

IX ENCONTRO DA ABCP

Política Internacional

**CRISE SANITÁRIA E DEMOCRACIA TÉCNICA: O CASO DA PANDEMIA DE GRIPE
A(H1N1) 2009-2010**

Deisy de Freitas Lima Ventura, Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São
Paulo

Brasília, DF
04 a 07 de agosto de 2014

CRISE SANITÁRIA E DEMOCRACIA TÉCNICA: O CASO DA PANDEMIA DE GRIPE A(H1N1) 2009-2010

Deisy de Freitas Lima Ventura, Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo

Resumo do trabalho:

À luz do debate sobre a democracia técnica (vinculado aos desafios da participação de não-especialistas nos debates científicos e técnicos), e da literatura sobre o governo das catástrofes e sobre a biossegurança, o artigo estuda o caso da pandemia de gripe A(H1N1), declarada pela Organização Mundial da Saúde, em junho de 2009, com base na opinião de um comitê de especialistas cuja identidade foi mantida em sigilo por mais de um ano. Na ocasião, a OMS aplicou o Regulamento Sanitário Internacional, de 2005, que cria uma complexa engrenagem aceita por 194 Estados. Concebido sob o signo da segurança internacional e do combate ao terrorismo biológico, o RSI institui a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, que permite à OMS tomar iniciativas independentemente da vontade dos Estados, apoiada em comitês de especialistas, recrutados de maneira autônoma (e opaca) pela organização. O objetivo do artigo é abordar a influência de interesses econômicos transnacionais sobre a OMS, sobre alguns de seus Estados, sobre os “técnicos” e “especialistas”, e também sobre atores sociais, além da repercussão desta engrenagem sobre os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade, aferindo o papel determinante da expertise.

Palavras-chave:

Organização Mundial da Saúde, Pandemia, Crise Sanitária, Democracia Técnica

Introdução

O avanço da tecnologia e da ciência articula-se de modo crescente com os problemas da ordem democrática e participativa, tanto no plano internacional como no interno. O debate sobre a “democracia técnica” refere-se aos desafios da participação de não-especialistas nos debates científicos e técnicos (PESTRE, 2011). Nas crises sanitárias, é a vida humana que está em jogo, sem que os atores sociais, especialmente o indivíduo, seja capaz de compreender plenamente o alcance das decisões políticas, tais como a restrição da circulação de mercadorias potencialmente danosas à saúde, a proibição de práticas individuais ou coletivas, ou ainda as condições de acesso a medicamentos, entre incontáveis exemplos. O que passou a ser chamado pela literatura de “governo das catástrofes” (REVET e LANGUMIER, 2013), especialmente a gestão das crises sanitárias, faz parte do problema da “biossegurança”, que inspira mecanismos, dispositivos e técnicas de securização do “núcleo vital do indivíduo”, considerado sob o aspecto de sua finitude biológica, pelos quais é protegido, controlado e regulado (GROS, 2012). Este controle insiste na vulnerabilidade dos indivíduos: a reivindicação dos direitos do cidadão responsável dá lugar ao clamor pela proteção dos “mais suscetíveis” (GROS, 2012).

Em junho de 2009, a Direção Geral da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), com base na opinião de um comitê de especialistas cuja identidade foi mantida em sigilo por mais de um ano, declarou a existência de uma pandemia de *gripe A(H1N1)*. A OMS é considerada “autoridade moral”, “porta-voz da comunidade internacional” e “líder da ação empreendida” para prevenir as múltiplas ameaças à saúde com capacidade de atravessar fronteiras (OMS, 2011). A pandemia foi definida pela OMS como uma doença – no caso, uma infecção viral aguda – com transmissão inter-humana contínua, imputável a surtos em nível comunitário em ao menos duas regiões da OMS e ao menos num país em cada uma dessas regiões. Porém, para alguns, “os hiperespecialistas da gripe encerraram-se em sua bolha e esqueceram a realidade do terreno. A OMS enganou o mundo inteiro” (GENTILINI, 2012). Computando um número de óbitos notificados similar ao da gripe sazonal, a OMS foi acusada de patrocinar os interesses da indústria farmacêutica, induzindo os Estados a adquirirem vultosas quantidades de antivirais, vacinas e kits de diagnóstico (COHEN e CARTER, 2010).

Em resposta à pandemia, a OMS deflagrou, pela primeira vez, a quinta e mais recente versão do *Regulamento Sanitário Internacional*, RSI, de 2005, que cria uma complexa engrenagem, aceita por 194 Estados. Concebido sob o signo da segurança internacional, e, particularmente, do combate ao terrorismo biológico, o RSI instituindo uma nova categoria: a *Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional*, ESPII, definida como um evento (doença ou “agravo”) que (i) constitui um risco para a saúde

pública para outros Estados, devido à propagação internacional de doença e (ii) potencialmente exige uma resposta internacional coordenada. Logo, se a pandemia em questão foi considerada uma ESPII, nem toda a ESPII será uma pandemia.

O RSI é um mecanismo que permite à organização tomar iniciativas independentemente da vontade dos Estados (e particularmente da vontade de um ou mais Estados onde se verifica uma “ameaça à saúde”), apoiada, não em instâncias deliberativas intergovernamentais, mas em comitês de especialistas, recrutados de maneira autônoma (e inclusive opaca) pela organização. Além de forjar um grande sistema internacional de informação e de coordenação, o RSI institui um regime jurídico que pode justificar restrições significativas dos direitos humanos e do comércio, tanto no plano internacional como no interno. Ademais, é impossível atender às normas e recomendações da OMS sem a implicação ativa dos sistemas nacionais de saúde e das políticas públicas de saúde, o que desafia a normatividade clássica internacional.

A OMS interpreta o RSI como uma forma de valorização da saúde pública na equação de poder interna dos Estados: considerar doenças infecciosas como ameaças para a segurança mundial ofereceria a possibilidade de obter uma direção política de alto nível para apoiar a planificação da resposta. Cabe, porém, questionar o resultado do que seria “ver o mundo sob o prisma da analogia entre um terrorista e um vírus de galinha ou de porco” (KECK, 2011).

O objetivo deste trabalho é abordar a influência de interesses econômicos transnacionais sobre a organização, sobre alguns de seus Estados, sobre os “técnicos” e “especialistas”, e também sobre as organizações sociais, além da repercussão desta engrenagem sobre os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade. Ao aferir o papel determinante da *expertise* no caso da pandemia de gripe A(H1N1), o artigo revela que estas normas *de gabinete*, durante uma crise sanitária, podem atingir milhões de pessoas, diretamente (por exemplo, pela eventual restrição das liberdades fundamentais) ou indiretamente (por exemplo, devido a mudanças de hábitos).

