta de água potável, de um saneamento funcional, de infraestruturas de higiene, a contaminação dos solos, a nutrição e o alojamento desadequados, a insegurança veterinária e Sistemas de Cuidados de Saúde insuficientes e/ou disfuncionais (Reed & McKerrow, 2018; Hamill *et al.*, 2019; Hotez *et al.*, 2021).

Durante os anos 2000, o professor da Universidade de Oxford popularizou o uso do termo “*Bottom Billion*” (Hotez & Molyneux, 2021). Este conceito refere-se precisamente aos “pobres dos mais pobres”, portanto ao quartil mais baixo da população mundial. Estas populações vivem abaixo da linha da pobreza definida pelo Banco Mundial, em economias encurraladas (*trapped economies*), produzindo situações de pobreza devastadora que se perpetua por gerações. Este conceito corrobora as conclusões do mais recente *Global Burden of Disease Study*, que observou que a maior parte das DTN encontra-se em nações em conflito ou em que o governo se encontra à beira do colapso (Hotez, 2017a). Observa-se, portanto, a ligação, em proporcionalidade inversa, entre estado de saúde e instabilidade política. Segundo a agência de Saúde pública norte americana, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), 100% dos países classificados como de “baixo rendimento” são afetados por pelo menos 5 DTN (Reed & McKerrow, 2018).

Stiglitz (2012) constatou que a política determina como as funções do governo são realizadas: quando o poder é distribuído de forma desigual, cria uma brecha para a exploração dos pobres e preserva as desigualdades. O poder desigual gera taxas de pobreza elevadas, analfabetismo, desigualdade de género e de acesso à saúde, conflitos e guerra (Ugbomoiko *et al.*, 2009). Comparativamente, os conflitos perturbam as estruturas governamentais, deixando os cidadãos vulneráveis e propensos à burocracia com governos menos eficazes e pouca responsabilização (Global Peace Index, 2016). Além disso, conflitos ou guerras aumentam a prevalência da infeção por DTN porque os recursos atribuídos aos programas de saúde pública são desviados para compensar os custos da guerra. Na África subsariana, três dos seis países com maior prevalência de DTN têm um conflito violento em curso (Global Peace Index, 2016). Isso vale para a República Centro-Africana (RCA), endémica da tripanossomíase humana africana, para o Sudão do Sul com leishmaniose visceral e lepra, e para a Etiópia com tracoma. Quando isso acontece, a política, que muitas vezes é vista como um meio de melhorar o bem-estar

social e emocional dos cidadãos, avançando suas circunstâncias económicas, não consegue atingir esse objetivo (Ochola *et al.*, 2021).

No entanto, existem mais dois fenómenos que podem intensificar a propagação das DTN e aumentar os seus custos associados, sendo o primeiro as alterações climáticas, uma vez que potenciam a transmissão de infeções ligadas a arbovírus e doenças transmitidas por vetores como a dengue, a malária ou a doença de chagas (Reed & McKerrow, 2018). Por último, os autores também registaram uma maior prevalência nas camadas mais pobres das maiores economias do mundo, incluindo as nações do G20 e na Nigéria. Ainda assim, o maior peso era assumido pelas populações mais pobres dos países de rendimento mais baixo (*ibidem*, 2018). A persistência de DTN em países de médio e até alto rendimento indica que algumas comunidades foram deixadas para trás pelo desenvolvimento macroeconómico das últimas décadas. Um estudo revelou que mais de 60% dos estudos revelam desigualdades na prevalência de DTN em grupos socioeconómicos (Houweling *et al.* 2016). Por exemplo, na Nigéria rural, a prevalência de ascaridíase entre as crianças varia de 10% quando ambos os pais têm pelo menos a educação primária, a 31% quando apenas a mãe tem, 53% quando apenas o pai tem, e 96% quando nenhum dos pais foi à escola (Ugbomoiko *et al.*, 2009).

De facto, constata-se uma relação direta entre nível de educação e a probabilidade de cobertura: populações urbanas e com um nível de educação superior são mais prováveis de beneficiar da cobertura de campanhas de vacinação e quimioterapia preventiva, no entanto, não são as populações em maior risco de exposição (Ochola *et al.*, 2021). Normalmente, um indivíduo com um maior nível de educação tem uma condição económica e social superior, o que lhe permite ter certas práticas e condições que reduzem o risco de infeção tais como: hábitos de higiene, acesso a água potável e infraestruturas de saneamento, menor risco de exposição através da atividade profissional e acesso a serviços de saúde (Houweling *et al.*, 2016). Por exemplo, foi constatado que as populações economicamente desfavorecidas nas regiões endémicas para a raiva têm um maior risco de contrair a doença, apesar de serem os grupos com menor conscientização, e com maiores dificuldades para aceder à adequada profilaxia pós-exposição (Lin *et al.*, 2021). Assim, apesar da raiva ser uma doença curável e cuja prevenção é possível, estes mecanismos podem não estar ao alcance das populações com recursos escassos, tanto a nível económico como geográfico.

Tal como é possível verificar através de vários casos práticos, o investimento e atenção que uma doença recebe pela parte da comunidade internacional não é proporcional aos impactos que ela inflige, mas sim a outros fatores. Entre eles conta-se a cobertura mediática e o peso político da população afetada (Ochola, 2019; Howeling *et al.*, 2016; Moran *et al.*, 2009). Por exemplo, doenças como a SIDA, a Malária e a Tuberculose receberam 80% do investimento total. Assim, como Moran *et al.* (2009: 145) afirmam:

A predominância de pesquisas sobre novos produtos para HIV/SIDA, malária e tuberculose é compreensível, e a generosidade do financiamento nessas áreas é um crédito para os doadores, no entanto, outras doenças de alta mortalidade permanecem gravemente subfinanciadas: pneumonias e as doenças diarreicas destacam-se a este respeito.<sup>8</sup>

As DTN sofrem de um problema agravado pela falta de financiamento, pesquisa inadequada e falta de vontade política. Além disso, fatores históricos, sociais e económicos justificam a negligência das DTN. Em países em desenvolvimento com recursos limitados que têm de lidar com várias DTN simultaneamente, priorizaram doenças infecciosas que representam uma ameaça maior à saúde humana, como a tuberculose e o HIV/SIDA (Cohen *et al.*, 2014). As DTN também afetam populações pobres e marginalizadas que não têm o poder político de exigir ações, tornando mais fácil para as prioridades globais de saúde ignorá-las (Ochola *et al.*, 2019). Além disso, como as DTN são uma doença da pobreza, muitas vezes são vistas como um problema de saúde pública global menos importante, dado que as nações mais ricas não são tão afetadas e o impacto geral na saúde não é tão grave quanto as pandemias como a COVID-19 (Hotez, 2020).

De facto, as populações afetadas por estas doenças têm menos poder político e menos capacidade de *lobbying*. Com uma capacidade reivindicativa reduzida, as suas experiências são invisíveis aos olhos dos governos e organizações filantrópicas (Houweling *et al.*, 2016). Como Liese *et al.* (2010: 70) afirmam, “além disso, o interesse e o financiamento do governo são escassos, uma vez que essas doenças afetam em grande parte as comunidades com pouco poder político”<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Tradução livre pela autora

<sup>9</sup> Tradução livre pela autora

### 3.2. O ciclo vicioso pobreza e DTN

Surto de DTN têm custos a nível de saúde, social e financeiros não só de um ponto de vista do agregado familiar, mas também a nível nacional. Mesmo que a doença não cause a morte num curto espaço de tempo, as DTN normalmente causam longos períodos de sofrimento que podem resultar, caso a pessoa doente sobreviva, em sequelas incapacitantes para o resto da vida, crónicas e irreversíveis (Hamill *et al.*, 2019). A pesquisa sobre as consequências indiretas das DTN revelou ainda que, além de condenar as pessoas afetadas a viver longos anos com deficiência e estigma, elas mantêm as crianças fora da escola, os adultos fora do trabalho, sobrecarregam as famílias com custos consideráveis para procurar cuidados de saúde, aprisionam as comunidades em ciclos intermináveis de pobreza e custam às economias em desenvolvimento biliões de dólares americanos todos os anos (Hotez, 2017b).

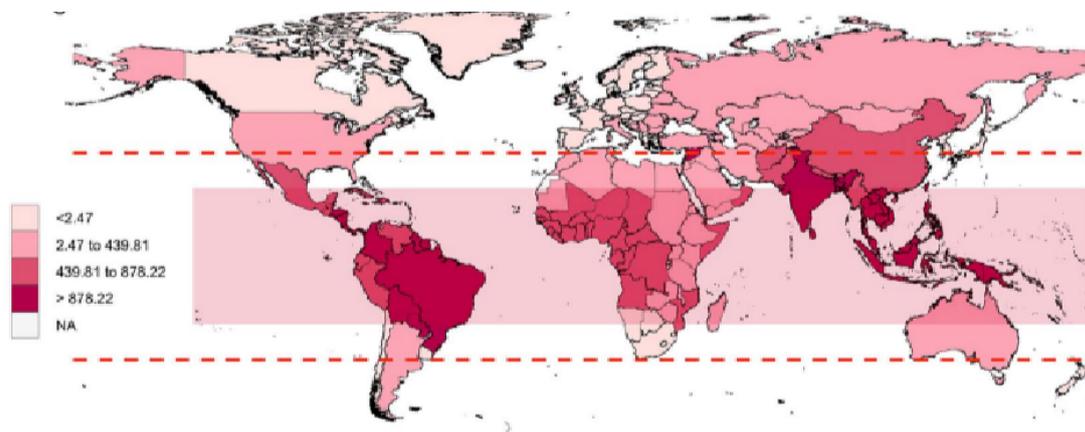
Segundo o *Australian Institute of Health and Welfare* (s.d.), a carga de uma doença (*burden of disease*) corresponde ao impacto de uma doença numa dada população, calculado através dos “Anos de Vida Ajustados à Deficiência” (*disability-adjusted life years - DALY*). Este indicador pretende avaliar o número de anos perdidos devido à morte prematura e aos anos perdidos devido à incapacidade/deficiência, sendo calculado através da relação entre morbilidade e a mortalidade da doença (ou seja, enquanto função de incidência: taxa de fatalidade/esperança média de vida) (Conteh, Engels & Molyneux, 2010; Fitzpatrick *et al.*, 2017). Outro indicador utilizado é “Anos de Vida Perdidos” (*years of life lost - YLL*), que se refere ao número de anos de vida perdidos devido à morte prematura, definida como morrer antes da idade correspondente à esperança média de vida ideal (Australian Institute of Health and Welfare, s.d.).

Estima-se que, no total, sejam perdidos devido às DTN cerca de 57 milhões de “*Disability Adjusted Years*” (DALY), cujos custos sociais e psicológicos são globais e extensivos, sendo a sua maior incidência nos países do Sul Global (Figura 1). Embora os DALY sejam amplamente utilizados para estimar o impacto duradouro das DTN, não medem todas as implicações políticas e socioeconómicas das doenças que muitas vezes mutilam em vez de resultarem no óbito num curto espaço de tempo (Hotez *et al.*, 2006 *in* Conteh, Engels & Molyneux, 2010). Por conseguinte, as DTN continuam a ser endémicas de muitas regiões deixadas para trás pelo progresso socioeconómico e causam um pesado fardo de incapacidade que excede a malária e a tuberculose. Além disso, a natureza a

longo prazo da infeção por DTN é complicada pela falta de acesso aos cuidados de saúde em muitas áreas (Hotez, 2020).

No entanto, as DTN não são apenas uma preocupação dos países de baixo rendimento na África Subsaariana. Um fardo significativo é suportado pelas comunidades mais pobres e marginalizadas dos países de médio rendimento. De facto, as alterações climáticas e os movimentos migratórios redefiniram as doenças tropicais. A dengue ressurgiu em países de alto rendimento que não tinham casos há décadas. A doença de Chagas afeta agora populações migrantes na América do Norte e na Europa. Hoje, a maioria dos pobres vive em países avaliados como sendo de rendimento médio ou superior (Fitzpatrick *et al.* 2017).

Figura 1: Taxa DALY padronizada por idade por 100.000 pessoas em 2019 do total de DTN.



Fonte: Lin *et al.*, 2022: 5.

Compreender o efeito das doenças tropicais negligenciadas na economia é crucial para estimar melhor o benefício do seu controlo sobre o crescimento económico em países endémicos. À semelhança dos DALY, a carga económica pode ser avaliada adicionando os custos diretos das despesas de prevenção e tratamento com os custos indiretos do tempo de trabalho produtivo perdido por causa da morbilidade e mortalidade (Lin *et al.*, 2022). Os custos podem ser avaliados numa perspetiva microeconómica para fornecer uma visão sobre o efeito em famílias individuais e empresas, e a nível macroeconómico, para mostrar o efeito sobre o desempenho económico de uma nação. Os custos financeiros e económicos do tratamento e controlo de doenças tropicais negligenciadas são frequentemente considerados da perspetiva do provedor de cuidados de saúde, nomeadamente os custos suportados pelas instalações de saúde financiadas pelo governo,

mas também têm um alto custo (direto) no indivíduo afetado e na sua família quando procuram tratamento para essas doenças (Conteh, Engels & Molyneux, 2010).

A nível pessoal, é uma experiência difícil, uma vez que a pessoa doente terá de lidar com o estigma e discriminação (custos psicológicos), mas também não será capaz de prover para si próprio (custos económicos) e a sua subsistência depende dos cuidados que a rede de familiares próximos lhe possa providenciar (Hamill *et al.*, 2019). A nível familiar, corresponde a um fardo económico acrescido, numa situação já no limiar da subsistência. Num contexto em que o orçamento é quase exclusivamente dedicado à alimentação, qualquer despesa adicional é um catalisador que agrava a situação de pobreza do agregado (Conteh, Engels & Molyneux, 2019). Para além disso, num contexto em que a componente paliativa e reabilitativa da rede hospitalar é extremamente frágil e/ou ineficiente, ela passa a ser exclusivamente assegurada pelo agregado familiar. Ou seja, para além de perder um elemento produtivo, passa a ter custos adicionais para cuidar dele. Em conclusão, a amplitude dos impactos de alguém afetado reduz a capacidade de atividade económica não só para si, mas também para o seu agregado familiar e dá origem a custos significativos de saúde para aqueles que já estão nos níveis de rendimento mais baixos (Conteh, Engels & Molyneux, 2010).

Somando todos os casos de DALY, o custo é também visível a nível das contas públicas, com um importante impacto na produtividade nacional. Em geral, as DTN custam às economias em desenvolvimento milhares de milhões de dólares todos os anos em receitas perdidas, interferindo na produtividade do trabalho (agrícola e industrial) e no potencial salarial de indivíduos que já são pobres e sobrevivem com menos de 2 dólares americanos por dia (WHO, 2017). Da mesma forma, as DTN limitam as oportunidades educacionais para crianças em idade escolar, interferindo no desenvolvimento cognitivo e causando efeitos indesejáveis na frequência escolar e no desenvolvimento infantil. Além disso, as DTN prendem os indivíduos num ciclo de pobreza, levando a um estigma social a nível familiar e comunitário (Hotez *et.al*, 2014).

Os agregados familiares, empresas e outros organismos adotam mecanismos de defesa para lidar com os potenciais riscos e a imprevisibilidade associada às DTN. No entanto, estes mecanismos de defesa podem reduzir a capacidade de “fazer poupanças”, desincentiva o investimento e pode traduzir-se em perda de capital (humano e financeiro) e de poder de compra (Sauerborn *et al.*, 1996). Portanto, qualquer intervenção no sentido

de controlar este tipo de doenças impacta a comunidade a vários níveis. Ou seja, os benefícios extravasam a esfera pública ou hospitalar, tendo também efeitos positivos noutros setores produtivos, como a agricultura ou a pequena indústria, os serviços ou mesmo a educação, aliviando o risco económico que a doença produz sobre o agregado familiar e portanto, surtindo um efeito benéfico no sentido de redução da pobreza (*ibidem*, 1996; Conteh *et al.*, 2010; Lin *et al.*, 2022).

Segundo a OMS, qualquer projeto ou intervenção a nível de saúde é rentável se o seu custo for inferior ao PIB *per capita* do país ou região intervencionada. Segundo este critério, quase todas as medidas contra as DTN seriam rentáveis (OMS *in* Conteh, Engels & Molyneux, 2010). Para além disso, vários programas de controlo de DTN podem fornecer intervenções simultâneas para outras doenças, como a malária e o HIV/SIDA. Além disso, estudos mostram que as intervenções de DTN podem ter um impacto positivo nos resultados de saúde materna e infantil (Hotez, 2020). Através da colaboração e parceria entre governos, organizações não-governamentais e o setor privado é possível desenvolver soluções sustentáveis para lidar com as desigualdades em saúde, particularmente em comunidades com recursos escassos (*ibidem*, 2020).

No entanto, isto não significa que tais medidas sejam acessíveis ou que sejam prontamente adotadas como uma estratégia nacional. Devido a fontes escassas e intervenções concorrentes, os países podem reconhecer as vantagens de ter medidas para controlar as DTN. Contudo, encontram numerosas dificuldades para garantir os fundos necessários à sua implementação (Conteh, Engels & Molyneux, 2010). Apesar de alguns projetos financiados pela União Europeia (EU), pela Fundação Melinda e Bill Gates ou pela Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o apoio e compromisso de algumas farmacêuticas, o investimento neste tipo de projetos continua entre os mais baixos (Tilli *et al.*, 2020).

Não obstante, há desafios logísticos na entrega de tratamentos para áreas remotas e de difícil acesso. Além disso, fatores sociais e culturais também podem dificultar a eficácia dos programas contra as DTN (Fitzpatrick *et al.*, 2017). A implementação de estratégias para garantir que os serviços de saúde cheguem aos necessitados, particularmente em áreas remotas ou empobrecidas onde essas doenças tendem a ser mais prevalentes, é fulcral para o sucesso de qualquer projeto (*ibidem*, 2017). A comunicação eficaz com líderes comunitários e profissionais de saúde locais também é essencial para estabelecer

confiança e obter *insights* sobre as necessidades específicas de cada comunidade. A colaboração multissetorial entre governos, ONG e outras partes interessadas pode facilitar os recursos e a infraestrutura necessários para melhorar o acesso e reduzir o impacto destas doenças nessas comunidades (WHO, 2023).

Em suma, o impacto social e económico das DTN é imenso. Estas doenças contribuem para a pobreza, retardando o desenvolvimento económico e agravando as desigualdades sociais. As deficiências físicas causadas pelas DTN podem impedir que os indivíduos tenham acesso à educação ou ao trabalho, levando à diminuição da produtividade e rendimento, perpetuando um ciclo de pobreza. Além disso, o custo do tratamento das DTN e a carga de cuidados podem ser incapacitantes para famílias e comunidades, prejudicando ainda mais o crescimento económico. A abordagem das DTN é, portanto, crucial para o desenvolvimento sustentável e a redução da pobreza. Esta escassez de investimento, apesar de todos os benefícios que aportaria, reforça a constatação que a luta contra as DTN não é uma prioridade na agenda internacional, uma vez que falha em compreender que as externalidades positivas, ou seja os benefícios do controlo e tratamento destas doenças, não são estrita ou diretamente económicos.