Após revisão da literatura especializada e do estudo dos documentos oficiais relativos à elaboração e à implementação do RSI, além de notícias divulgadas nos meios de comunicação, a pesquisa ora relatada analisou o procedimento que resultou na declaração da primeira ESPII, explicitado na primeira parte do artigo (1). A seguir, com base em documentos oficiais e em sua repercussão em diferentes veículos, inclusive revistas especializadas, o texto analisa a aplicação do RSI, por meio do trabalho do *Comitê de Revisão*, convocado pela OMS para avaliar seu próprio desempenho (2). Por fim, coteja estes resultados com o das investigações promovidas por duas comissões parlamentares de inquérito sobre a gripe A(H1N1): a da *Assemblée Parlementar do Conselho da Europa* e a do *Senado* francês (3), com base em documentos oficiais de ambas instituições.

1. O RSI e a declaração da primeira ESPII

Por meio de uma Resolução (OMS, 2005), a 58ª Assembleia Mundial de Saúde adotou o novo RSI, tendo o conceito de ESPII como pedra angular. O seu artigo segundo prescreve: “O propósito e a abrangência do presente Regulamento são prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais”. O novo Regulamento se aplica a todos os eventos que podem apresentar um perigo para a saúde pública, seja de origem natural, acidental (como um acidente de laboratório) ou deliberado, e que envolva agentes biológicos ou químicos ou raios ionizantes, tendo por vocação ser o instrumento central para combater as doenças infecciosas, as doenças emergentes e recorrentes, as doenças contagiosas e não contagiosas (CHAZOURNES, 2007). Espera-se, assim, do RSI (2005) que ele seja capaz de “assegurar ao mundo uma adequada segurança sanitária, ameaçando o mínimo possível a economia e, em particular, as viagens, o transporte de mercadorias e os direitos humanos” (FINEBERG, 2012).

O artigo terceiro assegura que “a implementação deste Regulamento será feita com pleno respeito à dignidade, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais das pessoas”. O dispositivo deixa claro, a seguir, que o direito soberano dos Estados Partes de elaborar e aplicar seu direito interno correspondente a tais matérias, na medida em que acolheram o RSI (2005), fica condicionado ao propósito deste, eis que o *opting out*, parcial ou total, foi possível. *Opting out* neste caso significa que os Estados têm o prazo de 18 meses para a rejeição ou apresentação de reservas, contados a partir da data da notificação pelo Diretor Geral sobre sua adoção, precisando que “qualquer rejeição ou reserva recebida pelo Diretor Geral após o término desse período não terá nenhum efeito” (Art. 59 RSI). Isto significa que se um Estado ficar em silêncio durante este prazo, ele fica inexoravelmente vinculado ao Regulamento. Isto ocorre porque “num domínio tão sensível quanto a prevenção e a propagação internacional das doenças, não se poderia deixar à discricionariedade dos Estados a escolha do momento oportuno para notificar seu *opting out*, seja total ou parcial” (CHAZOURNES, 2007). O RSI (2005) foi objeto de apenas duas reservas, da Índia e dos Estados Unidos, sendo a última, especialmente no que atine às questões federativas, objetada pelo Irã; China, Grécia, Portugal, Turquia e Tonga formularam declarações interpretativas do Regulamento.

O Regulamento precisa, ainda, que “se algum Estado não for capaz de ajustar totalmente sua legislação nacional e regulamentos administrativos internos e este Regulamento no período estabelecido”, deve declarar ao Diretor Geral o andamento dos ajustes ainda pendentes, que deverá completar num período de no máximo até 12 meses após a entrada em vigor do RSI.

O anexo 2 do Regulamento contém um “instrumento de decisão que permite avaliar e notificar eventos que possam constituir uma ESPII”, baseado essencialmente nas seguintes perguntas: As repercussões do evento sobre a saúde pública são graves? O evento é inabitual ou inesperado? Há um risco importante de propagação internacional? Há um risco importante de restrição a viagens internacionais ou ao comércio internacional? Se as respostas a duas destas perguntas forem positivas, o Estado tem o dever de notificar a OMS, em até 24 horas após a avaliação. Uma vez declarada uma ESPII, um sistema de identificação de fases permite mensurar a sua gravidade.

Uma inovação fundamental do RSI (2005) é a possibilidade de ação da OMS em caso de omissão do Estado Parte na declaração, corrigindo um dos maiores limites dos Regulamentos anteriores. Assim, “... a OMS poderá levar em conta fontes não oficiais de informação para conhecimento dos eventos que poderiam constituir uma ESPII. Nessa situação, a OMS deverá consultar preliminar e confidencialmente o país onde possivelmente esteja ocorrendo o evento, para confirmar a informação” (CARMO,).

As recomendações da OMS, previstas no Título III do RSI, podem ser temporárias ou permanentes. Ambas podem ser concernentes a medidas sanitárias que devem ser aplicadas pelo(s) Estado(s) Parte(s) “no que concerne às pessoas, às bagagens, cargas, *containers*, meios de transporte, mercadorias e/ou embalagens postais, para prevenir ou reduzir a propagação da enfermidade e evitar todo entrave inútil ao tráfico internacional” (Art. 15.1 RSI).

Além da notificação da ESPII, os Estados assumem importantes obrigações, entre elas a de avaliar o sistema existente de saúde pública e a melhorar sua capacidade para detecção, notificação, avaliação de risco e resposta aos eventos de saúde pública (2005); responder às solicitações de verificação de informação com respeito ao risco para a saúde pública; e proporcionar inspeção sistemática e atividades de controle em aeroportos internacionais, portos e passagens de fronteiras terrestres, designadas para prevenir a propagação internacional de doenças.

Logo, ser Parte do RSI implica dotar-se de condições objetivas para sua aplicação, que deve ser aferível e pode ser controlada por um organismo internacional. Neste sentido, a capacidade de notificar qualquer evento de saúde ocorre no território de um Município, torna necessário um incremento significativo nas capacidades das esferas de gestão, inclusive locais, para que uma emergência seja controlada do modo mais rápido possível (CARMO, 2010).