### **3.3. As DTN na Agenda Internacional**

Historicamente, as DTN têm sido negligenciadas pelos sistemas de saúde nacionais e internacionais, com atenção limitada à pesquisa e ao tratamento. Dado que uma das maiores barreiras para enfrentar as DTN é a falta de vontade política, tanto nos países afetados quanto na comunidade internacional, as DTN não são uma prioridade em discussões sobre Saúde Global e as respetivas alocações de financiamento. Para combater com êxito estas doenças, será necessário sensibilizar para o seu impacto e defender a sua inclusão na agenda internacional da saúde. Não foi até o início dos anos 2000 que as DTN ganharam reconhecimento na agenda global de saúde, levando ao aumento do financiamento e aos esforços coordenados para controlá-las e eliminá-las.

O conceito de DTN foi desenvolvido para chamar a atenção para esta oportunidade que foi negligenciada pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) que foram estabelecidos em 2000. Os oito ODM concentraram-se em uma série de questões de desenvolvimento global, incluindo pobreza, educação, igualdade de género, mortalidade infantil, saúde materna, HIV/ SIDA, sustentabilidade ambiental e parcerias globais

(UNDP, 2000). No entanto, o impacto das DTN na saúde e desenvolvimento global foi reconhecido durante a era dos ODM. Além disso, algumas das intervenções para controle e eliminação de DTN, como a melhoria do acesso à água potável e saneamento, estavam indiretamente relacionadas aos ODM, particularmente o Objetivo 7, que visava garantir a sustentabilidade ambiental (Hotez, 2020). Os ODM ajudaram a sensibilizar para a importância de abordar questões globais de saúde e desenvolvimento, incluindo as DTN, e abriram o caminho para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que foram estabelecidos em 2015 (Fitzpatrick *et al.*, 2017).

No mesmo ano, a OMS estabeleceu a Aliança Global para Eliminar a Filariose Linfática, que desde então se expandiu para incluir outros DTN (Hotez, 2020). Simultaneamente, alguns esforços foram feitos para lidar com as DTN através de iniciativas como a Rede Global de Doenças Tropicais Negligenciadas e a Declaração de Londres sobre DTN, que foram lançados em 2006 e 2012, respectivamente. Lançada na *Clinton Global Initiative* em 2006, a Rede Global de Doenças Tropicais Negligenciadas tinha como objetivo a defesa, mobilização de recursos, engajamento bilateral (parlamentos e ministérios da saúde) e bancos internacionais de desenvolvimento, a fim de alcançar o objetivo geral de aumentar acesso a medicamentos essenciais para a estimativa de 1,4 bilhões de pessoas afetadas pelas DTN alvo através de campanhas de quimioterapia preventiva. A fim de promover esta agenda de sensibilização, a Rede Global inaugurou um site dedicado às DTN, com artigos sobre as suas atividades nos meios de comunicação social impressos e eletrônicos (Hotez, 2020). A Declaração de Londres sobre Doenças Tropicais Negligenciadas em 2012 comprometeu empresas farmacêuticas e governos a intensificar os esforços para eliminar DTN até 2020 (London Declaration on Neglected Tropical Diseases, 2012). Desde então, algum progresso foi feito, tendo em conta que alguns países conseguiram com sucesso erradicar algumas DTN (Hotez, 2020), mas ainda há muito trabalho a ser feito.

Os ODS reconhecem a correlação entre saúde pública e desenvolvimento, nomeadamente o ODS 3, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, e enquadrado na meta 3.8: “Fazer com que todos beneficiem de uma cobertura de saúde universal, (...) proporcionando acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis” (UNDP, 2015). Para além disso, reconhecem que as DTN afetam

desproporcionalmente as pessoas que vivem na pobreza e que lidar com as DTN é fundamental para alcançar a equidade na saúde e promover o desenvolvimento sustentável, estando explicitamente previstas, sobretudo no objetivo 3.3: “até 2030, acabar com as epidemias de SIDA, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis” (*ibidem*, 2015).

A inclusão das DTN nos ODS tem ajudado a conscientizar e mobilizar recursos para os esforços de controlo e eliminação. A consecução do objetivo dos ODS em matéria de DTN exige investimento sustentado, empenhamento político e uma abordagem multisectorial do controlo e eliminação das DTN (Engels, 2015). Isso inclui a ampliação de intervenções como quimioterapia preventiva, gestão integrada de casos e prevenção e gestão de deficiências, bem como o fortalecimento dos sistemas de saúde e a promoção da pesquisa e inovação (Hotez, 2020).

A agenda da OMS para as DTN também visa apoiar atividades de pesquisa e desenvolvimento relacionadas a intervenções inovadoras e económicas para o controlo, eliminação e erradicação dessas doenças. Tais intervenções incluem o desenvolvimento e implementação de novas ferramentas de diagnóstico, medicamentos e vacinas, bem como estratégias eficazes para o controle de vetores e sistemas de vigilância aprimorados (Fitzpatrick *et al.*, 2017). A OMS trabalha em estreita colaboração com parceiros públicos e privados, incluindo empresas farmacêuticas, instituições académicas e de pesquisa e agências doadoras, para garantir que os esforços de pesquisa e desenvolvimento sejam devidamente apoiados e coordenados, e que novas intervenções sejam disponibilizadas àqueles que mais precisam delas (WHO, 2023).

Em última análise, a agenda da OMS para as DTN procura melhorar a vida e os resultados de saúde de milhões de pessoas em todo o mundo, ao mesmo tempo em que reduz a carga económica e social que essas doenças representam para as comunidades e sociedades afetadas (Hotez, 2020). A criação do departamento de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da OMS foi um passo significativo para combater essas doenças. O principal objetivo do departamento tem sido coordenar os esforços de controlo das doenças e desenvolver soluções sustentáveis em colaboração com várias partes interessadas (Fitzpatrick *et al.*, 2017).

Até à data, a OMS publicou cinco relatórios dedicados às DTN, fornecendo uma avaliação consolidada e atualizada do progresso em direção ao controle, eliminação e erradicação de 20 doenças, tendo o último sido O *Relatório Global sobre doenças tropicais negligenciadas 2023*, publicado a 30 de janeiro (OMS, 2023). O relatório mostra que, embora tenham sido feitos progressos durante os dois anos desde o lançamento dos objetivos estabelecidos no biênio de 2021-2022, surgiram obstáculos para alcançar as metas para 2030. O progresso é relatado no contexto dos compromissos, estratégias e metas globais, que foram determinados através de uma extensa consulta que culminou na aprovação do documento: *Acabar com a negligência em atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: um roteiro para doenças tropicais negligenciadas 2021-2030* pela 73ª Assembleia Mundial da Saúde em 2020. As metas globais definidas nesse roteiro têm uma perspectiva de implementação até 2030, que ambicionam

reduzir em 90% o número de pessoas que precisam de tratamento para doenças tropicais negligenciadas pelo menos 100 países eliminando ao menos uma dessas doenças; erradicar duas doenças tropicais negligenciadas (dracunculíase e bouba); reduzir em 75% os anos de vida perdidos por incapacidade relacionados a essas enfermidades Além disso, o roteiro rastreará 10 alvos transversais e alvos específicos de doenças que incluem uma redução em mais de 75% no número de mortes por doenças negligenciadas transmitidas por vetores, como dengue, leishmaniose e outros; promover o acesso total ao abastecimento básico de água, saneamento e higiene em áreas endêmicas e promover melhorias na coleta e notificação de dados desagregados por género.” (OPAS, 2021: paragrafo 7)

Em conclusão, a importância do apoio contínuo à Agenda da OMS para as Doenças Tropicais Negligenciadas nunca pode ser excessiva. A abordagem integrada da OMS, que envolve parcerias com várias partes interessadas, visando populações em risco, provou ser eficaz na redução da carga de doenças tropicais negligenciadas. O apoio financeiro e político contínuo a esta agenda será crucial para alcançar o objetivo de eliminar essas doenças como uma ameaça à saúde pública até 2030

Como é possível verificar na tabela abaixo (Figura 2), outras organizações internacionais também contribuíram com recursos significativos para combater as DTN. A Iniciativa Internacional do Tracoma, uma parceria entre a *Pfizer*, a Fundação Edna McConnell Clark e dezenas de outras organizações, doaram mais de 180 milhões de doses de Zithromax para tratar o tracoma, uma doença que causa cegueira em muitos países em desenvolvimento (Røttingen *et al.*, 2017). A Fundação Bill e Melinda Gates também tem

sido um ator importante, contribuindo com bilhões de dólares para financiar programas de controlo e eliminação de DNT, bem como realizando pesquisas extensivas para desenvolver novas ferramentas e estratégias. Esses esforços produziram progressos significativos na redução da prevalência e do impacto das DTN em todo o mundo (*ibidem*, 2017).

Do ponto de vista nacional, as iniciativas lideradas por países para combater as DTN têm aumentado nos últimos anos, com muitos governos implementando planos nacionais para alcançar os objetivos da OMS. Por exemplo, em 2013, a Nigéria lançou um plano de cinco anos para eliminar as DTN e, em 2015, a Índia lançou um programa semelhante (Ochola *et al.*, 2019). Esses planos envolvem a integração de várias intervenções-chave, como administração de medicamentos em massa e melhoria da educação em saúde, e levaram a um progresso significativo na redução da carga de DTN nos países afetados (Hotez, 2020). O sucesso de tais iniciativas demonstra o importante papel que os governos nacionais podem desempenhar no combate às doenças tropicais negligenciadas.

Figura 2: Principais programas em relação às DTN mais comuns.

| Disease   | Major initiatives   | Size of at-risk population requiring treatment | No. of people treated (% of at-risk population) | Drug(s) used                      | Frequency of treatment   | Major target populations  |
|---|---|--|---|-----------------------------------|--|---|
| Soil-transmitted helminth infections (ascariasis, trichuriasis, and hookworm infection) | Partners for Parasite Control<br>Schistosomiasis Control Initiative<br>Children Without Worms<br>Task Force for Global Health<br>Deworm the World<br>Partnership for Child Development  | 890 million children                           | 314 million (35%)                               | Mebendazole or albendazole        | Once or twice/yr depending on prevalence or level of transmission                                      | School-age children and some preschool children and women of reproductive age |
| Schistosomiasis   | Schistosomiasis Control Initiative<br>Partners for Parasite Control   | 236 million                                    | 33 million (14%)                                | Praziquantel                      | Once/yr or every 2 yr, or twice during primary school depending on prevalence or level of transmission | School-age children   |
| Lymphatic filariasis  | Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis<br>Task Force for Global Health<br>Mectizan Donation Program<br>Albendazole Donation Program  | 1.392 billion                                  | 484 million (35%)                               | DEC or ivermectin (+ albendazole) | Once/yr  | Entire at-risk population   |
| Onchocerciasis  | African Programme for Onchocerciasis Control<br>Helen Keller International<br>Carter Center<br>Onchocerciasis Elimination Program for the Americas<br>Sightsavers<br>CBM<br>Task Force for Global Health<br>Mectizan Donation Program | 123 million                                    | 81 million (66%)                                | Ivermectin                        | Once/yr  | Entire at-risk population   |
| Trachoma  | International Trachoma Initiative of the Task Force for Global Health<br>Helen Keller International<br>Carter Center<br>Sight Savers<br>CBM   | 325 million                                    | 38 million (12%)                                | Azithromycin                      | Once/yr  | Entire at-risk population $\geq 6$ mo of age                                  |

Fonte: Hotez, 2020: 193.

Em conclusão, embora tenham sido feitos progressos no controlo e na eliminação de algumas DTN, ainda há muito trabalho a fazer para atingir a meta de 2030. O Roteiro de DTN para 2030 da OMS, lançado em 2020, delineia uma nova estratégia global para acelerar o progresso em direção ao controlo e eliminação das DTN e fornece um guia para alcançar a meta de ODS em DTN. Apesar da sua prevalência, as DTN têm sido historicamente negligenciadas na agenda internacional, levando a recursos e financiamento inadequados para abordar a sua prevenção, tratamento e controlo. Portanto, as discussões sobre as DTN são essenciais para garantir que estratégias efetivas sejam implementadas para abordar essas doenças e promover a equidade global em saúde. Essas discussões também podem ajudar a aumentar a conscientização, mobilizar recursos e promover a colaboração entre as partes interessadas e as comunidades para eliminar DTN como uma preocupação de saúde pública. Uma solução potencial para abordar a questão das doenças tropicais negligenciadas é através do fornecimento de financiamento e recursos para pesquisa e desenvolvimento de novos tratamentos e vacinas.

### **3.4. Investimento**

A falta de pesquisa e desenvolvimento sobre as DTN é um grande desafio para enfrentar essas doenças. Historicamente, as DTN têm sido negligenciadas, com recursos limitados alocados para pesquisa, desenvolvimento de medicamentos e opções de tratamento. Essa falta de atenção resultou numa compreensão limitada da fisiopatologia dessas doenças. O investimento em I&D é crucial para expandir a compreensão sobre as DTN e desenvolver tratamentos eficazes e acessíveis (Jedrusik, 2016). Apesar de ter aumentado nos últimos anos, ainda há necessidade de mais financiamento e apoio para desenvolver novas ferramentas e estratégias de controlo e eliminação de DTN (Cohen *et al.*, 2014).

O financiamento para a pesquisa de DTN aumentou nos últimos anos, com o apoio de uma variedade de fontes, incluindo governos, organizações filantrópicas e parceiros do setor privado. Por exemplo, a Fundação Bill e Melinda Gates investiu mais de US\$ 2 mil milhões em pesquisa e controlo de DTN desde 2006 (Hotez *et al.*, 2014). A Agenda Global de Pesquisa e Inovação da OMS para DTN, publicada em 2021, inclui um foco em doenças que têm sido tradicionalmente negligenciadas, como o Mycetoma e a sarna (WHO, 2021).

A colaboração e a parceria têm sido fundamentais para o avanço da pesquisa em DTN, com esforços como a iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas e o Fundo Global de Tecnologia Inovadora em Saúde reunindo as diversas partes interessadas para desenvolver novas ferramentas e estratégias (Röttingen *et al.*, 2017). Para além dessas, houve outras parcerias historicamente bem-sucedidas como a *Medicines for malaria Venture* e a *TB alliance*, capazes de angariar fundos e medicamentos e reduzir o DALY associado a estas doenças (Liese *et al.*, 2010).

Segundo a OMS (de forma simplificada), um medicamento é qualquer substância ou composição apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas em relação às doenças humanas ou animais. O desafio de acesso aos medicamentos coloca-se sobretudo aos que dizem respeito às doenças essenciais. Esta questão coloca-se aos três níveis de acessibilidade geralmente identificados: disponibilidade, qualidade e acessibilidade financeira. A disponibilidade do produto nem sempre é assegurada porque, para muitas patologias dos países do Sul Global, os tratamentos são inexistentes, a qualidade das moléculas é frequentemente alterada devido às falhas das infraestruturas locais (rede elétrica, estradas, etc.) e a acessibilidade financeira é dificilmente exequível na ausência de um organismo de reembolso (Proparco, 2017). Para além disso, a ausência de mercados funcionais, no sentido tradicional, não estimula o desenvolvimento espontâneo de medicamentos. A não compra dos medicamentos por parte do público-alvo, quer por falta de meios financeiros, quer por falta de interesse político, não estimula o investimento em I&D (Cohen *et al.*, 2014). Em suma, dado que a lei da oferta e da procura não estimula a produção, estas populações vivem numa situação de inacessibilidade.

No entanto, os países não são um bloco monolítico, pelo que cada região possui desafios específicos quer a nível de produção quer de consumo. Na realidade, o mercado dos medicamentos no Sul Global é uma realidade heterogénea e muito desigual, em termos de lugar na cadeia de valor da indústria farmacêutica (Cohen *et al.*, 2014). A divisão internacional do trabalho beneficia o sector farmacêutico asiático, no entanto, tanto a investigação e o desenvolvimento, como a produção continuam a ser pautadas pelas necessidades dos países do Norte Global, excluindo o continente africano. A Ásia reúne 67% do emprego mundial do sector, mais de 2 milhões dos quais na China. No entanto, as despesas de I&D estão concentradas na Europa e nos Estados Unidos da América, onde

estão sediadas as principais empresas farmacêuticas, chamadas de *Big Pharma*, mas a descentralização do processo industrial beneficiou a China e a Índia, que são importantes centros de produção (Abecassis & Coutinet, 2019).

A China tornou-se a fábrica de produção de mais de 80% dos ingredientes ativos utilizados pela indústria farmacêutica, uma parte ainda mais esmagadora das matérias-primas que compõem esses ingredientes ativos (entre 80% e 90%) e de uma parte substancial da produção de medicamentos ditos “acabados” (Xu & Peng, 2019). A Índia é o maior fornecedor de medicamentos genéricos do mundo, ocupando uma quota de 20% da oferta mundial em volume, e também fornece 62% da procura mundial de vacinas (Abecassis & Coutinet, 2019). Esta vantagem comparativa em relação a outros países em desenvolvimento é devida à disponibilidade de mão-de-obra qualificada e aos baixos custos de produção (*ibidem*, 2019). O desenvolvimento dos medicamentos genéricos, tanto nos países do Norte como do Sul Global, favoreceu a implantação a nível mundial de genéricos como os indianos Cipla e Ranbaxy ou o israelita Teva (Shah, 2017). O recurso crescente à externalização de certas etapas de produção permitiu, por outro lado, a emergência de novos atores. Os fabricantes dos princípios ativos, localizados principalmente na China, produzem o produto químico que tem um efeito terapêutico (Abecassis & Coutinet, 2019). Os processadores, implantados nos países desenvolvidos, produzem medicamentos para terceiros, ao passo que as *contract research organisations* assumem determinadas atividades por conta das empresas farmacêuticas (como a realização de ensaios clínicos ou a constituição de processos de pedido de autorização de introdução no mercado) (*ibidem*, 2019).

No entanto, África continua a ser a região mais excluída do mundo. Segundo a OMS, os Estados africanos gastam menos de 8% do seu PIB no sector da saúde. O continente recebe proporcionalmente menos financiamento, incluindo projetos que não têm um efeito real, uma vez que beneficiam as populações urbanas de classe média, que já têm um acesso razoável a hospitais e cuidados de saúde. Embora a produção global seja grande e diversificada, muitas vezes não está bem adaptada à realidade africana (Cohen *et al.*, 2014). Com efeito, os tratamentos são desenvolvidos sobretudo para os mercados ocidentais solventes e rentáveis. Poucas despesas de I&D são consagradas às patologias endêmicas nos países africanos (malária, sida, ébola e malária) (Buckholtz, 2022). Consequentemente, a África sofre de uma carência de disponibilidade de matéria a

montante. Assim, de acordo com Cohen *et al.* (2014), entre 2009 e 2013, houve apenas 20 novas aprovações relacionadas a DTN, entre as quais, “1 nova molécula, 5 vacinas, 2 novas indicações, 9 combinações de dose fixa e 3 novas formulas”<sup>10</sup> (*ibidem*, 2014: 1039).

O continente africano importa 95% da medicação consumida. O grupo sul-africano Aspen é o maior produtor africano, produzindo principalmente para o seu mercado interno - que é o maior do continente, com US\$ 3,19 mil milhões em vendas em 2016 (Buckholtz, 2022). Mais modesto, mas líder de mercado, o grupo marroquino Cooper Pharma é o segundo maior produtor do continente, com 40 fábricas, das quais 10% da produção é exportada (*ibidem*, 2022). Com efeito, sofrem de uma fraca competitividade em relação à concorrência asiática: os contextos locais nem sempre permitem a aplicação das práticas de fabricação exigidas a nível internacional, a fim de garantir uma qualidade suficiente e contínua da produção (Abecassis & Coutinet, 2019).

As empresas farmacêuticas dispõem de situações de monopólio temporário graças aos direitos de propriedade intelectual que protegem as suas moléculas. Na teoria económica padrão, estas deveriam promover a inovação indispensável, pela sua natureza dispendiosa e serem facilmente reproduzidas (Jedrusik, 2016). Assim, os acordos sobre comércio internacional associado à propriedade intelectual (TRIPS) assinados em 1994 na Organização Mundial do Comércio (OMC) harmonizam a nível mundial as legislações até então nacionais sobre as patentes. Decalcados do direito americano, reforçam a proteção das moléculas e as posições de monopólio das empresas (Abecassis & Coutinet, 2019). A harmonização das patentes a nível mundial afetou particularmente os países do Sul Global, alguns dos quais produziam, para os seus mercados, cópias legais das moléculas patenteadas no Norte Global. As populações dos países do Sul Global, de rendimentos mais baixos, foram privadas de medicamentos produzidos localmente a preços que lhes eram acessíveis, excluindo uma parte importante da população dos cuidados de saúde (*ibidem*, 2019).

A aplicação destes acordos, concebidos para acabar limitar ao máximo a produção local de medicamentos sem o pagamento dos direitos de propriedade intelectual, como os produzidos na Índia e no Brasil, não está isenta de resistências. Os fabricantes de

---

<sup>10</sup> Tradução livre da autora

genéricos, aliados às associações de doentes brasileiras ou indianas e às ONG internacionais como Médicos Sem Fronteiras (MSF) ou Oxfam, realizaram várias campanhas contra as patentes de medicamentos (Ravinetto *et al.*, 2012). Invocando o direito à vida, estes dois países conseguiram pressionar a OMC para que integre as preocupações de saúde pública nas suas posições, nomeadamente na Declaração de Doha de Novembro de 2001 (*ibidem*, 2012). As frequentes indisponibilidades e a inacessibilidade financeiras assim criadas favorecem a contrafação, que pode afetar metade dos medicamentos disponíveis em certos países africanos. Isto representa um desperdício de dinheiro para os sistemas de saúde e para os pacientes, porque estes medicamentos não tratam a doença nem a previnem, para além de que podem também ter efeitos colaterais e levar a doenças graves, ou mesmo a morte (WHO, 2017). Os tipos de medicamentos mais falsificados são anti-malária e antibióticos, tratamento de cancro e contraceptivos (*ibidem*, 2017).

Com efeito, apenas três países africanos, o Benim, o Burkina Faso e a Guiné-Conacri, ratificaram a convenção internacional *Medicrime*, único mecanismo internacional que criminaliza o tráfico de medicamentos falsos, promovida pelo Conselho da Europa e assinado a 28 de outubro de 2011 em Moscovo, Rússia (Ravinetto *et al.*, 2012). Na maioria dos países africanos, o tráfico de medicamentos falsos é frequentemente considerado um simples crime de contrafação (WHO, 2017). Assim, em janeiro de 2020, 7 países africanos (Togo, República do Congo, Senegal, Gana, Gâmbia, Uganda e Níger) assinaram um acordo para harmonizar a ação e a legislação contra o tráfico de medicamentos falsos vindos principalmente da China, Índia e Nigéria, conhecido como a Iniciativa de Lomé (*ibidem*, 2017).

Em conclusão, o lugar dos países do Sul Global na cadeia de valor mundial é bastante diverso, mas, em geral, uma parte significativa de sua população é excluída do acesso aos cuidados de saúde e da compra de medicamentos, especialmente em África. A China e a Índia afirmaram-se no mercado mundial como importantes polos de produção. No entanto, o monopólio do I&D mantém-se nos países do Norte Global, que são, portanto, os principais beneficiários dos TRIPS. Estes acordos proíbem os países do Sul Global de continuarem a produzir legalmente, para os seus próprios mercados, cópias a preços acessíveis de medicamentos patenteados. Isto motiva mercados paralelos de medicamentos que colocam verdadeiros problemas de saúde pública.

### 3.5. Uma situação que se agrava durante a pandemia de COVID-19

Na consequência da pandemia de COVID-19, estima-se que mais de 100 milhões de pessoas retornem a uma situação de pobreza extrema. Esta situação é particularmente alarmante uma vez que, como já foi mencionado, o aumento da pobreza está diretamente correlacionado à degradação das condições de saúde pública (Hotez *et al.*, 2021). Esta situação é agravada pela potencial crise da segurança alimentar, derivada do declínio da produção agrícola e da desaceleração da indústria, consequência do abrandamento das principais economias do mundo (Tilli *et al.*, 2020). Para além disso, os mandatos de distanciamento social resultaram na suspensão dos programas de prevenção e tratamento das DTN e os profissionais de saúde foram redirecionados para outras iniciativas ligadas à COVID-19 (Hotez *et al.*, 2021).

Em janeiro de 2022, o Programa Internacional de Fornecimento Solidário de Vacinas para 145 países de baixo rendimento, a COVAX, apelou a contribuições para fornecer 600 milhões de doses de vacinas contra a COVID-19, poucos dias depois de cruzar a marca de um bilião de doses distribuídas (Bourdillon, 2022). Este programa, liderado pela OMS e pelas redes GAVI e a *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI)<sup>11</sup> que federam Estados e fundações filantrópicas, afirma que para atingir a meta de 70% da população vacinada, seriam necessárias 34 milhões de injeções por semana, ou seja, seis vezes mais do que naquele momento. Devido à resistência da população e a problemas logísticos, apenas um décimo da população africana está totalmente vacinado contra a COVID-19 (*ibidem*, 2022). A COVID-19 é responsável por menos de 1% das mortes no continente, seis vezes menos do que a malária, refletindo as diferentes necessidades de saúde do continente, cujo acesso aos medicamentos é essencial (Hotez *et al.*, 2021). A multiplicação de situações de rutura de *stock*, como resultado da suspensão da cadeia de abastecimento dos princípios ativos provenientes da China, causou um aumento na propagação de doenças evitáveis, como a malária, que antes estava em declínio, mas também se coloca uma dificuldade adicional no controle de epidemias, como as do HIV/SIDA e Ébola (Tilli *et al.*, 2020). Para evitar uma nova crise como esta, os ativistas pedem incentivos para a produção local (Buckholtz, 2022).

---

<sup>11</sup> A CEPI é uma associação sediada na Noruega, cuja missão pretende o desenvolvimento de vacinas a preços acessíveis para os PED

Já antes do surto da pandemia COVID-19, havia preocupações sobre abordagens de saúde pública, com atrasos no diagnóstico e deficiências na gestão clínica de DTN em países não endêmicos. Nestes países, os profissionais de saúde estão pouco cientes dessas doenças, diagnósticos específicos e medicamentos podem não estar disponíveis em muitas instalações. Para além disso, existem poucas diretrizes sobre rastreamento, diagnóstico e tratamento e, quando disponíveis, são mal implementadas (Tilli *et al.* 2020). A pandemia de COVID-19 pode vir a complicar ainda mais a gestão das DTN, especialmente na frágil população de migrantes que tradicionalmente tem acesso mais dificultado aos sistemas de saúde e corre o risco de ser marginalizada ainda mais (*ibidem*, 2020). Os sistemas de saúde pública, que foram despojados de recursos ao longo do tempo, estão agora adicionalmente sobrecarregados e os recursos são redirecionados para enfrentar a situação da COVID-19, resultando em consultas e testes laboratoriais atrasados para outras patologias, para além de que indivíduos não procuram ou adiam a procura de cuidados médicos por medo de serem expostos à COVID-19. Esta situação pode resultar num aumento de problemas de saúde agudos e crónicos provenientes de DTN, com complicações potencialmente graves e irreversíveis (Hotez *et al.*, 2021).

Em conclusão, apesar dos significativos progressos realizados na abordagem e controlo das DTN, a atual pandemia da COVID-19 ameaçou reverter os ganhos obtidos. A pandemia levou a interrupções no sistema de saúde global, incluindo o adiamento de campanhas de administração de medicamentos em massa e na redução de financiamento. No entanto, os compromissos renovados pelas organizações internacionais, órgãos governamentais e atores do setor privado, juntamente com inovações na prestação de cuidados de saúde, oferecem esperança para um mundo livre de DTN. À medida que os sistemas de saúde aprendem a lidar melhor com a COVID-19, vale lembrar que as DTN, embora raras na população em geral, estão desproporcionalmente presentes em bolsas desfavorecidas e excluídas de populações em países de alto rendimento (Tilli, 2020). Se estas populações não forem tidas em conta, existe o risco de que estas doenças se propaguem à população em geral sem que seja precocemente detetada, como foi o caso da *Mpox* em 2022.

### **3.6. Conclusão**

Em conclusão, as DTN constituem uma carga significativa sobre a saúde e o bem-estar económico das populações em países de baixo rendimento. Embora progressos

significativos tenham sido feitos nas últimas décadas, o compromisso e o investimento contínuos são necessários para alcançar o objetivo da OMS de controlar ou eliminar essas doenças até 2030. Além disso, a atual pandemia da COVID-19 demonstrou a necessidade de melhorar os sistemas de saúde, aumentar a cooperação internacional e um foco mais forte na prevenção e preparação para futuros surtos de doenças. Apesar de terem sido feitos progressos para chamar a atenção para as DTN, é preciso fazer mais para priorizá-las na agenda internacional. Um esforço coordenado de governos, organizações não-governamentais e instituições internacionais é necessário para alcançar o objetivo de eliminar as DTN. Além disso, é necessário mais investigação e financiamento para desenvolver tratamentos e métodos de prevenção eficazes. A comunidade global deve abordar essas doenças negligenciadas e melhorar a saúde e o bem-estar dos milhões de indivíduos afetados. Portanto, a ação para priorizar as DTN é essencial para a conquista de um mundo mais saudável e equitativo. A disseminação global destas doenças destaca a necessidade de uma maior colaboração, investimento e pesquisa em países de baixo e médio rendimento. Há também necessidade de abordagens inovadoras que promovam soluções sustentáveis e fortaleçam os sistemas de saúde para construir resiliência. Por isso, a abordagem a estas doenças deve continuar a ser uma prioridade na agenda internacional de saúde. Assim, no capítulo seguinte esta temática é analisada criticamente a partir do estudo de caso desta dissertação, que reflete as dinâmicas anteriormente supracitadas.

## Capítulo 4. Estudo de Caso: a *Mpox*

Neste capítulo é abordado o estudo de caso desta dissertação de mestrado: a resposta internacional ao Surto de *Mpox* de 2022-2023. No capítulo anterior foram tratadas as principais linhas dinâmicas que caracterizam as Doenças Tropicais Negligenciadas. Este capítulo aborda a transformação que a *Mpox* protagonizou, em termos de atenção e importância que lhe foi dada na agenda internacional, sobretudo na Assembleia Mundial de Saúde e na indústria farmacêutica, após anos de negligência.

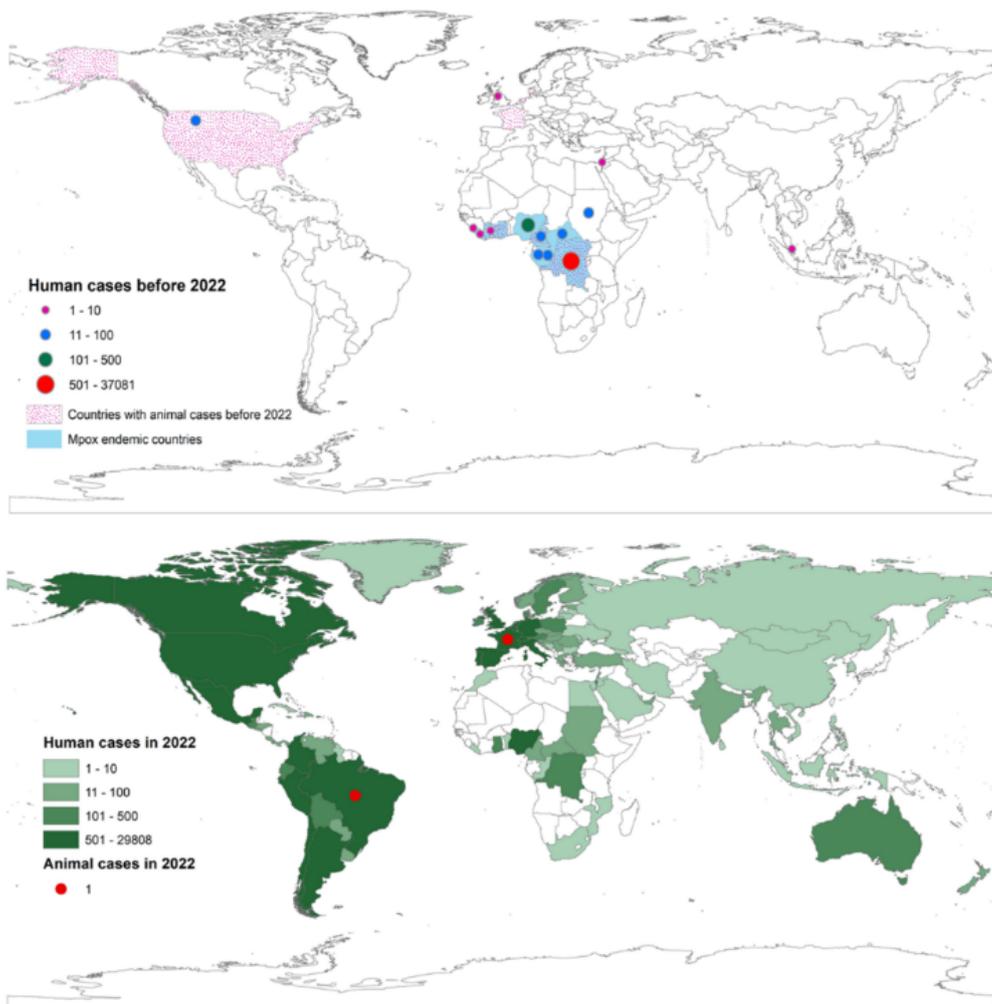
### 4.1. *Mpox*: do que se trata?

A *Mpox*, anteriormente chamada de *monkeypox* ou varíola dos macacos, é uma zoonose causada por um vírus (MPXV) do tipo *Orthopoxvirus*, endêmico na África Ocidental e Central. Existem 2 clades genéticos: clade I, com maior predominância em África Central e geralmente mais virulento, responsável por sintomas mais severos e por uma maior taxa de mortalidade, e clade II, na África Ocidental, menos sintomático e menos mortal (Pan *et al.*, 2023; Antunes *et al.*, 2022; McCollum *et al.*, 2023). A doença foi notícia em todo o mundo devido ao número excepcional de casos relatados pela OMS em regiões que não são endêmicas para o vírus (The Lancet Infectious Diseases, 2022). Em maio de 2022, países como Portugal, Espanha, Canadá, Bélgica, Suécia, Itália, Austrália, França, Alemanha, Estados Unidos da América e Reino Unido tinham reportado um aumento exponencial de casos confirmados em laboratório (OMS, 2022), como ilustrado pelo mapa abaixo (Figura 3). De facto, em poucos meses, os casos de infeção por *Mpox* excederam o número de casos confirmados ou suspeitos ao longo do século XX (Pan *et al.*, 2023). Apesar de uma baixa taxa de fatalidade nestes países, houve uma preocupação acrescida com o surgimento atípico de casos em países onde a doença não havia sido relatada antes e em indivíduos que não tinham historial de viagem para países endêmicos (Antunes *et al.*, 2022). Não esquecendo que as mortes continuam a ocorrer em países endêmicos.

Embora a investigação sobre a origem do atual surto global de *Mpox* ainda não esteja concluída, parece provável que a transmissão viral possa ter começado em eventos públicos lotados em Espanha e na Bélgica (Antunes *et al.*, 2022). Cientistas não apontam que o surto esteja ligado a uma derivação genética do vírus, mas sim a elementos multifatoriais como a cessação da vacinação contra a varíola e a globalização, que mudou

o estilo de vida e aumentou as taxas de viagem (Luna *et al.*, 2022 *in* Tiecco *et al.*, 2023). Precisamente, a impossibilidade de rastrear a origem do surto e por se verificar a transmissão comunitária da infecção, levou a OMS a classificar o surto de *Mpox* como uma “emergência de saúde pública de preocupação internacional”, à semelhança do que tinha acontecido em relação à influenza H1N1 em 2009, à poliomielite em 2014, ao Ébola em 2014 e 2018, ao Zika em 2016, e ao COVID-19 em 2020. Em julho de 2022, a *Task Force* de Emergência da Agência Europeia do Medicamento teve o seu mandato alargado, para não só abranger a gestão da Crise da Pandemia COVID-19, mas também a crise de saúde pública ligada à *Mpox* (EMA, 2022).

Figura 3: Distribuição global de *Mpox*. O mapa global superior mostra os países de distribuição de surtos antes de 2022 e o mapa global inferior mostra os países de distribuição de surtos em 2022



Fonte: Islam *et al.*, 2023: 4.

No entanto, investigadores em países africanos endémicos expressaram consternação pelo que parece ser um padrão duplo óbvio: enquanto a *Mpox* era um problema apenas da África subsaariana, a doença não recebeu atenção, mas assim que os casos começaram a aparecer em países de médio e alto rendimento, a doença passou a ganhar destaque, tanto na comunicação social, como no campo da investigação médica e farmacêutica (*The Lancet Infectious Diseases*, 2022).

A doença foi identificada pela primeira vez em 1958, quando surtos de uma doença semelhante à varíola ocorreram em macacos mantidos para o desenvolvimento de uma vacina para o Pólio no *Statens Serum Institut*, em Copenhaga, Dinamarca, provenientes de Singapura (Pan *et al.*, 2023; Tiecco *et al.*, 2022). O primeiro caso num humano foi relatado em 1970 numa criança de 9 meses na República Democrática do Congo (RDC) (Pan *et al.*, 2023) e, nas últimas cinco décadas, vários países africanos assistiram a vários surtos da doença viral, que ocorre principalmente em partes rurais da África Central e Ocidental, perto de florestas tropicais, em países como Camarões, República Centro-Africana (RCA), RDC, Costa do Marfim, Libéria, Nigéria, República do Congo e Serra Leoa (Shroff, 2022; Antunes *et al.*, 2022; *The Lancet Infectious Diseases*, 2022). Devido ao ressurgimento e ao aumento do número de casos que se tinha vindo a verificar desde 2014, que culminou com um surto da doença na Nigéria em 2017, em 2019, A Estratégia Integrada de Vigilância e Resposta a Doenças na OMS - Região Africana considerou a *Mpox* como uma doença prioritária para notificação imediata e rotineira (McCollum *et al.*, 2023).