Em 23 de abril de 2009, o governo do México, depois de constatar 13 óbitos atribuídos ao vírus A(H1N1) no Distrito Federal, determinou a suspensão das aulas nas instituições de ensino de todos os níveis, no Distrito Federal e no Estado do México. A partir deste momento, desencadeou-se um conjunto de medidas para fechamento temporário de

restaurantes, bailes, discotecas, centros esportivos, cinemas e teatros; o anúncio da epidemia, as medidas tomadas pelo governo e as declarações da OMS tiveram efeitos sobre a população: ruas desertas, transporte público vazio e aumento da venda e aluguel de filmes, convertendo as famílias, temporariamente, em sistemas fechados (IGUINIZ, 2010).

No dia 25 de abril de 2009, a OMS declarou que a epidemia de gripe A(H1N1) era uma ESPII. Conforme o artigo 12 do RSI, é o Diretor Geral que declara a existência de uma ESPII. Supondo que ela está ocorrendo, o Diretor Geral deve consultar o Estado Parte em cujo território surgiu o evento; estando o Diretor Geral e o Estado de acordo quanto a tal determinação, o Diretor Geral solicitar “um parecer do Comitê estabelecido nos termos do Artigo 48 (denominado *Comitê de Emergências*) acerca de recomendações temporárias apropriadas”. Não estando de acordo, num prazo de até 48 horas, sobre se o evento constitui ou não uma ESPII, a determinação será realizada nos moldes do artigo 49, que será tratado mais adiante.

Ainda segundo o artigo 12, os critérios que o Diretor Geral deve considerar, ao determinar se o evento constitui ou não uma ESPII, são as informações fornecidas pelo Estado Parte, o instrumento de decisão apresentado no Anexo 2, já citado anteriormente; o parecer do Comitê de Emergências; os princípios e evidências científicas, ou outras informações relevantes disponíveis; e uma avaliação do risco para a saúde humana, do risco de propagação internacional da doença e do risco de interferência com o tráfego internacional. Também é ao Diretor Geral da OMS que cabe, após consultas com o Estado Parte em cujo território ocorreu a ESPII, considerá-la terminada.

O RSI cria dois tipos de comitês. Ao *Comitê de Emergências* incumbe participar da declaração da existência de uma ESPII, de sua gestão e de sua extinção. Por sua vez, o *Comitê de Revisão*, regulado pelo Capítulo III do Título IX do RSI, pode servir a distintas finalidades. No caso da pandemia de gripe A(H1N1) 2009, o segundo terminou por servir ao controle da atuação do primeiro.

Segundo o artigo 48 do RSI (2005), o Diretor Geral criará um Comitê de Emergências que, mediante sua própria solicitação, fornecerá pareceres sobre: (a) se um evento se constitui numa ESPII; (b) o término de uma ESPII; e (c) propostas de emissão, modificação, prorrogação ou extinção de recomendações temporárias. Ainda segundo o artigo 48, o Comitê de Emergências será constituído por peritos selecionados pelo Diretor Geral no Cadastro de Peritos do RSI e, quando apropriado, de outros painéis assessores de peritos da Organização, com base na especialização e na experiência exigidos para uma determinada sessão e levando em devida consideração os princípios de representação geográfica equitativa, e o Diretor Geral determinará a duração dos seus mandatos de maneira a assegurar sua continuidade na consideração de um evento específico e suas

conseqüências. Pelo menos um membro do Comitê de Emergências deverá ser um perito indicado pelo Estado Parte em cujo território surgiu o evento.

O procedimento a ser seguido em caso de convocação do Comitê de Emergências é indicado pelo artigo 49 do RSI (2005). A partir de uma agenda e de eventuais propostas fornecidas pelo Diretor Geral, além de informações fornecidas pelos Estados Partes, o Comitê formulará suas opiniões, diante do qual o Estado Parte em cujo território surgiu o evento poderá apresentar seu ponto de vista. As opiniões do Comitê de Emergências serão encaminhadas então à apreciação do Diretor Geral, que tomará a decisão final, informará os Estados Partes sobre a declaração e a extinção de uma ESPII, qualquer recomendação temporária emitida e a modificação, prorrogação e extinção dessas recomendações, juntamente com os pareceres do Comitê de Emergências.

O Diretor Geral também deve notificar aos operadores de meios de transporte, por intermédio dos Estados Partes e das agências internacionais pertinentes, as recomendações temporárias emitidas, incluindo sua modificação, prorrogação ou extinção, devendo posteriormente disponibilizar essas informações e recomendações ao público em geral.

Note-se a ausência de qualquer mediação pelos Estados Partes em relação às decisões e comunicados do Diretor quando há expectativa de declaração e extinção de uma ESPII.

Por outro lado, a OMS mantém larga tradição de trabalho com peritos. Diante do imperativo de refletir diferentes concepções de saúde, a OMS precisa buscar seus peritos nas mais diversas áreas de conhecimento, e em todos os cantos do mundo, que ela recruta sob a forma de um Cadastro de Peritos. Esta pluralidade, em contrapartida, suscita incontáveis questões, inclusive éticas, que emergiram fortemente no caso da gripe A(H1N1).

Embora o Regulamento não dê lugar a dúvidas sobre quem deve tomar a decisão final – o Diretor Geral – é natural que se queira saber quem faz parte do Comitê de Emergências. Mas a posição da OMS foi outra: “Seus nomes serão publicados quando o Comitê tiver terminado seu trabalho, como foi previsto desde o início. Nossa decisão de não tornar públicos estes nomes foi motivada pela vontade de proteger os peritos de influências comerciais ou outras. Eles mesmos felicitaram esta decisão, considerada como uma medida de proteção e não como uma tentativa de tornar secretas suas deliberações e suas decisões” (OMS, 2010).

O depoimento da virologista Catherine May é particularmente significativo a esse respeito: “Eu faço parte dessa *gente da gripe*. Esses *flu people*, esta comunidade de especialistas, industriais, de gestores de saúde pública, de pesquisadores que se encontram regularmente em conferências e reuniões internacionais, nos quatro cantos do mundo. Isto se passa um pouco como uma reunião de família” (2010).

O Comitê de Emergências converteu-se, assim, no grande foco de um dos primeiros grandes debates sobre o papel da *expertise* no direito (ou na política) internacional.

O tom da agência BBC é bastante representativo da repercussão do anúncio nos meios de comunicação mundo afora: “A OMS anunciou, no sábado, que a nova variedade do vírus identificada no México é grave e tem o potencial de virar pandemia. Além disso, a OMS classificou o surto da doença como uma emergência de saúde pública internacional. Segundo as novas medidas do governo, as escolas da capital, Cidade do México, e de outros dois Estados permanecerão fechadas por duas semanas. Além disso, todos os eventos públicos, inclusive as missas e as partidas de futebol deste domingo, foram cancelados. Cerca de 70% dos bares e restaurantes da capital também foram fechados. O governo recomenda que a população evite cumprimentos com as mãos e a Embaixada dos Estados Unidos aconselhou visitantes a permanecerem a pelo menos 1,8 metros de distância de outras pessoas. As autoridades de saúde do México também foram autorizadas a isolar pessoas contaminadas, caso seja necessário” (UOL, 2009).

A repercussão econômica foi imediata. Por um lado, milhões de anunciantes em *websites* passaram a oferecer proteção contra a gripe, como máscaras respiratórias, desinfetantes e suplementos de alimentação. Por outro lado, o consumo da carne de porco e de seus derivados tornou-se suspeito. No Brasil, “o Presidente da *Associação Brasileira da Indústria Produtora e Exportadora de Carne Suína (ABIEPCS)* afirmou que o mercado trava uma ‘batalha da comunicação’ para evitar perdas” (JORNAL DA CIDADE, 2009).

Um estudo sobre as “várias denominações históricas da gripe” contabilizou, em lista não-exaustiva, 95 diferentes nomes, adotados de acordo com as manifestações clínicas e epidemiológicas mais temidas, características ou paradigmáticas da doença, e com os diferentes locais, regiões, povos e culturas onde sua ação se faz sentir (FRADA, 2010). Até então, a doença era denominada, inclusive nos documentos oficiais da OMS, de gripe suína; mas nos meios de comunicação, aparecia sob diversas outras denominações: *mexicana*, *norteamericana*, *nova*, *A*, *H1N1*, etc. Somente em 30 de abril de 2009, em grande parte por pressão dos produtores, a OMS e outras organizações modificaram oficialmente a denominação para *gripe A(H1N1)* (INFOSAN, 2009).

A OMS, por sua vez, divulgou com entusiasmo doações de tratamentos e descontos aos países menos avançados na compra do *oseltamivir*, o famoso Tamiflu, fabricado pela Roche, até então o único tratamento eficaz contra o vírus A(H1N1) (ROCHE, 2009).

Em 11 de junho de 2009, a OMS elevou o nível de alerta da pandemia de influenza A(H1N1) da fase 5 à fase 6. O anúncio da nova fase da pandemia foi feito em tom grave: “Ao final de abril, a OMS anunciou que um novo vírus da gripe A havia surgido. Esta cepa particular, H1N1, nunca circulou antes entre os homens. O vírus é inteiramente novo. Este vírus é contagioso, propagando-se facilmente de uma pessoa à outra. Neste

momento em que eu falo com vocês, cerca de 30 mil casos confirmados foram notificados em 74 países. Isto é apenas uma parte do quadro. Com algumas exceções, os países que registram o maior número de casos são dotados de bons sistemas de vigilância e rastreamento. (...) Eu me reuni com eminentes especialistas da gripe, virologistas e gestores de saúde pública, e de acordo com os procedimentos estabelecidos no RSI, eu solicitei um parecer do *Comitê de Urgência* a este respeito. Com base nos dados factuais disponíveis e na avaliação deles por tais especialistas, os critérios científicos que correspondem a uma pandemia de gripe foram atendidos. Eu então decidi elevar o nível de alerta da pandemia de gripe da fase 5 à fase 6. A pandemia de gripe 2009 agora começou. (...) Uma das características das pandemias é sua propagação rápida em todas as partes do mundo. No último século, esta propagação levava geralmente de 6 a 9 meses, quando a maior parte das viagens se fazia por barco ou por trem. Os países devem estar prontos a ver aparecer casos, ou a ver aumentar o número de casos num futuro próximo. Os países em que os surtos parecem ter alcançado seu pico, devem preparar-se para uma segunda vaga de infecção” (CHAN, 2009).

O grande público teve de descobrir um novo léxico – gripe suína, gripe A, H1N1, pandemia, etc. – e também experimentar, caso existisse, o plano de controle de epidemias de seu país, além de conhecer a OMS e suas regras. Dito de um modo muito simples, a determinação de fases em uma pandemia é uma iniciativa que a OMS, por meio de seus peritos, desenvolveu para a *Influenza*. “A *Fase 1* é caracterizada pela detecção da existência do vírus circulando em animais, mas sem relatos em humanos. Foi o que aconteceu com as pequenas epidemias em criação de porcos, principalmente nos EUA. A *Fase 2* significa que o vírus apresentou modificações que podem infectar humanos. A *Fase 3* caracteriza infecção em humanos sem transmissão de pessoa a pessoa. A *Fase 4* é decretada quando há transmissão de pessoa a pessoa. A *Fase 5* também representa transmissão de pessoa a pessoa, mas em pelo menos dois países de uma mesma região da OMS. E a *Fase 6* significa que essa transmissão ocorreu em pelo menos mais um país de uma outra região da OMS em adição à *Fase 5*” (MEDRONHO, 2009).

Surgiu, então, uma grande polêmica: a definição de pandemia teria sido alterada pela OMS durante a emergência de 2009. Um estudo sobre três diferentes documentos da OMS revela, de fato, algumas diferenças (HENAO-KAFFURE, 2010). Mas para uma parte da literatura, a OMS não modificou sua definição de pandemia pela simples razão de que jamais a teve: os critérios de declaração de uma pandemia causada pelo vírus H1N1 teriam origem nas definições das fases pandêmicas, e não numa definição de gripe pandêmica (DOSHI, 2011). Contudo, tais fases também foram modificadas nos diferentes documentos de referência da OMS. A utilização das regiões da OMS como elemento crucial da conceitualização das pandemias, que se afirma em 2009, é amplamente discutível,

respondendo mais à institucionalidade da organização do que à dinâmica das pandemias (HENAO-KAFFURE, 2010).

Na data da declaração *da Fase 6* da pandemia de influenza A(H1N1), 28.119 casos confirmados em laboratório haviam sido notificados à OMS – 144 deles mortais, notificados por Canadá (40), Chile (2), Costa Rica (1), República Dominicana (1), México (108), Colômbia (1) e Estados Unidos (27) (OMS, 2009). Com exceção do México, a maior parte dos países assinalava uma tendência de aumento dos casos. Os primeiros episódios foram associados a estudantes e a viagens recentes ao México e aos Estados Unidos durante a primavera do Hemisfério Norte. Em 21 de maio de 2009, a média de idade dos casos notificados na *Região Europa da OMS* era de 24 anos, enquanto na *Região do Pacífico Ocidental* era de 23 anos (OMS, 2009).