Antes do surto de 2022, alguns casos de *Mpox* já tinham sido relatados em outros países africanos fora da zona endémica e em algumas outras partes do mundo, incluindo os Estados Unidos da América, o Reino Unido, Singapura e Israel (Islam *et al.*, 2023). A doença chamou pela primeira vez a atenção do mundo em 2003, quando se registaram 71 casos de pessoas infetadas nos Estados Unidos da América na sequência da importação de esquilos terrestres como animais de estimação do Gana (*ibidem*, 2023). Os casos posteriormente relatados foram geralmente de menor dimensão, e importados de áreas endémicas com origens claras e cadeias de transmissão facilmente rastreáveis e que não desencadearam o contágio comunitário nesses países (Shroff, 2022).

Esta doença viral é transmitida principalmente a pessoas por animais, particularmente roedores, coelhos e macacos. No entanto, o reservatório viral primário ainda não é

conhecido, sendo que estes animais são considerados hospedeiros acidentais (Pan *et al.*, 2023). A contaminação pode acontecer através do contato direto ou com os seus fluidos corporais, como sangue, urina ou fezes, pelo consumo de carne malcozinhada de animais infetados ou pelo seu manuseamento, sobretudo durante a caça, transporte e preparação (Shroff, 2022; Antunes *et al.*, 2022; *The Lancet Infectious Diseases*; 2022). A intensidade do contato animal correlaciona-se com a gravidade das manifestações clínicas. A chamada exposição “complexa”, definida como uma mordida ou arranhão invasivo de um animal infetado, está ligada a sinais pronunciados de doença, com períodos de incubação mais curtos e a uma taxa de hospitalização acrescida (Reynolds *et al.*, 2006 in Tiecco *et al.*, 2022). Os indivíduos infetados raramente apresentam sintomas mais graves, sendo que as complicações em países endêmicos mais comuns incluem: encefalite, infecções bacterianas secundárias da pele, desidratação, conjuntivite, ceratite e pneumonia (Tiecco *et al.*, 2022).

A transmissão entre humanos pode ocorrer através do contato com fluidos corporais, como sangue, gotículas respiratórias ou lesões cutâneas causadas pela doença. Também se pode ser infetado por contato com superfícies contaminadas, como roupas de cama ou roupas usadas por uma pessoa infetada. A doença não é tipicamente transmitida pelo ar, exceto em casos raros em que o vírus é transmitido através de gotículas respiratórias (OMS, 2022; EMA; 2022). No entanto, também existe o risco de ocorrer o contágio vertical, em que a parturiente transmite o vírus à criança durante o parto (Tiecco *et al.*, 2022).

O risco de transmissão entre humanos é geralmente baixo, mas pode ocorrer em situações em que há contato próximo ou íntimo com uma pessoa infetada, como cuidar de um membro da família doente, prestar cuidados de saúde ou ter contacto sexual. A doença é mais infecciosa nos estágios iniciais quando os sintomas são leves e podem ser confundidos com outras doenças comuns. Portanto, é importante tomar precauções ao cuidar de alguém contaminado, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual e a prática de uma boa higiene (OMS, 2022; EMA; 2022). Estas diferenças de contexto justificam as disparidades de mortalidade que a doença regista.

A doença tem uma mortalidade que varia entre 1% e 10%, dependendo de vários fatores, mas em que crianças, mulheres grávidas e indivíduos imunodeprimidos estão mais vulneráveis (Kaler *et al.*, 2022). Uma vez que a vacina contra a varíola fornece proteção

parcial contra a *Mpox*, a sua cessação há mais de 40 anos, quando a varíola foi erradicada, significa que qualquer pessoa com menos de 50 anos já não beneficia desse tipo de proteção cruzada. De facto, os casos recentes em países não endémicos têm estado na faixa etária mais jovem (*The Lancet Infectious Diseases*, 2022). Até ao momento, a estratégia para conter os surtos de *Mpox* tem-se concentrado em educar as pessoas sobre a doença e diagnosticar casos precocemente para reduzir a probabilidade de transmissão do vírus (*ibidem*, 2022).

O facto de a doença ser particularmente endémica em crianças que habitam zonas rurais de florestas tropicais na Bacia do Congo, faz com que a totalidade dos impactos da doença não seja completamente compreendida, pois é impossível estabelecer um número concreto de casos ativos (Pan *et al.*, 2023). Como os autores apontam, o número de casos confirmados provavelmente representa uma pequena proporção do verdadeiro número de infeções, devido à falta de testagem, casos que não são reportados aos serviços de saúde e práticas incompletas de notificação, “devido à escassez de infraestrutura de diagnóstico local, dificuldade de alcançar os pacientes e desafios associados à agitação civil e ao sistema de saúde existente”<sup>12</sup> (*ibidem*, 2023: 2). Para além disso, a tecnologia de diagnóstico disponível e a vontade política de promover a testagem têm um papel determinante nas estatísticas oficiais (McCollum *et al.*, 2023). Assim, a falta de dados confiáveis e a infraestrutura de diagnóstico limitada dificulta os esforços de cooperação e coordenação internacionais para enfrentar os desafios da saúde pública, impedindo uma alocação de recursos mais eficaz pelas organizações internacionais e governos. O compromisso de governos nacionais e atores internacionais para enfrentar a doença, melhorar a infraestrutura de saúde e fortalecer a colaboração pode ter efeitos positivos nas relações internacionais, uma vez que pode captar eficazmente recursos através da cooperação e o apoio da comunidade internacional para enfrentar os desafios no combate à doença. No entanto, quando um surto é registado numa zona de conflito ativo, a doença agrava as tensões existentes ou contribui para a instabilidade social e política, podendo ter implicações para a estabilidade regional e potencialmente impactar as relações internacionais.

No entanto, algumas alterações demográficas foram registadas no último surto que ocorreu em 2017 na Nigéria, em que afetou maioritariamente jovens adultos (entre os 21

---

<sup>12</sup> Tradução livre pela autora

e os 40 anos de idade) do sexo masculino (Tiecco *et al.*, 2022), nos estados do Sul do país, incluindo zonas urbanas, em que os indivíduos apresentavam lesões cutâneas na região genitália, estando potencialmente ligados a redes sexuais de HSH, apesar de esta hipótese não ter sido provada (McCollum *et al.*, 2023). Em consequência da discriminação a que estas comunidades estão sujeitas, “os pacientes podem não fornecer informações sobre possíveis exposições devido a interações sexuais se tais interações forem estigmatizadas ou mesmo criminalizadas”, constituindo um importante fator de dissuasão para que os indivíduos afetados procurem ajuda médica (*ibidem*, 2023: 35).

A ausência de mecanismos regulares e sustentados de vigilância e monitorização permite que a propagação seja silenciosa e passe despercebida, com consequências a nível socioeconómico e geopolítico. Além disso, a emergência de novas zoonoses e o seu potencial de propagação a nível global é algo para o qual é preciso estar-se preparado. Assim, a propagação da *Mpox* em países não endémicos, juntamente com a pandemia da COVID-19, faz requestionar o conceito de segurança da saúde global e os seus princípios fundamentais.

#### **4.2. A *Mpox* nos discursos oficiais da OMS**

Foram detetados 1126 documentos relacionados com a *Mpox* no arquivo da OMS, o *Institutional Repository for Information Sharing* (IRIS). Para efeitos desta dissertação, apenas foram selecionados os relatórios das Assembleias Gerais em que a doença foi mencionada. Conforme os documentos disponíveis, foram utilizadas as transcrições das sessões plenárias ou os registos sumários dos comités. A análise dos relatórios das Assembleias Mundiais de Saúde permite perceber o contexto internacional das discussões em que a *Mpox* foi abordada ao longo da história, desde que foi descoberta. Para além disso, também permite perceber as variações das forças de poder que pautaram o sistema internacional nas últimas cinco décadas. Assim, é possível identificar quais são os interesses preponderantes na agenda internacional, e como estes influenciam a definição do que é ou não uma ameaça, e o que é ou não relevante para que haja investimento, investigação ou políticas específicas. Não obstante, é possível observar a influência do contexto internacional na agenda da saúde global.

Neste sentido, foram tidos em conta os seguintes documentos:

- *Twenty-fifth World Health Assembly, Geneva, 9-26 May 1972: part II: plenary meetings: verbatim records: committees: summary records and reports*
- *Twenty-sixth World Health Assembly, Geneva, 7-23 May 1973: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*
- *Twenty-seventh World Health Assembly, Geneva, 7-23 May 1974: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*
- *Twenty-eighth World Health Assembly, Geneva, 13-30 May 1975: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*
- *World Health Assembly, Geneva, 3-21 May 1976: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*
- *Thirtieth World Health Assembly, Geneva, 2-19 May 1977: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*
- *Thirty-first World Health Assembly, Geneva, 8-24 May 1978: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*
- *Thirty-second World Health Assembly, Geneva, 7-25 May 1979: summary records of committees*
- *Thirty-third World Health Assembly, Geneva, 5-23 May 1980: verbatim records of plenary meetings, reports of committees*
- *Thirty-fourth World Health Assembly, Geneva, 4-22 May 1981: summary records of committees*
- *Thirty-sixth World Health Assembly, Geneva, 2-16 May 1983: verbatim records of plenary meetings, reports of committees*
- *Thirty-eighth World Health Assembly, Geneva, 6-20 May 1985: summary records of committees*
- *Forty-sixth World Health Assembly, Geneva, 3-14 May 1993: verbatim records of plenary meetings*
- *Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17-25 May 1999: summary records of committees and ministerial round tables; reports of committees*
- *Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2003: summary records of committees and round tables, reports of committees*

- *[Fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 22-27 May 2006]: Reports of Committees*
- *Sixtieth World Health Assembly, Geneva, 14-23 May 2007: summary records of committees: reports of committees*
- *Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 16-24 May 2011: summary records of committees; reports of committees; list of participants*
- *Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21-26 May 2012: summary records of committees; reports of committees; list of participants*
- *Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 18-26 May 2015: summary records of committees, reports of committees, list of participants*
- *Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23-28 May 2016: summary records of committees; reports of committees; list of participants*
- *Seventy-first World Health Assembly: Geneva, 21-26 May 2018: summary records of committees, reports of committees*
- *Seventy-second World Health Assembly: Geneva, 20-28 May 2019: summary records of committees; reports of committees*
- *Seventy-fifth World Health Assembly: Geneva, 22-28 May 2022: summary records of committees, reports of committees*

Acresce ainda que foram analisadas a Resolução EB63.R5 de 1979, a Resolução WHA33.4 de 1980 e o artigo “*Human Monkeypox*” (Foster *et al.*, 1972). Em termos de observações gerais, chega-se à conclusão que desde que a *Mpox* foi detetada em humanos, a doença foi mencionada em 26 Assembleias Mundiais de Saúde, entre as 53 realizadas até ao presente. No entanto, até à mais recente, a doença nunca foi abordada enquanto ponto de ordem da agenda independente, estando sempre associada a uma outra temática tida como mais urgente, refletindo a ordem internacional em que a discussão se insere. Durante as décadas de 1970 e 1980, a discussão sobre a *Mpox* estava inserida nos debates acerca do Programa de Erradicação da Varíola, tendo sido mencionada consecutivamente nas Assembleias Mundiais da Saúde entre 1972 e 1981. Apesar de referida mais esporadicamente, a partir das décadas de 1990 e 2000, a questão é abordada no contexto do debate sobre destruição das amostras vivas do vírus da varíola mantidos em laboratório. Apenas na Assembleia Mundial da Saúde Geral de 2022, a *Mpox* foi associada a uma “emergência de saúde pública”.

#### 4.2.1. – Evolução do discurso sobre *Mpox*

Como foi mencionado, as décadas de 1970 e 1980 foram pautadas pelos esforços para a erradicação da varíola. O Programa de Erradicação da Varíola foi um empreendimento massivo, enquadrado pela iniciativa global liderada pela OMS desde 1967, que envolveu um esforço coordenado entre vários países e organizações internacionais. Desde 1980, a varíola continua a ser a única doença na história a ter sido erradicada através de esforços humanos. No entanto, a percepção da perigosidade da *Mpox* foi assumindo níveis diferentes ao longo destas décadas, conforme a ameaça que ela poderia constituir ao sucesso do Programa de Erradicação da Varíola, nunca sendo tratada enquanto uma questão diferenciada. O debate sobre o seu potencial epidémico apenas surge por receio que a *Mpox* pudesse substituir a varíola enquanto problema de saúde pública mundial. Quando se concluiu que isso não seria uma possibilidade, o interesse de investigação e consequente esforço para o seu controlo foi reduzido.

O primeiro artigo que menciona a infeção de humanos pelo vírus MPXV foi publicado em 1972 pelo *Bulletin of the World Health Organization*. Nesse artigo Foster *et al.* (1972) relatam a evolução de 6 casos de *Mpox* detetados no âmbito do programa de vigilância para a erradicação da varíola. Na conclusão, os autores admitem que pesquisa suplementar sobre a doença é necessária, mas afirmam concomitantemente que

a infeção animal pelo vírus da varíola foi considerada como uma possível ameaça ao sucesso da erradicação mundial da varíola. Como a *Monkeypox* é transmitida pelo homem apenas em pequena escala, não pode ser considerada uma ameaça direta à erradicação da varíola. (*ibidem*, 1972: 575)<sup>13</sup>

Nesse mesmo ano, na 25<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde da Saúde Mundial, o representante da Serra Leoa, Dr. Cummings, declara a erradicação da varíola no seu país, mas questiona sobre desenvolvimentos acerca da *Mpox*. Em resposta às suas preocupações, o Diretor do Programa de Erradicação da Varíola, Dr. Henderson, garante que o contágio entre humanos é raro e, portanto, “Acreditava-se, no momento, que a *Monkeypox* não era de interesse mais do que académico” (WHA25, 1972: 375).

Nas Assembleias subsequentes até 1981, as preocupações permaneceram consistentes, entretanto, um novo ponto de interesse emergiu em relação à redução da imunidade devido à suspensão da vacinação em massa contra a varíola, uma vez que esta vacina

---

<sup>13</sup> Tradução livre da autora

proporciona imunização cruzada para a *Mpox*. Portanto, durante este período, os representantes de comissões como do Zaire, Serra Leoa, Moçambique, Zâmbia e RCA advogam que fossem reforçados os mecanismos de vigilância e detecção tanto da varíola como da *Mpox*. Representantes de países como URSS, EUA, e os próprios Diretor Geral e o Diretor do Programa de Erradicação da Varíola apoiam esse pedido por receio que pudesse ser um vetor de transmissão animal e, assim, comprometer os esforços da campanha de erradicação da varíola.

No entanto, os especialistas<sup>14</sup> chegaram à conclusão que são estirpes virais não relacionadas. A propagação da infecção devia-se a elementos ecológicos próprios das regiões da floresta tropical africana, e o contágio entre humanos era residual. Com base nestas informações, promove-se a ideia de que a doença é de pouca importância geral, com baixo perigo epidemiológico. Como o Dr. Henderson, Diretor do Programa de Erradicação da Varíola na altura, garantiu na 29ª Assembleia Mundial da Saúde:

com base no conhecimento atual, pode-se concluir que, mesmo que a *Monkeypox* cause casos isolados de doença no homem, não havia perigo de uma epidemia e nenhum risco de comprometer o sucesso da campanha de erradicação da varíola. (WHA, 1976: 369)<sup>15</sup>

Esta conclusão constituiu um ponto viragem nos esforços práticos em relação à doença viral, em que as recomendações formais não corresponderam à realidade no terreno. Apesar da Resolução EB63.R5, adotada pelo conselho executivo em janeiro de 1979, recomendar a continuação da alocação de fundos para projetos de vigilância e pesquisa até 1985, desaconselha a vacinação em massa, uma vez que os efeitos adversos da vacina seriam mais graves que as manifestações e sequelas da própria doença (Resolução EB63.R5, 1979: 10-11). No entanto, na Assembleia seguinte, em maio do mesmo ano, o representante da comissão de Moçambique, Dr. Cabral, denuncia a ausência de fundos alocados para iniciativas relacionadas à *Mpox*, sendo, portanto, impossível o cumprimento das recomendações da mencionada Resolução (WHA32, 1979: 130). A construção da ideia de postergação da *Mpox* enquanto ameaça à saúde pública foi reforçada pelo discurso do então diretor do Programa de Erradicação da Varíola, Dr.

---

<sup>14</sup> Uma emergência de saúde pública é definida com base nos critérios do regulamento internacional sanitário, os quais incluem: gravidade, propagação internacional e risco de interferência no comércio internacional. Para uma emergência de saúde pública ser declarada é necessário seguir um processo de deliberação entre especialistas e de monitorização contínua dos riscos da doença de forma a evitar medidas de restrição necessárias e que correspondam da doença.

<sup>15</sup> Tradução livre da autora

Arita, em que apesar de mencionar um estudo conjunto entre cientistas da OMS e do Zaire em junho desse ano, afirma que “os especialistas consideraram que a *Monkeypox* não poderia estabelecer ela própria como uma doença perigosa para os seres humanos”<sup>16</sup> (WHA33, 1979: 235).

Em 1980, quando a varíola é considerada como erradicada, a 11ª Sessão Plenária, da 33ª Assembleia Mundial da Saúde de 14 maio 1980, aprovou a resolução WHA33.4. A resolução estabelece 19 recomendações para garantir o sucesso do Programa, entre as quais reconhece a importância da manutenção de programas de vigilância até 1985 (recomendação 11), apoiadas pelos delegados para as Regiões do Pacífico Ocidental e Mediterrâneo Oriental, Dr. Acosta (Filipinas), Dr. Deria (Somália), respetivamente (WHA33, 1980). Apesar deste *momentum*, em que novos programas de vigilância foram apoiados no Zaire, na Serra Leoa, na Costa do Marfim e no Congo, para além de projetos de pesquisa e preparação técnica (WHA34, 1981; WHA36, 1983), rapidamente o corte de fundos foi denunciado.

Em 1985, durante a 38ª Assembleia Mundial da Saúde, o delegado do comité do Zaire, Dr. Luvivila, alertou que o seu país continuava a ser o principal foco endémico, e, portanto, estabeleceu um acordo bilateral com o Japão, afirmando que “foi inquietante notar que não foram atribuídos recursos orçamentais pela OMS ao controlo da *Monkeypox*”<sup>17</sup> (WHA38, 1985: 162). A sua contestação foi apoiada pela delegada da então-Cecoslováquia, Dra. Klivarova, que admite que o orçamento proposto para 1986-1987 não cobriria as despesas para o cumprimento das 19 recomendações da resolução WHA33.4, nem permitiria “prosseguir os estudos ecológicos sobre a propagação da *Monkeypox*”<sup>18</sup> (*ibidem*, 1985: 164).

Em contraste com o período anterior, entre 1993 e 2003, a *Mpox* esteve longe da agenda mediática, sendo que durante as décadas de 1990 e 2000 apenas foi mencionada 3 vezes (na Assembleia de 1993, 1999 e 2003) no âmbito do debate sobre a destruição das amostras de vírus da varíola existentes nos laboratórios dos Estados Unidos da América e da Federação Russa. A questão sobre o que fazer com as amostras mantidas em laboratório é debatida desde 1977 (WHA, 1977). A questão beneficiou os países

---

<sup>16</sup> Tradução livre da autora

<sup>17</sup> Tradução livre da autora

<sup>18</sup> Tradução livre da autora

endêmicos, uma vez que o facto de não se terem encontrado todas as respostas em relação ao vírus da *Mpox* provava que o potencial de pesquisa de tais amostras não se tinha esgotado.

Durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 1999, o delegado da Federação Russa expressou a firme desaprovação em relação à Resolução WHA49.10, que previa a destruição das amostras até junho de 1999. Um dos seus principais argumentos contra o outorgamento do documento foi a impossibilidade de erradicar o surto de *Mpox* na RDC utilizando a “vacina tradicional”, sendo que era necessária mais investigação para encontrar métodos mais eficientes (WHA52, 1999: 81). Usufruidando da oportunidade apresentada pelo argumento da Federação Russa, a delegação da RDC, que continuava a ser o país com mais casos registados, aproveitou para voltar a trazer para consideração a necessidade de investimento em métodos alternativos de tratamento e prevenção da *Mpox* (*ibidem*, 1999). Em 2003, a Federação recuperou o mesmo argumento, considerando a decisão de adiar a destruição das amostras como positiva, uma vez que “foram desenvolvidos métodos laboratoriais para a deteção simultânea dos vírus da varíola, *Monkeypox* e *Cowpox*”<sup>19</sup> (WHA56, 2003: 93).

Estas afirmações revelam que, apesar do interesse em termos de saúde pública ser formalmente recomendado, a falta de fundos demonstra que a investigação sobre a origem do vírus e as suas consequências em humanos não era uma prioridade de investimento financeiro. Fazendo o paralelo com a conjuntura internacional, em que os anos 1980 foram pautados pela crescente globalização, aliada aos ajustamentos estruturais prescritos pelas organizações internacionais, a desvalorização da doença, refletiu-se no corte de fundos destinados à *Mpox*. No entanto, a problemática foi esporadicamente abordada, se, no debate em questão, pudesse servir os interesses de algum ator com maior influência no sistema internacional, no caso da Federação Russa e o seu interesse em adiar a destruição das amostras de vírus da varíola.

Em termos de saúde global, a capacidade de definir o que é ou não importante, afeta desproporcionalmente as populações dos países em desenvolvimento. Porque os seus sistemas de saúde são particularmente mais frágeis, a sua capacidade de trazer as suas questões especiais para o debate internacional é mais reduzida. Por isso, estão

---

<sup>19</sup> Tradução livre da autora

dependentes do apoio de algum ator com maior peso na ordem internacional, pelo que são mais sensíveis às pressões internacionais. O caso da *Mpox* é o exemplo desta dinâmica, uma vez que após se ter concluído que dificilmente ela constituiria uma ameaça para os países desenvolvidos, os fundos que lhe eram destinados foram desviados para outras causas com maior peso mediático.

Se até 2003, a discussão sobre a *Mpox* esteve, de uma forma ou outra, na sombra das problemáticas ligadas à varíola, a partir da 59<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, a doença é abordada enquanto uma temática cada vez mais urgente, em paralelo com os debates sobre a destruição das amostras de vírus da varíola. Durante a Assembleia de 2006, no âmbito da discussão da destruição das amostras de vírus da varíola, a delegação dos Estados Unidos da América alerta para o perigo de amostras não autorizadas e da possibilidade dessas amostras serem utilizadas como armas biológicas (bioterrorismo) (WHA59, 2006). Esta preocupação foi novamente expressa durante a 71<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde (2018), na sequência da síntese *de novo* em laboratório do vírus da *horsepox*, pelo que sugere o desenvolvimento de mecanismos de preparação global e de investigação dos vários *orthopoxvirus*, particularmente o responsável pela *Mpox* (WHA71, 2018: 299).

Em relação ao potencial de pesquisa e desenvolvimento dessas amostras, admitiu que ainda não tinha sido esgotado, pelo que poderia ainda ser útil para respostas a surtos de *Mpox* (WHA59, 2006). Simultaneamente, as delegações de países como Camarões, Congo e Jordânia (enquanto representante dos estados-membros do Mediterrâneo Oriental), tentam captar a atenção para uma situação que se encontra em progressiva degradação nos seus países. Assim, estes comités tentam captar meios tecnológicos e materiais para fazer frente aos sucessivos surtos de *Mpox*, ao mesmo tempo que exigem mais transparência e inclusão nos projetos de investigação relacionados com esta doença (WHA59, 2006). Em 2007, a delegação congoleza reafirmou a sua posição, enquanto o principal afetado, tendo pedido à OMS que “conceda mais recursos à África”<sup>20</sup> (WHA60, 2007: 155).

Durante as 64<sup>a</sup> e 65<sup>a</sup> Assembleias (2011 e 2012, respetivamente), a perda de imunidade cruzada pela vacina contra a varíola das gerações mais novas é de novo trazida

---

<sup>20</sup> Tradução livre da autora

à mesa de negociações. Assim, as delegações da Tanzânia, Etiópia e Libéria apontam o recrudescimento dos surtos de *Mpox* nos países da África Central, que afeta particularmente as faixas etárias com menos de 30 anos. Portanto, defendem que a manutenção das amostras de varíola é vital, desde que haja partilha de informação e transferência de tecnologia com os PED (WHA64, 2011; WHA, 2012). Não obstante, a delegação da Libéria, em representação da Região Africana, advoga para o desenvolvimento de uma rede sólida de vigilância global, e a densificação da rede de *networking* laboratorial para a destruição das amostras de forma realista e planeada (WHA65, 2012: 83). Estes pedidos foram iterados nas Assembleias de 2015, 2016 e 2019 pelos delegados em representação da Região Africana (Serra Leoa, Namíbia e Togo, respetivamente), para além de ter sido requerido maior cooperação a nível de pessoal hospitalar e formação de profissionais de saúde, pois os benefícios da colaboração entre cientistas, permitiria treino para situações semelhantes a um ressurgimento da varíola, dada a semelhança entre os vírus da *Mpox* e o da varíola (WHA68, 2017; WHA69, 2016 e WHA72, 2019). Neste sentido, a delegada da Namíbia, “perante a natureza evolutiva do risco de ressurgimento da varíola, (...) pediu à OMS para investigar o ressurgimento de casos da *Monkeypox* comunicados em África, o que poderia impactar a pesquisa que estava a decorrer”<sup>21</sup> (WHA69, 2016: 77). Não obstante, a delegação do Togo solicitou que “deve ser garantido o acesso aos agentes antivirais disponíveis aprovados para o tratamento da *Monkeypox*”<sup>22</sup>(WHA72, 2019: 282).

Em suma, através dos discursos dos delegados pode-se perceber que a situação dos surtos nos países endémicos encontra-se em progressiva degradação. Mesmo se a nível internacional, a *Mpox* continua a ser virtualmente ignorada, a nível nacional, tem-se noção que já não se trata de uma doença “inofensiva para o humano”. Na realidade, é uma doença que, apesar de não ser mortal, requer cuidados clínicos que os sistemas de saúde destes países não conseguem assegurar. Assim, de certa forma, tentam promover os seus interesses através da oportunidade apresentada pelo debate em curso na agenda internacional. Por isso, tentam captar a atenção para a *Mpox* através da participação no debate sobre a destruição das amostras do vírus da varíola.

---

<sup>21</sup> Tradução livre da autora

<sup>22</sup> Tradução livre da autora

#### 4.2.2. A Mpox enquanto uma emergência de saúde pública a partir de 2022

Se até maio de 2022, o agravamento da situação relativa à *Mpox* apenas afeta alguns países africanos, por altura da 75ª Assembleia Mundial de Saúde, que decorreu entre 22 e 28 de maio, países como o Reino Unido e mais 19 países tinham declarado a deteção de casos. No rescaldo da pandemia de COVID-19, foi aconselhado que se aumentasse a vigilância e que se tomassem medidas para reduzir o risco de propagação. No seu discurso, a Diretora para a Preparação e Prevenção Epidémica e Pandémica reconheceu que “o reservatório animal do vírus da *Monkeypox* ainda era desconhecido, e mais pesquisas seriam necessárias”<sup>23</sup>, incluindo sobre os modos de transmissão. Embora uma série de contramedidas médicas existissem, elas não estavam totalmente licenciadas para a *Monkeypox* e o abastecimento era extremamente limitado. “Esforços deveriam ser feitos para conter o surto em países em que a *Monkeypox* não era endémica”<sup>24</sup>(WHA75, 2022: 29).

Efetivamente, apesar do vírus ser conhecido há cerca de 7 décadas, o seu reservatório primário ainda não é conhecido. Mas rapidamente se mobilizaram recursos para efetuar a necessária pesquisa sobre a variante do vírus que circulava na Europa. No dia 22 de maio 2022, um grupo de investigadores do Departamento de Doenças Infeciosas, do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Lisboa, Portugal) anunciava o sequenciamento genético do vírus responsável pelo surto na Europa (Isidro *et al.*, 2022). Ou seja, apesar de a existência do vírus estar relatada desde 1958 e de se ter conhecimento da possibilidade de contágio entre animal e humano desde 1970, apenas após um alarmante número de casos ser diagnosticado em vários países da Europa em indivíduos não ligados a países endémicos, é que vários centros de investigação científica investiram realmente na compreensão do vírus. Até então a doença era considerada uma doença viral “rara”. No seu artigo publicado no *Bulletin of the World Health Organization*, em outubro de 2022, Vijay Shankar Balakrishnan e Gary Humphreys apontam que a propagação da doença na Europa deve-se aos anos de negligência de que a *Mpox* foi alvo e que “a forma de lidar com essas doenças é fazer o trabalho onde elas são endémicas”<sup>25</sup> (Daniel Bausch *in* Balakrishnan & Humphreys, 2022: 586).

---

<sup>23</sup> Tradução livre da autora

<sup>24</sup> Tradução livre da autora

<sup>25</sup> Tradução livre da autora

A partir de 2022, nota-se um aumento exponencial de artigos científicos publicados sobre a doença e sobre o vírus. Assim, constata-se que, por exemplo, no *Google Scholar*, é possível encontrar 6 000 resultados para artigos publicados em 2021, contra 15 100 artigos apenas no ano de 2022 e 3 110 nos primeiros dois meses de 2023 (até 28 fevereiro 2023). A 11 de maio de 2023, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor da Organização Mundial de Saúde (OMS), em conferência de imprensa em Genebra, declarou o fim do estado de emergência de Saúde Pública para a *Mpox*, em vigor desde julho de 2022, após o registo de menos de 90% dos casos no último trimestre em comparação com o anterior (UN News, 2023). Apesar do término do estado de emergência ter sido declarado, Tedros avisa no seu discurso que “apesar das emergências de *Mpox* e COVID-19 acabarem, a ameaça de ondas ressurgentes permanece para ambos”, pois “ambos os vírus continuam a circular, e ambos continuam a matar”<sup>26</sup>(UN News, 2023: parágrafos 4 e 6).

Este pico de interesse pela doença acontece quando a população afetada por esta se altera, já não estando apenas exclusivamente ligado a populações de países de baixo rendimento. Portanto, o que antes parece ser um vírus cuja propagação está ligada a condições típicas de pobreza extrema, agora o contágio comunitário está a ocorrer em populações jovens de países europeus, ligado a redes sexuais, com um estatuto socioeconómico e reivindicativo superior. Este interesse pelo estudo e compreensão do vírus, apesar dos frutos teóricos, ainda não teve grandes consequências práticas. Apesar do alarmismo da comunicação social, que apresentou a *Mpox* como potencialmente a próxima pandemia (Kaler *et al.*, 2022), não se traduziu a nível farmacológico, uma vez que não houve progressos de remarque.

### **4.3. Implicações na indústria farmacêutica**

Atualmente, não há tratamento ou cura específica para a *Mpox* (OMS, 2022). No entanto, existem medidas que podem gerir os sintomas da doença e prevenir complicações, nomeadamente, o alívio da dor, o controlo da febre e a administração de fluídos para evitar a desidratação (EMA, 2022). Por isso, a prevenção é fundamental para controlar a propagação da infeção. Medicamentos antivirais, como *cidofovir* e *brincidofovir*, mostraram alguma eficácia no tratamento da *Mpox* em estudos com animais e em casos

---

<sup>26</sup> Tradução livre da autora

humanos limitados. No entanto, esses medicamentos não estão amplamente disponíveis e o seu uso no tratamento da *Mpox* ainda é experimental.

O único medicamento legalizado para o tratamento da *Mpox* na Europa e nos Estados Unidos da América é o retroviral *Tecovirimat*, concebido para o tratamento da varíola e da varíola bovina. O medicamento teve autorização para ser utilizado para casos críticos de *Mpox* em julho de 2022, tendo sido adicionado à lista de medicamentos críticos para a gestão da crise de saúde pública ligada ao surto de *Mpox*. Isto implica que a quantidade disponível do medicamento na União Europeia é altamente monitorizada, para prever e evitar qualquer eventual ruptura de *stock*, requerendo que as entidades detentoras das patentes destes medicamentos atualizem regularmente qual o seu nível de *stock* (EMA, 2022). No entanto, vale lembrar que em 2019, durante a 72ª Assembleia Mundial de Saúde, o representante da Região Africana solicitava que os medicamentos necessários para lutar contra a *Mpox* fossem disponibilizados aos países endêmicos. A única vacina disponível para o vírus da *Mpox* é produzida pela *Bavarian Nordic*, comercializada sob o nome de *Jynneos* nos EUA e de *Imavanex* na União Europeia. Concebida para a inoculação contra a varíola, teve a sua lista de recomendações alargada pela Agência Europeia do Medicamento para passar a abranger a *Mpox* em 22 de julho de 2022 (Bavarian Nordic, 2022; EMA, 2022). Por isso, de momento, nenhuma vacina atualmente no mercado foi especialmente concebida para a *Mpox*.

Apesar da *Bavarian Nordic* ser a única a produzir uma vacina eficaz na prevenção da *Mpox*, a empresa não tem uma capacidade de produção muito elevada, sendo improvável que possa produzir uma quantidade suficiente de vacinas para cobrir toda a população em risco de contágio na Europa e nos Estados Unidos da América (Anderson & Fletcher, 2022). Como o próprio CEO, Paul Chaplin, admitiu em entrevista à CNBC, a empresa não tinha planos para produzir a vacina, pelo que rapidamente vendeu todo o seu *stock* ao governo do Reino Unido, acreditando que se tratava de um caso isolado. No entanto,

O telefone começou a tocar e percebemos que estávamos numa situação que não tínhamos visto antes (...). Nós fabricamos outras vacinas e o nosso livro de pedidos estava cheio, mas tivemos que tomar a decisão naquele momento, precisávamos alterar todas as nossas unidades fabris e apenas produzir a *Jynneos*. (Paul Chaplin in Kimball, 2023: paragrafo 23 - 26)<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup>Tradução livre da autora

Como podemos concluir pelas afirmações do CEO da *Bavarian Nordic*, a empresa não tinha intenções de produzir a vacina em quantidades suficientes para cobrir as necessidades dos países endêmicos. A rapidez com que disponibilizou as vacinas ao governo do Reino Unido e com que adaptou o seu plano de produção para cobrir o aumento exponencial da procura em consequência da identificação do surto na Europa e América do Norte não é congruente com a falta de recursos que se faz sentir nos países endêmicos. Assim sendo, a vacina não está disponível para as populações mais jovens dos países de baixo rendimento, que não beneficiaram das campanhas de vacinação em massa dos anos 1980, permanecendo virtualmente desprotegidos.

No entanto, essa continua a não ser uma preocupação da empresa. O único perigo identificado está relacionado com o eventual ressurgimento da varíola, quer por via acidental ou por bioterrorismo (*ibidem*, 2023). Por isso, o CEO reconhece que “Se não fosse *Mpox* mas fosse varíola, estaríamos numa escala completamente errada”<sup>28</sup> (*ibidem*, 2023: paragrafo 3). Ou seja, a varíola poderia constituir uma verdadeira ameaça à ordem global, enquanto a *Mpox* seria um surto acidental insignificante.

Boas notícias em maio de 2022 pareciam vir de alguns laboratórios de biotecnologia, com a *Pfizer* a anunciar que iria explorar a possibilidade de desenvolver vacinas contra a *Mpox* a um nível pré-clínico (Bayer, 2023). No entanto, conforme o ritmo de contágio de *Mpox* na Europa e nos EUA começara a baixar, o plano foi abandonado. A espanhola Moderna também anunciou a sua intenção de desenvolver vacinas contra a doença. No entanto, apesar do CEO, Stéphane Bancel, garantir que os resultados dos testes pré-clínicos serem “fantásticos”, a vacina não era uma prioridade do laboratório e que, portanto, dificilmente sairia para o mercado uma vez que “não seria útil para o planeta”<sup>29</sup>, como anunciou em entrevista à *Fierce Biotech* em janeiro de 2023 (Bayer, 2023: paragrafo 2).

#### **4.4. Populações e realidades contrastantes**

A alteração do discurso relativo à *Mpox* está correlacionada com diferenças de contexto importantes entre os países tradicionalmente endêmicos da doença e os países afetados pelo surto de 2022. De facto, abordar o ciclo vicioso e os desafios relacionados à pobreza do surto de *Mpox* requer entender a relação entre pobreza estrutural e a epidemia, mas

---

<sup>28</sup> Tradução livre da autora

<sup>29</sup> Tradução livre da autora

também é necessário compreender a capacidade de mobilização de recursos e de *agenda-setting*. Para efeitos de comparação, foram elaboradas duas tabelas (Figuras 4 e 5) a partir dos dados disponíveis no Relatório de Desenvolvimento Humano de 2022 do PNUD e pela Empresa de Consultadoria Knoema<sup>30</sup>. Apesar de a pobreza se tratar de um aspeto multidimensional, pretende-se, a partir destas tabelas, visualizar alguns dados quantificáveis que ilustram a extensão da diferença dos contextos analisados.

---

<sup>30</sup> A Knoema é uma empresa privada de tecnologia de dados com sede em Nova York, fundada em 2011 e lançada em 2014, no âmbito de uma colaboração com o Banco Africano de Desenvolvimento para desenvolver a partilha de dados no continente africano.