Em 15 de agosto de 2010, os óbitos notificados não alcançaram a cifra de 19 mil (OMS, 2010). Estudos recentes questionam estas cifras. Um deles, em particular, publicado na renomada revista *The Lancet: Infectious Diseases*, emprega um modelo estatístico diferente do utilizado pela OMS, estimando que o número de mortes durante o primeiro ano de circulação do vírus pode ter sido de 201.200 óbitos por doenças respiratórias (variação de 105.700 a 395.600), com o adicional de 83.300 mortes por doenças cardiovasculares associadas à pandemia (variação de 46.000 a 179.900) (DAWOOD, 2012). O contraste entre os dados da OMS e os de outros estudos deve-se, entre outras razões, ao fato de que as mortes confirmadas laboratorialmente são fortemente subestimadas devido à falta de testes laboratoriais de rotina e às dificuldades na identificação de mortes relacionadas à influenza desencadeadas por infecção bacteriana ou por exacerbação de doenças crônicas (VIBOUD; SIMONSEN, 2012).

Ainda que as novas estimativas sejam corretas, quando comparadas ao número de óbitos anualmente causados pela gripe sazonal – segundo a OMS, de 250.000 a 500.000 –, bem demonstram a defasagem entre a declaração da ESPII e a realidade. É inevitável imaginar os eventuais efeitos do uso desta engrenagem internacional em relação a outras enfermidades: “Por ser um vírus novo, a suscetibilidade da população é total e em escala mundial. Claro que temos outras preocupações no nosso campo no hemisfério Sul, e que também são muito graves. Mas quando a imprensa começa a contar os casos confirmados, acaba causando temor na população. Costumo perguntar aos jornalistas que me procuram porque não contar os casos de óbitos por tuberculose no Brasil. São cerca de cinco mil por ano, o que dá a média de 12 a 14 casos por dia. Imagine ter diariamente na primeira página dos jornais que os casos de tuberculose aumentam cada dia. Fico imaginando que impacto isso teria do ponto de vista do controle da doença, pois isso significaria uma relativa redução deste grave problema de saúde pública. Claro que a tuberculose não é uma ameaça às

classes dominantes; é uma doença que fica muito oculta na sociedade, atingindo as classes menos favorecidas” (MEDRONHO, 2009).

O Comitê de Emergências realizou sua última reunião no dia 10 de agosto, e a Direção Geral anunciou que “o mundo se encontra em fase pós-pandêmica”, mas preveniu: “o vírus continua a circular” (OMS, 2010). O setor de *Alerta e Ação Mundial* (GAR) da OMS formulou um conjunto de recomendações aos Estados, que, a seu juízo, deveriam continuar vigilantes.

2. O Comitê de Revisão – o controle interno

Uma primeira lista de membros do Comitê de Revisão foi divulgada no dia seguinte à extinção da ESPII (OMS, 2010), e substituída menos de dois meses depois, para adicionar informações sobre o Professor Neil Morris Ferguson (OMS, 2010). Diversos dos membros do Comitê de Emergências foram submetidos ao crivo dos meios de comunicação e da opinião pública. Atores políticos e sociais moveram as pás de uma crise que foi enfrentada pela OMS por meio de outro utensílio do RSI (2005), o *Comitê de Revisão*.

Em virtude do artigo 51 do RSI, um Comitê de Revisão pode ser criado pelo Diretor Geral para realizar três tipos de funções: emitir recomendações técnicas sobre emendas ao Regulamento a pedido do Diretor Geral; fornecer assessoramento técnico ao Diretor Geral acerca de recomendações permanentes, inclusive sua modificação ou extinção; fornecer assessoramento técnico ao Diretor Geral acerca de qualquer assunto relativo ao funcionamento do RSI.

O Comitê de Revisão é considerado como um comitê de especialistas; sujeita-se, portanto, ao regulamento aplicável aos especialistas da OMS. Seus membros devem ser escolhidos e nomeados pelo Diretor Geral entre os que figuram na Lista de Especialistas do RSI e, se for o caso, outras tabelas de especialistas da OMS. A escolha baseia-se nos princípios de representação geográfica equitativa, da paridade entre os sexos, da representação equilibrada entre os países desenvolvidos e os países em via de desenvolvimento, da representação de diferentes correntes de pensamento, enfoques e experiências práticas nas diversas regiões do mundo, e de um equilíbrio interdisciplinar apropriado.

A participação de não membros do Comitê em suas reuniões é admitida pelo RSI. Neste caso, ele outorga o mesmo estatuto tanto aos Estados, à ONU e suas instituições especializadas, além de outras organizações interestatais; como às organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS. Todos estes atores são convidados, pelo Diretor Geral, a designar representantes para participar das sessões do Comitê de Revisão, sem direito a voto, podendo submeter memorandos e, desde que com o consentimento do Presidente, fazer declarações sobre o tema em exame.

Em virtude dos artigos 51 e 52 do RSI, o Diretor Geral convoca, fixa o número de membros, a data e a duração de uma reunião do Comitê de Revisão. Quanto ao Relatório das opiniões e recomendações do Comitê de Revisão, que deve ser aprovado ao final de cada sessão, seu conteúdo não vincula a OMS; ele deve ser apresentado sob a forma de conselhos ao Diretor Geral e seu texto não pode ser alterado sem o consentimento do Comitê de Revisão. As decisões do Comitê de Revisão são tomadas por maioria dos membros presentes e votantes. Se as conclusões não forem unânimes, qualquer membro tem o direito de emitir um ou mais pareceres profissionais divergentes, em relatório individual ou coletivo, que fará parte do Relatório final do Comitê de Revisão. O Relatório final é submetido ao Diretor Geral, que transmite seu conteúdo à Assembleia Geral da Saúde ou ao Conselho Executivo para que o examine e determine seu seguimento.

O primeiro Comitê de Revisão criado sob a égide do novo RSI, ora em apreço, foi resultado de um processo decisório complexo. O próprio texto do RSI estipula claramente que a primeira de suas revisões periódicas deveria ocorrer dentro de um período de no máximo cinco anos a partir de sua entrada em vigor – logo, o mais tardar em 2010. Paralelamente à necessidade de revisão ordinária do RSI, instalou-se, a partir do final do ano de 2009, uma crise conjuntural sem precedentes na OMS. Denúncias de conflito de interesses por parte dos especialistas da OMS, ou até mesmo de que não havia uma real pandemia em curso, encontraram eco nos meios de comunicação de diversos países. Um dos momentos mais importantes desta crise foi o da publicação, na reputada revista estadunidense *Science*, de uma nota em que o jornalista Martin Enserink refere-se diretamente ao Professor Albert Osterhaus – que teria participado da elaboração de documentos estratégicos da OMS sobre a pandemia – afirmando: “na última semana, sua reputação foi duramente atingida, depois da acusação de que teria incitado ao temor à pandemia para promover seus próprios interesses comerciais no desenvolvimento de vacinas” (SCIENCE, 2009).

Contribuíram sobremaneira para aumentar as suspeitas em relação à credibilidade da organização tanto a regressão das taxas de incidência da enfermidade, paulatinamente percebida como menos ameaçadora do que se supunha, como a já referida relutância da Diretora Geral em divulgar o nome dos membros do Comitê de Emergências que havia declarado a pandemia. Um informativo oficial assim o reconheceu: “a OMS tem conhecimento de artigos nos quais a mídia manifesta sua preocupação diante de vínculos que alguns dos especialistas de organismos consultivos da organização mantêm com a indústria farmacêutica, e da influência que eles poderiam ter sobre as decisões políticas, em particular àquelas relacionadas à gripe pandêmica. ... Em razão das divergências entre aquilo que se esperava e o que se produziu na realidade, pode-se compreender esta busca

de motivos secretos ou de intenções dissimuladas que a OMS ou seus conselheiros científicos poderiam ter, mas ela não é justificada” (OMS, 2009).

Em janeiro de 2010, o Conselho Executivo da OMS reuniu-se para sua 126ª sessão, em pleno aprofundamento da crise, e convocou um *Comitê de Revisão sobre o funcionamento do RSI (2005) e sobre a pandemia de gripe A(H1N1) 2009*. Em consonância com sua denominação, reforçada pelas palavras de seu Presidente, Harvey Fineberg, o Comitê acumulou dois objetivos: efetuar o primeiro exame periódico do RSI e “o estudo da resposta que a OMS ofereceu a esta pandemia. Esses dois objetivos são diferentes, mas estreitamente vinculados” (COMITÊ DE REVISÃO, 2010).

Atestando o impacto das denúncias no seio da organização, no dia seguinte à decisão do Conselho Executivo, foi emitida uma “Declaração da OMS sobre alegações de conflitos de interesse e de ‘falsa’ pandemia”, sustentando que: “As políticas e intervenções adotadas pela OMS face à pandemia de gripe não foram indevidamente influenciadas pela indústria farmacêutica. ... Os peritos especializados remetem à OMS uma declaração de interesses firmada, na qual eles oferecem detalhes sobre os eventuais interesses profissionais ou financeiros que poderiam comprometer a imparcialidade de seus pareceres. A OMS toma as alegações de conflito de interesses muito a sério e tem total confiança na independência de seu processo decisório no que concerne à gripe pandêmica. As outras alegações segundo as quais a OMS teria criado uma ‘falsa’ pandemia para servir aos interesses econômicos da indústria são cientificamente errôneas e incorretas. ... Em 1º de julho [de 2009], casos de infecção haviam sido confirmados em 120 países e territórios. O mundo está confrontado a uma pandemia real. Dizer que se trata de uma falsa pandemia não é certo e é irresponsável. Nós somos favoráveis a todo processo legítimo de exame suscetível de aperfeiçoar nossa ação” (OMS, 2010).

A Direção Geral nomeou, então, 29 membros para o Comitê de Revisão, apresentados como “especialistas com um misto de perícia científica e experiência prática em saúde pública”, sendo “alguns dos maiores especialistas no mundo em seus respectivos campos” (OMS, 2010). Quatro deles “tiveram que demitir-se ao longo dos trabalhos”, segundo o Relatório final do Comitê. Dois entre os demissionários, Anthony Evans e John Mackenzie, surpreendentemente foram membros do Comitê de Emergências que declarou a pandemia. Quando do anúncio da criação, e ainda durante a primeira reunião do Comitê de Revisão, tal informação ainda era desconhecida, pois a lista dos membros do Comitê de Emergência só foi divulgada em agosto de 2010. Ora, um dos principais objetos de análise crítica do Comitê de Revisão foi o trabalho do Comitê de Emergências. Assim, entre a primeira (abril de 2010) e a segunda reunião do Comitê de Revisão (junho de 2010), e antes que os nomes dos membros do Comitê de Emergências fossem difundidos, Evans e Mackenzie retiraram-se do grupo. Conforme a ata da segunda reunião do Comitê de

Revisão, ambos “retiraram-se do Comitê, temendo que seu vínculo estreito com o trabalho da OMS ao longo da pandemia de gripe A(H1N1) pudesse ser percebido como incompatível com o papel do Comitê, encarregado de fornecer uma avaliação independente. Embora tenham deixado de ser membros do Comitê, o Professor John Mackenzie e o Dr. Tony Evans continuarão trazendo sua contribuição como especialistas aos trabalhos do Comitê de Revisão, para os quais eles serão convidados”.

O estudo dos currículos fornecidos pela OMS revela que os 25 membros do Comitê possuem perfis bastante homogêneos: 22 deles são médicos (88%); 18 são oriundos de países em via de desenvolvimento (72%); sete foram, e 11 ainda são, pontos focais do RSI em seus respectivos Estados (72%); apenas dois apresentaram Declaração de Interesses (8%); todos haviam atuado anteriormente ou ainda atuam como colaboradores da OMS em seus diferentes grupos técnicos, pontuais ou permanentes; todos atuaram ou ainda atuam em postos de destaque de seus respectivos governos nacionais.

Ao apresentar publicamente os membros do Comitê de Revisão, Margaret Chan destacava o adjetivo “independentes”, termo que não se encontra no RSI, tampouco nos documentos oficiais do Conselho Executivo quando se referem ao Comitê de Revisão. Em correspondência oficial, Chan não somente empregou a expressão *a independent mechanism*, como registrou: “eu expressei publicamente meu desejo de que fosse efetuada uma avaliação crítica, *independente* e transparente da ação da OMS” (OMS, 2010). A mídia chegou a empregar a expressão *auditoria externa*.

A análise do perfil dos membros, e igualmente, a dependência de informações e subsídios fornecidos pelo Secretariado da OMS, recomendam ponderação no que atine à autonomia. Em qualquer caso, pelos vínculos pregressos e atuais dos membros do Comitê com a OMS, a expressão “auditoria externa” deve ser totalmente descartada.