Figura 4: Indicadores dos países endêmicos

| Países endêmicos   | IDH - 2021   | IDHAD - 2021 | Índice de Pobreza Multidimensional |                             | Coeficiente de GINI | Em conflito ativo? | Dados de Saúde         |                         |                      |
|--------------------|--------------|--------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
|                    |              |              | Contagem pessoas (%)               | Intensidade da Privação (%) |                     |                    | Despesas saúde (% PIB) | Médicos 1000 habitantes | Esperança M. de Vida |
| RDC                | 0,479        | 0,341        | 64,5                               | 51,3                        | 42,1(2012)          | Sim                | 4,1 (2019)             | 0,4 (2018)              | 59,2 (2019)          |
| Nigéria            | 0,535        | 0,341        | 46,4                               | 54,8                        | 35,1 (2018)         | Sim                | 3,4 (2020)             | 0,4 (2018)              | 52,7 (2017)          |
| Camarões           | 0,576        | 0,393        | 43,6                               | 53,2                        | 46,6 (2014)         | Sim                | 3,8 (2020)             | 0,1 (2018)              | 60,3 (2021)          |
| RCA                | 0,404        | 0,24         | 80,4                               | 57,4                        | 56,2 (2008)         | Sim                | 9,4 (2020)             | 0,1 (2018)              | 53,9 (2021)          |
| Costa do Marfim    | 0,55         | 0,358        | 46,1                               | 51,2                        | 37,2 (2018)         | Em transição       | 3,7 (2020)             | 0,2 (2018)              | 58,6 (2012)          |
| Libéria            | 0,481        | 0,33         | 52,3                               | 49,6                        | 35,3 (2016)         | Em transição       | 9,5 (2020)             | 0,1 (2018)              | 60,7 (2021)          |
| República do Congo | 0,571        | 0,432        | 24,3                               | 46                          | 48,9 (2011)         | Sim                | 4,5 (2020)             | 0,1 (2018)              | 63,5 (2021)          |
| Serra Leoa         | 0,477        | 0,309        | 59,2                               | 49,5                        | 37,7 (2018)         | Em transição       | 8,8 (2020)             | 0,1 (2018)              | 60,1 (2021)          |
| <b>Média</b>       | <b>0,509</b> | <b>0,343</b> | <b>52,1</b>                        | <b>51,625</b>               | <b>42,4</b>         | -                  | <b>5,9</b>             | <b>0,2</b>              | <b>58,6</b>          |

Figura 5: Indicadores países afetados pelo surto de 2022

| Países afetados pelo surto de 2022 | IDH - 2021   | IDHAD-2021  | Coeficiente de GINI | Dados de Saúde            |                         |                      |
|------------------------------------|--------------|-------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
|                                    |              |             |                     | Despesas de saúde (% PIB) | Médicos/1000 habitantes | Esperança M. de Vida |
| Portugal                           | 0,866        | 0,773       | 32,8 (2019)         | 11,2 (2021)               | 5,5 (2019)              | 81,1 (2021)          |
| Espanha                            | 0,905        | 0,788       | 34,3 (2019)         | 10,7 (2020)               | 4,4 (2019)              | 83,2 (2021)          |
| Bélgica                            | 0,937        | 0,874       | 27,2 (2019)         | 11,1 (2020)               | 3,1 (2019)              | 81,9 (2021)          |
| Suécia                             | 0,947        | 0,885       | 29,3 (2019)         | 11,3 (2021)               | 4,4 (2019)              | 83,2 (2021)          |
| Itália                             | 0,895        | 0,791       | 35,2 (2018)         | 9,5 (2021)                | 3,9 (2020)              | 82,8 (2021)          |
| França                             | 0,903        | 0,788       | 32,4 (2018)         | 12,2 (2020)               | 3,3 (2019)              | 82,3 (2021)          |
| Alemanha                           | 0,942        | 0,833       | 31,7 (2018)         | 12,8 (2021)               | 4,4 (2020)              | 80,9 (2021)          |
| Reino Unido                        | 0,929        | 0,85        | 35,1 (2017)         | 11,9 (2021)               | 3,0 (2020)              | 80,7 (2021)          |
| Estados Unidos                     | 0,921        | 0,819       | 41,5 (2017)         | 18,8 (2020)               | 2,6 (2018)              | 76,3 (2021)          |
| Canadá                             | 0,936        | 0,86        | 33,3 (2017)         | 11,7 (2021)               | 2,4 (2019)              | 82,6 (2021)          |
| Austrália                          | 0,951        | 0,876       | 34,3 (2017)         | 10,6 (2020)               | 4,1 (2020)              | 83,3 (2021)          |
| <b>Média</b>                       | <b>0,921</b> | <b>0,83</b> | <b>33,4</b>         | <b>11,9</b>               | <b>3,7</b>              | <b>81,7</b>          |

Introduzido em 1990 pelo PNUD, o IDH pretende aferir os níveis de desenvolvimento de diferentes países de forma mais compreensiva e holística em comparação com os indicadores existentes até então, levando em consideração vários elementos ligados ao nível de vida, saúde e educação. Assim, verifica-se que os países endêmicos têm em média um nível de IDH de 0,5, contrastando com os países afetados em 2022, os quais têm um IDH médio de 0,9. Apesar do IDH não ser capaz de captar a totalidade dos aspetos que influenciam a repentina relevância que a *Mpox* protagonizou, pode dar algumas pistas significativas. O IDH não determina diretamente o poder político de um país no sentido tradicional, mas pode ter implicações indiretas na dinâmica de poder nas suas relações internacionais. O IDH de um país afeta a sua influência global e as interações com outros Estados, em última análise, influenciando a política de poder dentro do sistema internacional. Para além disso, países com maiores níveis de IDH fruem de uma autoridade normativa, que lhes propicia uma vantagem comparativa em termos de *agenda setting* a nível internacional. Ou seja, para que seja considerado uma prioridade, o assunto tem que ser sancionado. Ao ser frequentemente utilizado para decidir pelos países doadores e organizações internacionais sobre a alocação de recursos destinados à ajuda pública ao desenvolvimento, os países com menores níveis de IDH podem-se encontrar dependentes de atores externos.

Precisamente, e até 2022, a *Mpox* não representou uma prioridade para estes países. Apesar do seu aumento desde 2014, o risco de propagação para os países desenvolvidos era bastante reduzido. Ao contrário de doenças como a pólio ou o ébola, altamente epidémicas, o contágio da *Mpox* estava ligado a elementos bastante específicos da ecologia dos países endêmicos, sendo que o contágio entre humanos era raro. No entanto, uma vez que a doença se associou a redes sexuais específicas, e atingiu os países desenvolvidos, foi posta a descoberto uma realidade que estava a ser ignorada desde os anos 1970.

Outro aspeto importante são as diferenças em relação ao investimento feito no setor de saúde. A desproporção das despesas em saúde (em percentagem do PIB) é evidente. Enquanto os países afetados pelo surto de 2022 têm despesas em média a rondar os 11,98% dos respetivos PIB, nos países endêmicos esse valor quase não ultrapassa os 5,9%. Tais níveis de despesa consideravelmente baixos, estando maioritariamente dependentes de doações, não estimula a produção de medicação e vacinas específicas para

as questões de saúde pública que afetam estes países. A não expectativa de procura explica, de certa forma, os baixos níveis de reservas de vacinas que a *Bavarian Nordic*, a única empresa que produz a vacina eficaz na prevenção da *Mpox*, e a rapidez com que disponibilizou a totalidade do seu *stock* ao Reino Unido, como mencionado na entrevista à CNBC (Kimball, 2023).

Em países de baixo rendimento, onde serviços de saúde não estão acessíveis a uma larga escala e, portanto, o cuidado à pessoa doente é assegurado pela sua rede familiar, e a qualidade das infraestruturas sanitárias básicas, como a água potável, são questionáveis, o cumprimento das recomendações de proteção profilática é particularmente desafiante (OMS, 2022). Como se pode verificar através dos dados das tabelas acima, os países endêmicos têm em média 0,2 médicos por cada mil habitantes, um valor claramente inferior às recomendações de saúde pública da OMS, que sugere um mínimo de 2,3 médicos por cada mil habitantes (OMS, s.d.). Além disso, a infraestrutura precária na área de saúde, a falta de instalações de isolamento e os recursos limitados para diagnóstico e tratamento de casos suspeitos com resultados negativos podem levar à transmissão para uma pessoa saudável (Islam *et al.*, 2023). Não obstante, a ocorrência de vários surtos nosocomiais (em meio hospitalar) sugerem que os profissionais de saúde são um grupo de alto risco para o *Mpox* devido à confirmação incorreta ou atrasada de casos e à falta ou uso inadequado de equipamentos de proteção individual (*ibidem*, 2023).

A sindemia entre a *Mpox* e a desnutrição omnipresente nos países endêmicos está ligada a expansões rápidas da ocupação humana, às mudanças climáticas, e à intensificação da produção pecuária que amplia as ameaças de surtos de patogénicos zoonóticos que afeta particularmente grupos vulneráveis e marginalizados na África e em outros países de baixo rendimento (Kaler *et al.*, 2022). De facto, até 2017, a maioria dos casos reportados foram localizados em zonas rurais, onde as populações dependem da carne de animais selvagens como fonte de proteína (McCollum *et al.*, 2023), particularmente em pequenas aldeias que fazem fronteira com as florestas (Islam *et al.*, 2023). Não obstante, dadas as pobres condições de habitação, “uma criança infetada é provável que passe e espalhe a infeção para os seus irmãos posteriormente devido ao contacto próximo no ambiente doméstico” (*ibidem*, 2023: 1). Acresce ainda que a desflorestação, as migrações e os conflitos violentos propiciam o contacto entre as populações humanas e a vida selvagem, que se está a tornar cada vez mais comum. Essa proximidade favorece a disseminação de

patogénicos zoonóticos (Tambo & Al-Nazawi, 2022). Estas áreas endémicas sofreram alterações geográficas e ambientais dramáticas nos últimos 30 a 40 anos, principalmente devido à expansão da população humana, à desflorestação contínua, à extensão agrícola, à urbanização e às alterações climáticas. Tais mudanças alteram a dinâmica das interações humanas e animais, onde os animais se encontram infiltrados nas relações das populações humanas. Por exemplo, a presença de esquilos em áreas de produção de óleo de palma, a principal fonte de alimento para os esquilos, é significativamente importante como fator de risco (Islam *et al.*, 2023).

Para além destes aspetos, a presença de um conflito armado também pode ser um fator agravante. Cinco dos países endémicos têm um conflito civil armado em curso, sendo que os restantes três estão em fase de transição de um conflito violento há menos de 20 anos. Nesses casos, apesar de teoricamente o conflito já não estar ativo, ainda existem marcas profundas na sociedade. A existência de atores concorrentes, a impossibilidade do Estado controlar a totalidade do seu território e o ambiente de insegurança e violência generalizada não só interrompem a distribuição de serviços de saúde, como também dificultam a implementação de novas instalações de saúde. Controlar surtos em zonas de conflito violento é, por si só, bastante complicado. Mas quando profissionais de saúde se tornam alvo de violência, torna-se uma tarefa quase impossível. Apesar de não haver estudos específicos para a *Mpox*, o artigo sobre a propagação do vírus da Ébola no Congo, de Chapwanya *et al.* (2022), chega à conclusão que um contexto de conflito armado, não só causa a interrupção da distribuição de serviços de saúde e testagem, mas também propicia o contacto com vetores transmissores. Não obstante, um contexto de violência generalizada, quer seja de conflito armado ou de agitação civil intenso obriga a que algumas comunidades sejam forçadas a fugir ou a abandonar as suas casas ou locais de residência habitual. Estas populações deslocadas são muitas vezes forçadas a encontrar refúgio em zonas de densa floresta tropical. Para além de potenciar o contacto com fluídos de animais infetados, a dieta destas populações baseia-se na carne de animais selvagens que consigam caçar, que muitas vezes não é devidamente cozinhada. Assim, a situação de conflito, para além de dificultar ou impossibilitar a distribuição de serviços de saúde, potencia o contacto com os vetores de transmissão, impossibilitando que sejam postas em prática medidas para controlar e extinguir o surto. A posição relativamente remota destas populações em comparação aos centros de decisão política, para além da sua dificuldade em mobilizar recursos, tanto económicos como culturais, amputa determinadamente a

sua capacidade em influenciar a tomada de decisão e de mediatizar as suas questões tanto a nível nacional quanto nacional.

O coeficiente de Gini é um indicador usado para demonstrar a distribuição da riqueza dentro de uma sociedade. O coeficiente varia de 0 a 1, onde 0 representa igualdade perfeita (todos têm o mesmo rendimento) e 1 representa desigualdade máxima (uma pessoa tem toda a riqueza). Existe uma relação entre o coeficiente de Gini e a distribuição do poder político, embora não seja direta ou determinista, uma vez que a desigualdade de rendimento pode ter implicações na dinâmica do poder político, e a dinâmica do poder político pode, por sua vez, influenciar a desigualdade. Em sociedades com altos níveis de desigualdade de rendimento, aqueles com mais riqueza e recursos têm maior acesso ao poder político e maior capacidade de influenciar os processos de tomada de decisão, ao moldar as políticas e exercer influência sobre as instituições governamentais. Isso pode resultar em uma concentração de poder político entre os indivíduos ou grupos ricos ou influentes, potencialmente levando a políticas que favoreçam seus interesses. No entanto, dado que a doença é mais comum nas camadas mais pobres dos países endémicos, estas comunidades encontram-se em desvantagem comparativa. Ao serem incapazes de mobilizar os recursos necessários, não são capazes de trazer as suas questões para a agenda política nacional e internacional.

Pelo contrário, o coeficiente de Gini dos países afetados pelo surto de 2022 é muito mais baixo. Este aspeto significa que, apesar de continuarem a existir desigualdades acentuadas intranacionais, a riqueza está, comparativamente, mais distribuída pela sociedade. De facto, após o registo dos primeiros casos, os governos nacionais foram compelidos a tomarem medidas de controlo.

#### **4.5. Conclusão**

Em suma, constata-se uma alteração da forma como a doença é percecionada a nível internacional. Até ao surto de 2022, a infeção era considerada uma doença viral “rara”, sem grande impacto e à qual não era dada grande importância, quer pela indústria farmacêutica quer pela comunicação social. Ao contrário de doenças como a Malária ou a Tuberculose, a *Mpox* não tinha nenhuma associação de vítimas ou algum mecanismo organizado de reivindicação. A negligência a que a doença foi alvo pode-se justificar, não só pela improbabilidade de contágio, como pelo facto de ser relativamente fácil de tratar

num contexto de um país de alto rendimento. No entanto, medidas básicas de higiene, como, por exemplo, lavar as mãos com sabão, não é tão fácil de assegurar em comunidades devastadas pela pobreza extrema e pelo conflito. Por último, a capacidade de aquisição e aprovisionamento de medicamentos e vacinas pela Europa e pelos Estados Unidos da América não é comparável àquela dos países endêmicos. Os primeiros têm mais facilidade em desbloquear verbas e têm sistemas centralizados de distribuição que podem assegurar que estas substâncias cheguem a quem precisa. Pelo contrário, países como, por exemplo, o Congo, estão mais dependentes de doações e de voluntários.

## Conclusão

A segurança da saúde tem sido estabelecida como um pilar central para a segurança nacional ao longo da história. Mais recentemente, nos últimos anos, começou-se a reconhecer que a segurança da saúde é mais do que uma preocupação nacional - é uma questão global que afeta não apenas os países, mas também uma série de indústrias nacionais e corporações internacionais. Isto ilustra a crescente ligação entre a política interna e a política externa. Nas últimas décadas, as abordagens globais de saúde pública concentraram-se sobretudo no controlo de doenças, cuidados, prevenção e pesquisa e monitoramento. Numa era de globalização e mudanças geopolíticas, novas dimensões dos vínculos entre saúde e segurança vão surgindo. Todos os países, independentemente do seu nível de desenvolvimento, enfrentam riscos sistémicos, como surtos de doenças, com potencial de impacto muito significativo na saúde e nas relações internacionais.

A cooperação internacional promove e capacita não apenas questões de saúde, mas também questões que afetam a saúde, como nutrição e acesso a medicamentos e tecnologias. A diplomacia da saúde global pode aumentar a conscientização de que a saúde não é apenas uma questão nacional, mas tem muitas dimensões globais e transfronteiriças, e pode contribuir significativamente para o bem-estar das populações em todo o mundo. De facto, muitos desafios da saúde do século XXI exigem soluções políticas e não apenas técnicas. No entanto, consolidação da diplomacia da saúde global depende de uma liderança forte e de um compromisso político que posicione a saúde no topo da agenda política e da agenda de desenvolvimento. Pode incluir chefes de governo, fundamentais para levar as questões de saúde para o debate internacional, ajudando a definir a agenda e os objetivos estratégicos, disponibilizando espaço e recursos políticos.

No entanto, este processo nem sempre é linear. Como foi possível verificar, nem todos os Estados têm o mesmo peso e a mesma capacidade definir a agenda internacional. Neste sentido, os PED, ou países de baixo rendimento, têm uma maior dificuldade de trazer as suas questões para o debate público e têm menor capacidade de negociação. Apesar de, num modo geral, sofrerem de elevadas desigualdades internas e de sistemas de saúde na falência, a saúde não parece ser uma problemática prioritária, uma dinâmica que as DTN exemplificam.

De facto, estas doenças afetam particularmente as populações mais pobres e marginalizadas destes países, cujo poder de compra e de influenciar a agenda política é reduzido. Sendo consideradas “doenças da pobreza”, estão associadas a condições de habitação inadequadas, insegurança alimentar, falta de saneamento e de acesso a água potável. Assim, estas infeções propagam-se pela contaminação dos solos e das fontes de água, vetores animais e contacto com alguém infetado. No entanto, devido à sua raridade nos países desenvolvidos e devido à insolubilidade dos mercados nos PED, muitas destas doenças não são uma prioridade para a comunidade internacional. Apesar de alguns projetos financiados por organizações internacionais, ONG e fundações filantrópicas, o sistema de saúde destes países continua extremamente frágil e o acesso aos tratamentos necessários continua a ser um desafio, tanto pela indisponibilidade financeira como pela mera inexistência. A sua invisibilidade, de um ponto de vista construtivista, pode ser justificada pelo facto de que estas populações têm dificuldade em mobilizar recursos, tanto materiais como discursivos para poder alterar as normas vigentes e melhorar a sua situação. Assim, não é possível constituir as DTN enquanto uma prioridade na agenda internacional.

No entanto, a persistência desta negligência tem consequências. As crescentes globalização e interconectividade das diferentes regiões do mundo promovem a propagação das doenças fora das suas zonas endémicas, como o caso do surto de *Mpox* na Europa e na América do Norte. Como uma DTN, a *Mpox* era uma doença viral em várias populações que habitam na região da floresta tropical africana, num contexto pautado pela pobreza, falta de cuidados básicos de saúde e de sistemas de vigilância eficientes. Apesar do contágio entre humanos ser limitado, a sua propagação estava ligada a insegurança alimentar prevalente. A infeção era facilmente propagada através do contacto com os fluídos corporais de animais infetados, muitas vezes caçados nas zonas florestais e destinados ao consumo. No entanto, perante as alterações dos padrões de contágio da doença a nível internacional, motivou um aumento exponencial do interesse internacional na doença. No rescaldo da pandemia do COVID-19, foram rapidamente aplicadas diferentes medidas de contenção e prevenção do contágio, assim como vários estudos laboratoriais ao vírus. Para explicar este fenómeno, é possível utilizar os princípios da teoria construtivista das RI, através da análise crítica de discurso. Dada a relação entre discurso e poder segundo a teoria construtivista, e os seus mecanismos de correlação, é possível entender a relativização que a *Mpox* foi alvo no sistema

internacional. Enquanto definidor de normas que moldam a ação dos estados, o discurso é um importante fator a ter em conta. Através dele, é possível detetar as ideias subjacentes, assim como a distribuição de poder no sistema internacional.

De facto, vários indicadores utilizados demonstram a posição desfavorável dos países endémicos. Por não usufruírem do mesmo respeito e autoridade, encontram-se em desvantagem quando tentam alertar para os perigos do aumento dos surtos de *Mpox* que tinham vindo a ser registados nos seus países. Isto implica que não tenham a mesma capacidade para mobilizar os recursos necessários para alterar as normas e ideias que moldam a ação e a tomada de decisões no seio do sistema internacional. Como foi possível verificar pela evolução do contexto da *Mpox* nos debates na Assembleia Mundial da Saúde, ele esteve quase sempre associado às problemáticas da varíola (tanto no Programa de Erradicação ou no debate sobre a destruição das amostras do vírus). No entanto, à medida que ela provou ser de cada vez menos importância para os países do Norte Global, ela foi progressivamente ignorada. Apesar de ocasionalmente mencionada, não foram tomadas medidas concretas a nível prático. Esta dinâmica é motivada pelas diferenças fundamentais entre os países endémicos e os países afetados pelo surto de 2022.