A ampla difusão de que um Comitê de Revisão analisaria o comportamento da OMS durante a pandemia, assim como dos primeiros passos de seu trabalho, não pôde evitar, porém, a continuidade da crise. No início de junho, foi publicada uma investigação promovida pelo tradicional *British Medical Journal* (BMJ) conjuntamente com *The Bureau of Investigative Journalism*, que revela o envolvimento de consultores da OMS com a indústria farmacêutica (COHEN; CARTER, 2010). A reportagem comprova que o *Grupo de Trabalho Científico Europeu sobre a Gripe* (ESWI), embora auto-proclamado independente, seria inteiramente financiado pela indústria farmacêutica, e um de seus objetivos principais seria o lobby. No entanto, segundo os jornalistas investigadores, os membros do ESWI teriam desempenhado um papel central na elaboração das estratégias europeia e internacional para pandemias, mantendo vínculos, entre outros, com a OMS e com o *Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças*.

A matéria denuncia, ainda, diversos consultores da OMS que teriam sido recompensados financeiramente pela indústria por sua apologia à eficácia dos antivirais – como o *Tamiflu*, da *Roche*, ou o *Relenza*, da *GlaxoSmithKline* – ou pela defesa da necessidade de compra de vacinas, sem que declarações de interesse ou outras informações a respeito de seus vínculos com a indústria farmacêutica fossem mencionados pela OMS em sua gestão da crise. No editorial do *British Medical Journal* – intitulado “a OMS precisa agir imediatamente para restaurar sua credibilidade, e a Europa deve legislar” –, sua Diretora de Redação critica um “comitê de emergência secreto” cuja decisão deflagrou contratos milionários de compras de vacinas em todo o mundo (GODLEE, 2010).

A OMS respondeu abertamente ao BMJ, por meio de uma carta aos seus editores: “Os potenciais conflitos de interesses são inerentes a toda relação entre uma organização normativa e de desenvolvimento sanitário como a OMS, e a indústria, centrada no lucro. A OMS deve estabelecer e aplicar regras mais estritas no que se refere às relações com a indústria e é o que estamos fazendo. No entanto, eu gostaria de ser clara sobre um aspecto. Em momento algum, nem por um segundo, os interesses comerciais interferiram em minha tomada de decisão. ... As acusações de que a OMS teria mudado sua definição de pandemia para que compreendesse um evento menos grave, e então servir aos interesses da indústria, não correspondem aos fatos” (CHAN, 2010).

Nesta carta, assim como em todas as suas manifestações públicas do período, a Diretora da OMS utiliza o Comitê de Revisão como um escudo, garantindo que uma investigação independente está em curso, embora, como já foi dito, o conflito de interesses ou a corrupção jamais tenha sido o objeto de trabalho daquele organismo.

A declaração do final da pandemia, em 10 de agosto de 2010, seguida da divulgação dos nomes dos membros do Comitê de Emergências, fez com que a OMS abandonasse paulatinamente os holofotes, enquanto o Comitê de Revisão prosseguia o seu trabalho. Em 7 de março de 2011, uma versão resumida do Relatório Final foi publicada no sítio da internet da OMS, e submetida à consulta junto aos Estados-membros, à ONU e seus organismos especializados, e às organizações não governamentais em relações oficiais com a OMS, que puderam remeter seus comentários antes ou durante a última reunião do Comitê, ocorrida em 28 de março de 2011.

O Relatório Final do Comitê de Revisão foi apresentado à 64ª AMS, ocorrida de 16 a 24 de maio de 2011, em Genebra. O longo documento, de duas centenas de páginas, identifica cinco fatores contextuais que, a seu juízo, influenciaram o “modo de perceber” os eventos relacionados à pandemia, e “contribuem para explicar o que ocorreu”. O apego aos “valores fundamentais da saúde pública” seria o primeiro fator a condicionar a reação dos gestores de saúde pública à pandemia, em todo o mundo: “o princípio que prevalece em saúde pública é a prevenção: prevenir as doenças e impedir as mortes evitáveis”; isto é, “em

caso de incerteza e grave perigo potencial, é preferível jogar a carta da segurança”. Assim, segundo o Comitê, os políticos e as autoridades devem compreender o quanto este valor “impregna toda a reflexão nesta área”. O segundo fator seria “a imprevisibilidade da gripe”.

O terceiro fator apontado pelo Comitê como condicionante da ação da OMS foi “o resultado de uma década de planificação centrada, em grande parte, na ameaça de uma pandemia de gripe aviária H5N1”. Considerando que a mortalidade deste tipo de enfermidade alcança cerca de 60% entre os casos confirmados, estimou-se que uma eventual pandemia de gripe aviária H5N1 seria de altíssima gravidade. Por outro lado, a constatação de que o vírus H5N1 não é facilmente transmissível entre humanos, permitiria igualmente apostar na eficácia dos medicamentos antivirais. No entanto, a gripe A(H1N1) possui características muito diferentes da gripe H5N1, pois causa transtornos que, na maior parte dos casos, não justificam sequer a hospitalização do enfermo.

Embora não mencionada no Relatório, uma análise da trajetória de Margaret Chan parece tornar ainda mais convincente a avaliação da relevância deste fator pelo Comitê. De Diretora do Departamento de Saúde de Hong Kong durante a crise da SARS, ela passou a ser Diretora Geral da OMS, em 2006, eleita com o apoio do governo chinês, o que foi interpretado como “um sinal do impacto da crise da SARS na redefinição das relações entre a China e o Ocidente” (KECK, 2010).

O Comitê concluiu que “o RSI contribuiu para que o mundo inteiro estivesse melhor preparado para as urgências de saúde pública. Mas as principais capacidades nacionais e locais requeridas pelo RSI ainda não são plenamente operacionais e não estão atualmente em condições de serem aplicadas rapidamente em todos os lugares do mundo. Em numerosos aspectos, a OMS saiu-se bem de sua tarefa durante a pandemia, mas ela enfrentou dificuldades sistêmicas e mostrou algumas carências. **O Comitê não constatou nenhuma violação das regras.** O mundo está mal preparado para enfrentar uma grave pandemia de gripe ou qualquer outra emergência de saúde pública mundial prolongada e que constitua uma ameaça. Além do emprego das principais capacidades de saúde pública requeridas pelo RSI, a preparação em escala mundial pode ser melhorada por meio da pesquisa, do fortalecimento dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, pelo desenvolvimento econômico nos países de renda frágil e intermediária, e o melhoramento do estado de saúde geral” (COMITÊ DE REVISÃO, 2010, sem grifo no original).

Tais conclusões indicam que o Comitê de Revisão reconheceu, como se esperava, as falhas da OMS, pondo ênfase, porém, nas razões estruturais destas deficiências, o que implica um compartilhamento das responsabilidades entre a organização e seus Estados-membros.