Dessa maneira, a pesquisa demonstrou que a posição da OMS e de outros atores se alterou em relação à *Mpox* na sequência do seu surto em países europeus e da América do Norte devido às alterações no padrão de propagação da doença. Ao afetar populações de países desenvolvidos, com maior capacidade de influenciar a agenda internacional, a *Mpox* foi considerada uma “urgência de saúde pública”. Este facto não demonstra apenas a capacidade destes países de mobilizar os recursos necessários a nível internacional, mas também a pressão interna a que estão sujeitos. No entanto, as temáticas sobre saúde global estão relativamente pouco exploradas na disciplina das RI, nomeadamente as questões sobre as DTN e os seus vários níveis de impacto, tanto social como internacionalmente. Apesar do empenho da OMS e de algumas organizações internacionais e de alguns avanços que se têm verificado, sem um entendimento claro e sistemático sobre estas doenças, não será possível cumprir as metas dos ODS de erradicar todas as DTN até 2030, nem será possível garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade a estas populações.

## Referências Bibliográficas

- Abecassis, P., & Coutinet, N. (2019). Marché mondial du médicament : une forte dichotomie Nord/Sud. *Aerion24 News - MAGAZINE DIPLOMATIE*. URL: <https://www.aerion24.news/2019/04/01/marche-mondial-du-medicament-une-forte-dichotomie-nord-sud/>
- Adams, V., Novotny, T. E., & Leslie, H. (2008). Global Health Diplomacy. *Medical Anthropology*, 27(4), 315–323. <https://doi.org/10.1080/01459740802427067>
- Adler, E. (1997). Seizing the middle ground: Constructivism in world politics. *European Journal of International Relations*, 3(3), 319-363.
- Aginam, O. (2005). *Global Health Governance: International Law and Public Health in a Divided World*. University of Toronto Press.
- Alden, C., Morphet, S., & Vieira, M. (2010). *The South in World Politics*. Springer.
- Almeida, C. (2010). Global Health Diplomacy: A Theoretical and Analytical Review. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-25>.
- Anderson, Stefan; Fletcher, Elaine Ruth (2022, julho 31) *Exclusive: Closure Of World's Only Manufacturing Plant For Monkeypox Vaccine Raises Questions About World's Ability To Meet Rising Demand - Health Policy Watch*. (2022, julho 31). <https://healthpolicy-watch.news/exclusive-china-monkeypox-bavarian-nordics/>
- Antunes, F., Cordeiro, R., & Virgolino, A. (2022). Monkeypox: From A Neglected Tropical Disease to a Public Health Threat. *Infectious Disease Reports*, 14(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.3390/idr14050079>
- Atkinson, A. (1991). *Principles of Political Ecology*. Belhaven Press.
- Australian Institute of Health and Welfare. (s.d.). *Burden of disease Glossary*. Australian Institute of Health and Welfare. <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/burden-of-disease/glossary>
- Baer, H. A., & Singer, M. (2009). “Introduction”. In *Global Warming and the Political Ecology of Health: Emerging Crises and Systemic Solutions*. AltaMira Press.
- Barnett, M., & Finnemore, M. (1999). The Politics, Power, and Pathologies of International Organizations. *International Organization*, 53(4), 699-732.
- Barros, Marinana Andrade. (2017). “O Estado pós-Positivista: Uma análise a Partir Das Perspectivas Construtivista E pós-Estruturalista Das Relações Internacionais”. *Estudos Internacionais: Revista De relações Internacionais Da PUC Minas* 5 (1), 5-24. <https://doi.org/10.5752/P.2317-773X.2017v5n1p5>.
- Bavarian Nordic. (2022). “Bavarian Nordic Receives European Approval Of Extension Of Vaccine Label To Include Monkeypox”. *News*. <https://www.bavarian-nordic.com/investor/news/news.aspx?news=6595>
- Bayer, M. (2022). *Moderna tunes vaccine platform to next potential viral threat: Monkeypox*. Fierce Biotech. <https://www.fiercebiotech.com/biotech/moderna-throws-its-hat-monkeypox-vaccine-ring-global-health-officials-alert>
- Bayer, M. (2023, janeiro 4). *Moderna CEO: Mpox vaccine development is not a high priority*. Obtido 14 de março de 2023, de <https://www.fiercebiotech.com/biotech/moderna-ceo-says-mpox-vaccine-data-fantastic-development-not-high-priority>

- BayerJan 4, M., & 2023 09:49am. (2023). *Moderna CEO says mpox vaccine is «fantastic.» It may never see the market.* Fierce Biotech.  
<https://www.fiercebiotech.com/biotech/moderna-ceo-says-mpox-vaccine-data-fantastic-development-not-high-priority>
- Birn, A.-E., Pillay, Y., & Holtz, T. H. (2017). *Textbook of Global Health.* Oxford University Press.
- Boidin, B. (2015). « La santé dans une conception élargie : quelles perspectives après les Objectifs du Millénaire pour le développement ? », *Mondes en développement*, 2, n° 170, 7-19.
- Booth, M. (2018). Chapter Three—Climate Change and the Neglected Tropical Diseases. Em D. Rollinson & J. R. Stothard (Eds.), *Advances in Parasitology* (Vol. 100, pp. 39–126). Academic Press.  
<https://doi.org/10.1016/bs.apar.2018.02.001>
- Bourdillon, Y. (2022). Vaccination des pays pauvres: le programme Covax en quête de 5 milliards de dollars. *Les Echos.* <https://www.lesechos.fr/monde/afrique-moyen-orient/vaccination-des-pays-pauvres-le-programme-covax-en-quete-de-5-milliards-de-dollars-1380362>.
- Buckholtz, A. (2022). La production pharmaceutique locale : une chance pour l’Afrique. *International Finance Corporation Insights.*  
[https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/news\\_ext\\_content/ifc\\_external\\_corporate\\_site/news+and+events/news/insights/afrika-local-pharma-production-fr](https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/news_ext_content/ifc_external_corporate_site/news+and+events/news/insights/afrika-local-pharma-production-fr).
- Burchell, J. (Ed.). (2020). *The Corporate Social Responsibility Reader.* Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781003060857>
- Buse, K., Brown, G. W., & Garret, L. (2017). *Advancing the global health agenda: Lessons from governance.* London, UK: Palgrave Macmillan.
- Buzan, B., Wæver, O., & de Wilde, J. (1998). *Security: A new framework for analysis.* Lynne Rienner Publishers.
- Campbell, D. (1998). *Writing Security: United States Foreign Policy and the Politics of Identity.* University of Minnesota Press.
- Chapwanya, M., Lubuma, J., Terefe, Y., & Tsanou, B. (2022). Analysis of War and Conflict Effect on the Transmission Dynamics of the Tenth Ebola Outbreak in the Democratic Republic of Congo. *Bulletin of Mathematical Biology*, 84(12), 136.  
<https://doi.org/10.1007/s11538-022-01094-4>
- Checkel, J. T. (1998). The Constructivist Turn in International Relations Theory. *World Politics*, 50(2), 324-348.
- Cohen, J.P., Sturgeon, G. & Cohen, A. (2014). Measuring Progress in Neglected Disease Drug Development. *Clinical Therapeutics*; 36 (7): 1037-1042.  
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2014.05.004>
- Collins, T. (2003). Globalization, global health, and access to healthcare. *The International Journal of Health Planning and Management*, 18(2), 97–104.  
<https://doi.org/10.1002/hpm.698>
- Conteh, L., Engels, T., & Molyneux, D. H. (2010). Socioeconomic aspects of neglected tropical diseases. *The Lancet*, 375(9710), 239–247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61422-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61422-7)
- David, P.-M., (2011). « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international?», *Socio-logos*, 6, : <http://journals.openedition.org/socio-logos/2550>
- Davies, S. E., & Kamradt-Scott, A. (2015). The securitisation of HIV in Africa: A critical analysis. *African Affairs*, 114(454), 1-21.

- Dawes, D. E. (2020). *The Political Determinants of Health*. JHU Press.
- Deacon, B., Macovei, M.C., Van Langenhove, L., & Yeates, N. (Eds.). (2009). *World-Regional Social Policy and Global Governance: New research and policy agendas in Africa, Asia, Europe and Latin America (1st ed.)*. Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9780203866504>.
- Dignat, E. (2020), «Covid-10 : la responsabilité globale des Etats», *CERI*, Sciences Po,  
<https://www.sciencespo.fr/cei/fr/content/de-l-interet-national-la-responsabilite-globale-des-etats>
- Downs, P., Bush, S., Bannerman, R., Blair, L., D’Souza, S., Ekpo, U., Gyapong, M., Kar, K., Kelly-Hope, L., Mabey, D., Mante, S., Tate, A., Velleman, Y., & Molyneux, D. (2022). Neglected tropical disease elimination is a relay race – let’s not drop the baton. *International Health*, 14(Supplement\_2), ii1–ii6.  
<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihab094>
- Drezner, D. (2021). Power and International Relations: A temporal view. *European Journal of International Relations*, 27(1), 29–52.  
<https://doi.org/10.1177/1354066120969800>
- EB63/48 (1979). Executive Board Sixty-Third Session - Resolutions And Decisions; Annexes. *World Health Organization*
- EMA. (2022). *Mpox (monkeypox)*. European Medicines Agency.  
<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/mpox-monkeypox>
- Engels, D. (2016). Neglected tropical diseases in the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 387(10015), 223–224. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00043-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00043-X)
- Engels, D., & Zhou, X.-N. (2020). Neglected tropical diseases: An effective global response to local poverty-related disease priorities. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-0630-9>
- Fairclough, N., & Melo, I. (2012). Análise Crítica do Discurso como método em pesquisa social científica. *Linha D’Água*, 25, 307.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2236-4242.v25i2p307-329>
- Fenner, F., Henderson, D. A., Arita, I., Jezek, Z., & Ladnyi, I. D. (1988). *Smallpox and its eradication*. World Health Organization.
- Fidler, D. P. (2001). *International law and infectious diseases*. Oxford University Press.
- Fidler, D. P. (2004). *SARS, Governance and the Globalization of Disease*. Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/9780230006263>
- Fidler, D. P. (2017). The challenges of global health diplomacy. In S. Hoffman, M. D. Lakoff, & K. W. M. Lutterbeck (Eds.), *Health diplomacy: Principles, practices, and pitfalls* (pp. 31-52). Palgrave Macmillan.
- Fierke, Karin. (2013) “Construtivism” in Dunne, Tim, Milja Kurki, and Steve Smith. *International Relations Theories*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Finnemore, M., & Sikkink, K. (1998). International Norm Dynamics and Political Change. *International Organization*, 52(4), 887-917.
- Fitzpatrick, CNU., Nwankwo, U., Lenk, E., de Vlas, S. J., & Bundy, D. A. P. (2017). An Investment Case for Ending Neglected Tropical Diseases. in K. K. Holmes, S. Bertozzi, B. R. Bloom, & P. Jha (Eds.), *Major Infectious Diseases* (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525199/>
- Foster, S. O., Brink, E. W., Hutchins, D. L., Pifer, J. M., Lourie, B., Moser, C. R., Cummings, E. C., Kuteyi, O. E. K., Eke, R. E. A., Titus, J. B., Smith, E. A.,

- Hicks, J. W., & Foege, W. H. (1972). Human monkeypox\*. *Bulletin of the World Health Organization*, 46(5), 569–576.
- Garvey, Niamh & Newell, Peter. (2005). “Corporate Accountability to the Poor? Assessing the Effectiveness of Community-Based Strategies”. *Development in Practice*. 15. 10.1080/09614520500075763.
- Gaudillière, J. P. (2019). The Globalization of Health: A Critical Outlook. *Sciences sociales et santé*, 37(1), 63-92. doi: 10.3917/sss.371.0063
- Gavi, the Vaccine Alliance. (2020). Gavi's impact: Accelerating equitable access to vaccines for all. Recuperado de: <https://www.gavi.org/impact>
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204(6), Artigo 6. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>
- Gómez, E. J., & Atun, R. (2018). Health systems and the SDGs: Lessons from low- and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 4), e001086.
- Gostin, L. O., & Friedman, E. A. (2013). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: Robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*, 385(9980), 1902-1909. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60644-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60644-4)
- GPI GP. Global peace index 2016.
- Grugel, J., & Piper, N. (2009). *Critical Perspectives on Global Governance: Rights and Regulation in Governing Regimes*. Routledge.
- Haider, N., Guitian, J., Simons, D., Asogun, D., Ansumana, R., Honeyborne, I., Velavan, T. P., Ntoumi, F., Valdeiros, S. R., Petersen, E., Kock, R., & Zumla, A. (2022). Increased outbreaks of monkeypox highlight gaps in actual disease burden in Sub-Saharan Africa and in animal reservoirs. *International Journal of Infectious Diseases*, 122, 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.05.058>
- Hale, T., Angrist, N., Hale, A. J., Kira, B., Majumdar, S., Petherick, A., Phillips, T., Sridhar, D., Thompson, R. N., Webster, S., & Zhang, Y. (2021). Government responses and COVID-19 deaths: Global evidence across multiple pandemic waves. *PLOS ONE*, 16(7), e0253116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253116>
- Hall, A., Zhang, Y., MacArthur, C., & Baker, S. (2012). The role of nutrition in integrated programs to control neglected tropical diseases. *BMC Medicine*, 10(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-41>
- Hamill, L. C., Haslam, D., Abrahamsson, S., Hill, B., Dixon, R., Burgess, H., Jensen, K., D’Souza, S., Schmidt, E., & Downs, P. (2019). People are neglected, not diseases: The relationship between disability and neglected tropical diseases. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 113(12), 829–834. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trz036>
- Haug, S., Braveboy-Wagner, J., & Maihold, G. (2021). The ‘Global South’ in the study of world politics: Examining a meta category. *Third World Quarterly*, 42(9), 1923–1944. <https://doi.org/10.1080/01436597.2021.1948831>
- Henderson, D. A., Arita, I., Jezek, Z., & Ladnyi, I. D. (1988). The impact of smallpox eradication on developing countries. *World Health Statistics Quarterly*, 41(2), 59-63.
- High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. (2013). *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*. [https://www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/cdp\\_post2015.shtml](https://www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/cdp_post2015.shtml)

- Hotez PJ, Alvarado M, Basañez MG, Bolliger I, Bourne R, Boussinesq M, *et al. et al.* (2014). “The global burden of disease study 2010: interpretation and implications for the neglected tropical diseases”. *PLoS neglected tropical diseases*. 2014 Jul; 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002865> PMID: 25058013
- Hotez, P. J. (2017a). The Neglected Diseases: Will a ‘New World Order’ Reverse Global Gains? *International Health*, 9(5), 267–268. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx037>
- Hotez, P. J. (2017b). The poverty-related neglected diseases: Why basic research matters. *PLOS Biology*, 15(11), e2004186. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.2004186>
- Hotez, P. J. (2020). *Forgotten People, Forgotten Diseases: The Neglected Tropical Diseases and their Impact on Global Health and Development*. John Wiley & Sons.
- Hotez, P. J., Aksoy, S., Brindley, P. J., & Kamhawi, S. (2020). What constitutes a neglected tropical disease? *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 14(1), e0008001. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008001>
- Hotez, P. J., Alvarado, M., Basañez, M. G., Bolliger, I., Bourne, R., Boussinesq, M., Drakeley, C. (2014). The global burden of disease study 2010: interpretation and implications for the neglected tropical diseases. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 8(7), e2865.
- Hotez, P. J., Fenwick, A., & Molyneux, D. (2021). The new COVID-19/COVID-19 poor and the neglected tropical diseases resurgence. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00784-2>
- Houweling, T. A. J., Karim-Kos, H. E., Kulik, M. C., Stolk, W. A., Haagsma, J. A., Lenk, E. J., Richardus, J. H., & de Vlas, S. J. (2016). Socioeconomic Inequalities in Neglected Tropical Diseases: A Systematic Review. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10(5), e0004546. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004546>
- Huang, Q., Sun, Y., Jia, M., Jiang, M., Zhang, T., Xu, Y., Feng, L., & Yang, W. (2023). Risk assessment for cross-border transmission of multi-country Mpox outbreaks in 2022. *J Infect Public Health*, 618–625.
- Isidro, J., Borges, V., Pinto, M., Ferreira, R., Sobral, D., Nunes, A., Santos J.D., Borrego, M.J., Nuncio, S., Pelerito, A., Cordeiro, R., Gomes, J.P. (2022). First draft genome sequence of Monkeypox virus associated with the suspected multi-country outbreak, May 2022 (confirmed case in Portugal). *Virological*. <https://virological.org/t/first-draft-genome-sequence-of-monkeypox-virus-associated-with-the-suspected-multi-country-outbreak-may-2022-confirmed-case-in-portugal/799>
- Islam, Md. M., Dutta, P., Rashid, R., Jaffery, S. S., Islam, A., Farag, E., Zughair, S. M., Bansal, D., & Hassan, M. M. (2023). Pathogenicity and virulence of monkeypox at the human-animal-ecology interface. *Virulence*, 14(1), 2186357. <https://doi.org/10.1080/21505594.2023.2186357>
- Jackson, R. (2007). *Constructivism in international relations: The politics of reality*. Cambridge University Press.
- Jedrussik, A. (Ed.). (2016). *Sharing Innovation and Building Capacity to Fight Neglected Tropical Diseases: A Selection of WIPO Re:Search Fellowship Stories*. World Intellectual Property Organization. <https://doi.org/10.34667/tind.28938>

- Johnson, M. N. P., & McLean, E. (2020). Discourse Analysis. Em A. Kobayashi (Ed.), *International Encyclopedia of Human Geography (Second Edition)* (pp. 377–383). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102295-5.10814-5>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (n.d.). About UNAIDS. Retrieved from <https://www.unaids.org/en/aboutunaids>
- Kaler, J., Hussain, A., Flores, G., Kheiri, S., & Desrosiers, D. (2022). Monkeypox: A Comprehensive Review of Transmission, Pathogenesis, and Manifestation. *Cureus, 14*(7), e26531. <https://doi.org/10.7759/cureus.26531>
- Katzenstein, P. J. (1996). *The Culture of National Security: Norms and Identity in World Politics*. Columbia University Press.
- Kavanagh, M. M., Erondy, N. A., Tomori, O., Dzau, V. J., Okiro, E. A., Maleche, A., & ... Lavery, J. V. (2015). Access to lifesaving medical resources for African countries: COVID-19 COVID-19 testing and response, ethics, and politics. *Lancet, 395*(10238), 1735-1738.
- Keck, M. E., & Sikkink, K. (1998). *Activists Beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*. Cornell University Press.
- Kerouedan, D., (2011) dir, *Santé Internationale: Les enjeux de la santé au sud*, Paris, Presses de l'EHESP.
- Khan, Md. R., Hossain, Md. J., Roy, A., & Islam, Md. R. (2022). Decreasing trend of monkeypox cases in Europe and America shows hope for the world: Evidence from the latest epidemiological data. *Health Science Reports, 6*(1), e1030. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1030>
- Kickbusch, I. (2010). *Global health diplomacy: How foreign policy can influence health*. World Scientific.
- Kickbusch, I. (2015). Global health diplomacy: How foreign policy can influence health. *BMJ, 351*, h5596. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5596>
- Kickbusch, I., & Reddy, K. S. (2016). Community matters – why outbreak responses need to integrate health promotion. *Global Health Promotion, 23*(1), 75–78. <https://doi.org/10.1177/1757975915606833>
- Kimball, S. (2023). *Mpox outbreak was wake-up call for smallpox preparation, vaccine maker Bavarian Nordic says*. CNBC. <https://www.cnn.com/2023/04/25/mpox-shows-smallpox-risk-vaccine-maker-bavarian-nordic-says.html>
- Koblentz, G. D. (2019). International norms and biological weapons: The impact of the global health security agenda on the governance of dual-use research. *Frontiers in Public Health, 7*, 169.
- Krahn, T. M., Wollum, A., & Bilinski, A. (2016). Polio eradication efforts in regions of conflict: The Boko Haram threat to efforts in sub-Saharan Africa. *PLoS Medicine, 13*(2), e1001942.
- Labonté, R. & Gagnon, ML. (2010). Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. *Global Health*(6):14. doi: 10.1186/1744-8603-6-14.
- Lee, K.; Kamradt-Scott, A. (2019). The multiple meanings of global health diplomacy: Trade, security, and the fight against HIV/AIDS. In R. Sridhar & D. F. Katz (Eds.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 607-624). Oxford University Press.
- Liese, B., Rosenberg, M., & Schratz, A. (2010). Programmes, partnerships, and governance for elimination and control of neglected tropical diseases. *Lancet (London, England), 375*(9708), 67–76. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61749-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61749-9)

- Lin, K. (2022). The Political Determinants of Health. *Family Medicine*, 54(1), 65–66. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2022.776082>
- Lin, Yushi; Fang, Kailu; Zheng, Yang; Wang, Hong-liang; Wu, Jie. (2022). “Global burden and trends of neglected tropical diseases from 1990 to 2019”. *Journal of Travel Medicine*, 29(3), 1–11
- London Declaration on Neglected Tropical Diseases. (2012). <https://unitingtocombatntds.org/resource/london-declaration-neglected-tropical-diseases/>
- Mackenzie, D., Nichols, B. E., Gao, J., et al. et al. (2020). COVID-19 and global health security: lessons from the Ebola crisis. *The Lancet Public Health*, 5(4), e190–e191. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30057-9)
- Mayer, J.D. (1996). “The Political Ecology of Disease as a New Focus for Medical Geography”. *Progress in Human Geography*. 20, 441-456.
- McCollum, A. M., Hill, A., Traore, T., Onoja, B., Doty, J. B., Yinka, A., Petersen, B. W., Hutson, C. L., & Lewis, R. (2023). Epidemiology of human monkeypox (mpox) – worldwide, 2018–202. *WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD*, 3.
- Milliken, J. (1999). The Study of Discourse in International Relations: A Critique of Research and Methods. *European Journal of International Relations*, 5(2), 225–254. <https://doi.org/10.1177/1354066199005002003>
- Moran, M., Guzman, J., Ropars, A.-L., McDonald, A., Jameson, N., Omune, B., Ryan, S., & Wu, L. (2009). Neglected Disease Research and Development: How Much Are We Really Spending? *PLOS Medicine*, 6(2), e1000030. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000030>
- Navarro, V. (2008). Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy*; 8(2): 152 - 155. <https://doi.org/10.1177/14680181080080020203>
- Ochola, E. A., Karanja, D. M. S., & Elliott, S. J. (2021). The impact of Neglected Tropical Diseases (NTDs) on health and wellbeing in sub-Saharan Africa (SSA): A case study of Kenya. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 15(2), e0009131. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009131>
- OPAS (2021). “OMS lança plano de 10 anos para acabar com sofrimento causado por doenças tropicais negligenciadas”. *Organização Pan-Americana da Saúde*. <https://www.paho.org/pt/noticias/29-1-2021-oms-lanca-plano-10-anos-para-acabar-com-sofrimento-causado-por-doencas-tropicais>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Recuperado de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2022). *Monkeypox*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Recuperado de [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- Pan, D., Nazareth, J., Sze, S., Martin, C. A., Decker, J., Fletcher, E., Déirdre Hollingsworth, T., Barer, M. R., Pareek, M., & Tang, J. W. (2023). Transmission of monkeypox/mpox virus: A narrative review of environmental, viral, host, and population factors in relation to the 2022 international outbreak. *Journal of Medical Virology*, 95(2), e28534. <https://doi.org/10.1002/jmv.28534>

- Proparco. (2017). Le Médicament En Afrique : Répondre Aux Enjeux D'accessibilité Et De Qualité. Secteur Privé & Développement, 28. URL : <https://www.expertisefrance.fr/documents/20182/788758/Revue+Secteur+priv%C3%A9+%26+d%C3%A9veloppement+-+Le+m%C3%A9dicament+en+Afrique/8c29b5be-0a66-44d5-9e5a-5954ffb4da48>.
- Ravinetto, R., Vandenberg, D., & Bannenberg, W. (2012). The MEDICRIME convention: implications for combating counterfeit drugs. *The Lancet Infectious Diseases*, 12(7), 501-502.
- Rayner, G., & Lang, T. (2012). *Ecological Public Health: Reshaping the Conditions for Good Health*. <https://doi.org/10.4324/9780203134801>
- Reed, S. L., & McKerrow, J. H. (2018). Why Funding for Neglected Tropical Diseases Should Be a Global Priority. *Clinical Infectious Diseases*, 67(3), 323–326. <https://doi.org/10.1093/cid/ciy349>
- Renner, A., & Schneider, M. (2019). Global Health Governance and the World Health Organization: Shaping Global Health Security. In *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS* (pp. 89-107). Palgrave Macmillan.
- Rist, G. (2008). Development as a buzzword. *Development in Practice*, 18(4-5), 397-401. doi: 10.1080/09614520801973713
- Röttingen, J. A., Gouglas, D., Feinberg, M., Plotkin, S., Raghavan, K. V., Witty, A., ... & Hotez, P. (2017). “New vaccines against epidemic infectious diseases”. *New England Journal of Medicine*, 376(7), 610-613. doi: 10.1056/NEJMp1613577.
- Ruggie, J. G. (1998). What Makes the World Hang Together? Neo-utilitarianism and the Social Constructivist Challenge. *International Organization*, 52(4), 855-885.
- Sauerborn R, Adams A, Hien M., (1996) “Household strategies to cope with the economic costs of illness”. *Soc Sci Med*; 43: 291–301.
- Sauerborn R, Adams A, Hien M., (1996) “Household strategies to cope with the economic costs of illness”. *Soc Sci Med*; 43: 291–301.
- Sen, A. (1999). “Introduction”. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press. <http://www.c31.uni-oldenburg.de/cde/OMDE625/Sen/Sen-intro.pdf>
- Shah, R. (2017). Global generics market: current trends and future opportunities. *Journal of generic medicines*, 14(1), 9-16.
- Shankar Balakrishnan, V. & Humphreys, G. (2022). Monkeypox: The consequences of neglect. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(10), 586–587. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.021022>
- Shannon, G., Jansen, M., Williams, K., Cáceres, C., Motta, A., Odhiambo, A., Eleveld, A., & Mannell, J. (2019). Gender equality in science, medicine, and global health: Where are we at and why does it matter? *The Lancet*, 393(10171), 560–569. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33135-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33135-0)
- Shroff, Y. (2022). *Monkeypox epidemic: Ignoring Africa comes at a price*. ORF. <https://www.orfonline.org/expert-speak/monkeypox-epidemic/>
- Sridhar, D., & Woods, N. (2013). Better together: Integrating and aligning global health financing mechanisms. *Globalization and Health*, 9(1), 1-7. doi: 10.1186/1744-8603-9-24
- Stiglitz J.E.(2012) The price of inequality: How today’s divided society endangers our future. WW Norton & Company; Jun 11. <https://doi.org/10.17226/13535> PMID: 23166965
- Tambo, E., & Al-Nazawi, A. M. (2022). Combating the global spread of poverty-related Monkeypox outbreaks and beyond. *Infectious Diseases of Poverty*, 11(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s40249-022-01004-9>

- The Global Fund. (2021). About The Global Fund. Recuperado de:  
<https://www.theglobalfund.org/en/about/>
- The Global Health Observatory. (s.d.). Density of physicians (per 1 000 population). *Indicator Metadata Registry Details*. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3107>
- The Lancet Infectious Diseases. (2022). Monkeypox: A neglected old foe. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(7), 913. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00377-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00377-2)
- Tickner, J. A. (1997). You Just Don't Understand: Troubled Engagements Between Feminists and IR Theorists. *International Studies Quarterly*, 41(4), 611-632.
- Tiecco, G., Degli Antoni, M., Storti, S., Tomasoni, L. R., Castelli, F., & Quiros-Roldan, E. (2022). Monkeypox, a Literature Review: What Is New and Where Does This concerning Virus Come From? *Viruses*, 14(9), Artigo 9.  
<https://doi.org/10.3390/v14091894>
- Tilli, M., Olliaro, P., Gobbi, F., Bisoffi, Z., Bartoloni, A., & Zammarchi, L. (2021). Neglected tropical diseases in non-endemic countries in the era of COVID-19 COVID-19 pandemic: The great forgotten. *Journal of Travel Medicine*, 28(1), taaa179. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa179>
- Ugbomoiko, U. S., Dalumo, V., Ofoezie, I. E., & Obiezue, R. N. N. (2009). Socio-environmental factors and ascariasis infection among school-aged children in Ilobu, Osun State, Nigeria. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(3), 223–228.  
<https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.12.014>
- UN News. (2023). Mpox public health emergency declared over. <https://un.dk/mpox-public-health-emergency-declared-over/>
- UNDP. (2021). UNITED. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/partnerships/UNITED.html>
- United Nations Development Programme (UNDP). (2020). Human Development Index (HDI). Retrieved from <http://hdr.undp.org/en/indicators/137506>
- United Nations Development Programme. (2000). The Millennium Development Goals.
- United Nations Development Programme. (2015). Sustainable Development Goals. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
- United Nations Development Programme. (2022) *Relatório Do Desenvolvimento Humano 2021/2022*. PNUD.  
<https://www.undp.org/pt/angola/publications/relatorio-do-desenvolvimento-humano-2021/2022>
- United Nations Development Programme. (n.d.). HIV, Health and Development. Retrieved from [https://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/hiv\\_aids/overview.html](https://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/hiv_aids/overview.html)
- United Nations Development Programme. (n.d.). UNDP and HIV/AIDS. Retrieved from [https://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/hiv\\_aids/what-we-do.html](https://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/hiv_aids/what-we-do.html)
- United Nations Framework Convention on Climate Change. (2015). Paris Agreement. [https://unfccc.int/files/essential\\_background/convention/application/pdf/english\\_paris\\_agreement.pdf](https://unfccc.int/files/essential_background/convention/application/pdf/english_paris_agreement.pdf)
- United Nations. (2019). Official Development Assistance. Retrieved from [https://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp\\_current/2019wesp\\_country\\_classification.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_current/2019wesp_country_classification.pdf)
- United Nations. (s.d.). About Developing Countries. [https://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp\\_current/2014wesp\\_country\\_classification.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_current/2014wesp_country_classification.pdf)

- Waeber, O., Buzan, B., Kelstrup, M., & Lemaitre, P. (1993). *Identity, migration and the new security agenda in Europe*. Pinter Publishers.
- Wells, C. R., Pandey, A., Ndeffo Mbah, M. L., Gaüzère, B.-A., Malvy, D., Singer, B. H., & Galvani, A. P. (2019). The exacerbation of Ebola outbreaks by conflict in the Democratic Republic of the Congo. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *116*(48), 24366–24372. <https://doi.org/10.1073/pnas.1913980116>
- Wendt, A. (1992). Anarchy is what states make of it: The social construction of power politics. *International Organization*, *46*(2), 391-425. <https://doi.org/10.1017/S0020818300033324>
- Williamson, J. (1990). What Washington means by policy reform. In *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* (pp. 7-34). Institute for International Economics.
- World Bank. (2020). *World Development Report 2020: Trading for Development in the Age of Global Value Chains*. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/32436>
- World Bank. (2021). *World Development Indicators 2021*. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
- World Health Assembly 33.4 Resolution. (1980) *Global smallpox eradication*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHA33-4>
- World Health Assembly, 23. (1970). *Twenty-third World Health Assembly, Geneva, 5-22 May 1970: Part II: plenary meetings: verbatim records: committees: summary records and reports*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85825>
- World Health Assembly, 25. (1972). *Twenty-fifth World Health Assembly, Geneva, 9-26 May 1972: Part II: plenary meetings: verbatim records: committees: summary records and reports*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85851>
- World Health Assembly, 26. (1973). *Twenty-sixth World Health Assembly, Geneva, 7-23 May 1973: Part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85863>
- World Health Assembly, 27. (1974). *Twenty-seventh World Health Assembly, Geneva, 7-23 May 1974: Part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85875>
- World Health Assembly, 28. (1975). *Twenty-eighth World Health Assembly, Geneva, 13-30 May 1975: Part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86023>
- World Health Assembly, 29. (1976). *World Health Assembly, Geneva, 3-21 May 1976: Part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86030>
- World Health Assembly, 30. (1977). *Thirtieth World Health Assembly, Geneva, 2-19 May 1977: Part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and reports of committees*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86037>
- World Health Assembly, 31. (1978). *Thirty-first World Health Assembly, Geneva, 8-24 May 1978: Part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and*

- reports of committees*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/86044>
- World Health Assembly, 32. (1979). *Report of the Director-General on the work of WHO in 1978 (A32/2)*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/153124>
- World Health Assembly, 32. (1979). *Thirty-second World Health Assembly, Geneva, 7-25 May 1979: Summary records of committees (WHA32/1979/REC/3)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/153660>
- World Health Assembly, 33. (1980). *Thirty-third World Health Assembly, Geneva, 5-23 May 1980: Summary records of committees (WHA33/1980/REC/3)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/154895>
- World Health Assembly, 33. (1980). *Thirty-third World Health Assembly, Geneva, 5-23 May 1980: Verbatim records of plenary meetings, reports of committees (WHA33/1980/REC/2)*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/154894>
- World Health Assembly, 34. (1981). *Thirty-fourth World Health Assembly, Geneva, 4-22 May 1981: Verbatim records of plenary meetings, reports of committees (WHA34/1981/REC/2)*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/155680>
- World Health Assembly, 34. (1981). *Thirty-fourth World Health Assembly, Geneva, 4-22 May 1981: Summary records of committees (WHA34/1981/REC/3)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155681>
- World Health Assembly, 35. (1982). *Thirty-fifth World Health Assembly, Geneva, 3-14 May 1982: Verbatim records of plenary meetings, reports of committees (WHA35/1982/REC/2)*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/156784>
- World Health Assembly, 36. (1983). *Thirty-sixth World Health Assembly, Geneva, 2-16 May 1983: Verbatim records of plenary meetings, reports of committees (WHA36/1983/REC/2)*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/159887>
- World Health Assembly, 38. (1985). *Thirty-eighth World Health Assembly, Geneva, 6-20 May 1985: Summary records of committees (WHA38/1985/REC/3)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161293>
- World Health Assembly, 46. (1993). *Forty-sixth World Health Assembly, Geneva, 3-14 May 1993: Verbatim records of plenary meetings (WHA46/1993/REC/2)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/176263>
- World Health Assembly, 52. (1999). *Fifty-second World Health Assembly, Geneva, 17-25 May 1999: Summary records of committees and ministerial round tables; reports of committees (WHA52/1999/REC/3)*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260180>
- World Health Assembly, 56. (2003). *Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2003: Summary records of committees and round tables, reports of committees (WHA56/2003/REC/3)*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259837>
- World Health Assembly, 59. (2006). *Fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 22-27 May 2006]: Reports of Committees (WHA59/2006/REC/3)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/21483>
- World Health Assembly, 60. (2007). *Sixtieth World Health Assembly, Geneva, 14-23 May 2007: Summary records of committees: reports of committees*

- (WHA60/2007/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/22640>
- World Health Assembly, 64. (2011). *Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 16-24 May 2011: Summary records of committees; reports of committees; list of participants* (WHA64/2011/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260311>
- World Health Assembly, 65. (2012). *Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21-26 May 2012: Summary records of committees; reports of committees; list of participants* (WHA65/2012/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260312>
- World Health Assembly, 68. (2015). *Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 18-26 May 2015: Summary records of committees, reports of committees, list of participants* (WHA68/2015/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260360>
- World Health Assembly, 69. (2016). *Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23-28 May 2016: Summary records of committees; reports of committees; list of participants* (WHA69/2016/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260367>
- World Health Assembly, 71. (2018). *Seventy-first World Health Assembly: Geneva, 21-26 May 2018: summary records of committees, reports of committees* (WHA71/2018/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325993>
- World Health Assembly, 72. (2019). *Seventy-second World Health Assembly: Geneva, 20-28 May 2019: summary records of committees; reports of committees* (WHA72/2019/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330560>
- World Health Assembly, 75. (2022). *Seventy-fifth World Health Assembly: Geneva, 22-28 May 2022: summary records of committees, reports of committees* (WHA75/2022/REC/3). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/365611>
- World Health Organization . (s.d.) *Multi-country monkeypox outbreak: Situation update*. (sem data). Obtido 22 de maio de 2023, de  
<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON396>
- World Health Organization. (1946). Constitution of the World Health Organization. Recuperado de [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- World Health Organization. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Geneva: World Health Organization.  
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- World Health Organization. (2005). International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). Resolution WHA62.14: Primary health care, including health system strengthening. Recuperado de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf)
- World Health Organization. (2013). Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: Third WHO report on neglected diseases. Retrieved from [https://www.who.int/neglected\\_diseases/9789241564540/en/](https://www.who.int/neglected_diseases/9789241564540/en/)

- World Health Organization. (2015) 'Investing to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases.' *Third WHO Report on Neglected Tropical Diseases*, World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Integrating neglected tropical diseases into global health and development: fourth WHO report on neglected tropical diseases*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). "Neglected tropical diseases". WHO. [https://www.who.int/neglected\\_diseases/en/](https://www.who.int/neglected_diseases/en/)
- World Health Organization. (2020). Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A roadmap for neglected tropical diseases 2021-2030. [https://www.who.int/neglected\\_diseases/resources/9789240010352/en/](https://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789240010352/en/)
- World Health Organization. (2020). Global health challenges. [https://www.who.int/global\\_health\\_challenges/en/](https://www.who.int/global_health_challenges/en/)
- World Health Organization. (2021a). Global health security. Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/global-health-security#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/global-health-security#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2021b). Health topics: Health systems. [https://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](https://www.who.int/topics/health_systems/en/)
- World Health Organization. (2021c). Smallpox. [https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2022) 'Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals.' a rationale for continued investment in tackling neglected tropical diseases 2021–2030, World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). 'Global report on neglected tropical diseases 2023.' World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). Monkeypox. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
- Xu, J., & Peng, Z. (2019). Impacts of China's pharmaceutical market reform on the global pharmaceutical industry. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 12(1), 3. doi: 10.1186/s40545-019-0172-2
- Young, I. M. (1990). *Justice and the politics of difference*. Princeton University Press.
- Zehfuss, M. (2004). Introduction. In M. Zehfuss, *Constructivism in International Relations*. The politics of reality, 83, 1-37. Cambridge University Press