3. Dois exemplos de controle parlamentar – controle externo

Uma vez deflagrada, toda crise sanitária modifica as expectativas da opinião pública: as mortes passam de “naturais” a “evitáveis”, e a desconfiança em relação às autoridades se dissemina. Diante das denúncias, os parlamentos podem vir a desempenhar um papel importante.

No caso da pandemia, no plano regional, embora o Parlamento Europeu (órgão de representação popular da União Europeia) também tenha discutido o assunto, por questões de espaço cita-se a atuação do Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa. O *Conselho da Europa* foi criado, em 5 de maio de 1949, e é hoje composto por 47 Estados (dos quais 27 pertencem igualmente à *União Europeia*), compreendendo uma população de mais de 800 milhões de “europeus”. Ele possui uma *Assembleia Parlamentar* (APCE), no estatuto original designada como consultiva, que é provavelmente o mais antigo agrupamento internacional de parlamentares. A ACPE reúne-se normalmente quatro vezes ao ano na cidade de Estrasburgo, contando com cerca de 300 parlamentares provenientes dos Estados-membros do Conselho, além de observadores.

No ano de 2010, a APCE adotou a Resolução 1749 e a Recomendação 1929 a respeito da pandemia de A(H1N1). Em sua Resolução, a APCE se diz alarmada pelo modo como a pandemia foi gerida, não somente pela OMS, como também pelas autoridades competentes no âmbito da União Europeia.

A APCE deplorou vivamente as reticências da OMS em compartilhar certas informações essenciais, e, em particular, em publicar os nomes e as declarações de interesse dos membros do Comitê de Urgência. Lamentou, ainda, que a OMS não tenha reagido rapidamente, reavaliando sua posição quando se constatou que a gravidade da pandemia não era a esperada.

A APCE apelou às autoridades sanitárias, e particularmente à OMS, que, entre outras medidas, “atualizassem suas linhas diretivas sobre as relações com o setor privado”, a fim de garantir “que um vasto leque de perícias e de pareceres seja levado em conta, inclusive pareceres contrários de peritos particulares e de organizações não governamentais”.

Na Recomendação dirigida ao Conselho de Ministros, a APCE pede que seja considerado o risco de afronta à boa governança democrática, verificado durante a pandemia, a fim de tirar lições desta crise. Aos 47 Estados-membros do Conselho da Europa, a APCE recomenda “garantir que o setor privado não obtenha um lucro abusivo com os alertas de saúde pública e que ele não possa fugir às suas responsabilidades com o intuito de compartilhar os riscos mas privatizar seus ganhos”.

No plano nacional, cita-se o exemplo da França, onde a gestão da pandemia de gripe A(H1N1) inscreve-se num registro de insatisfação da cidadania diante das respostas governamentais a numerosas crises sanitárias. Desta vez, porém, diferentemente de outras

crises, parecia estar em questão o excesso, não a omissão.

Em janeiro de 2010, o governo da França anunciou a rescisão dos contratos firmados com fabricantes de vacinas, reduzindo sua encomenda a 50% da quantidade que havia anunciado, e causando um grande escândalo político (KECK, 2010).

Evidentemente, a França não foi o único Estado a firmar contratos de grande risco com a indústria farmacêutica. Na Bélgica, por exemplo, um contrato entre o Estado e o grupo farmacêutico GlaxoSmithKline (GSK) isenta totalmente o segundo das consequências de eventuais mortes e efeitos secundários decorrentes da vacina, deixando integralmente ao Estado belga a obrigação de indenizar as vítimas (FRANÇOIS et al., 2012). Imagina-se que os contratos de compras de vacinas, em plena pandemia, guardem semelhança em todo o mundo, mas esta análise é dificultada pelo fato de que poucos contratos foram tornados públicos. Na França, alguns trechos dos contratos foram tornados públicos, com a anuência das partes, mantendo, porém, o sigilo sobre certas cláusulas.

Poucas semanas depois do anúncio da rescisão dos contratos pelo governo, um grupo político do Senado francês (o CRC-SPG) propôs a criação de uma *comissão de inquérito* “sobre o papel da indústria farmacêutica na gestão governamental da gripe A(H1N1)”. Conforme o artigo único da Resolução que a instituiu, sua finalidade é a de tornar transparentes “os elementos de informação oferecidos aos governantes pelos especialistas, sua independência e as eventuais incidências de possíveis conflitos de interesses na tomada de decisão dos poderes públicos”.

A proposta de investigação parlamentar funda-se nas disparidades quantitativas entre os prognósticos oficiais e a realidade, no que atine particularmente a três aspectos: o número de óbitos causados pela gripe A(H1N1): 263 mortos na França, logo, dez vezes menos que a gripe sazonal ; os resultados da campanha de vacinação: 5,5 milhões de pessoas vacinadas – em contraste com o objetivo do governo, que era o de vacinar 30 milhões – e 94 milhões de doses de vacina encomendadas; e o estoque de antivirais: 35 milhões de doses de oseltamivir, distribuídas gratuitamente nas farmácias. Na exposição de motivos da proposta de Resolução, afirmam os Senadores: “esta gestão calamitosa marca a falência de um sistema que repousa essencialmente sobre especialistas recrutados menos por suas competências do que pelos vínculos que mantêm com a indústria farmacêutica. É sem dúvida a razão pela qual, diferentemente de seus colegas economistas que são incapazes de antever as crises, eles as inventam para o maior benefício dos fabricantes de vacinas e antivirais. (...) nós dispomos de um número suficiente de indícios para avançar a hipótese de que as organizações sanitárias internacionais e os Estados, à notável exceção da Polônia, foram instrumentos de uma gigantesca manipulação que teve por efeito o de transformar uma epidemia de gripe banal numa pandemia de nível 6, em grande benefício

da indústria farmacêutica. Resta a precisar o papel que ela realmente desempenhou neste caso”.

Quanto à mudança de definição de pandemia da OMS, já anteriormente referida neste livro, a opinião do grupo de Senadores foi clara: “pode-se até adiantar, sem risco de erro, que na ausência desta modificação, jamais a gripe A(H1N1) poderia ser classificada como pandemia”. A convicção expressa neste tipo de enunciado pode explicar, ao menos em parte, que a correspondente campanha de vacinação seja classificada como um “fracasso global”, eis que, na maior parte dos países desenvolvidos, exceto o Canadá e a Suécia, os governos não tiveram sucesso na missão de convencer a maioria dos seus cidadãos a vacinar-se. A campanha foi, portanto, deflagrada em um cenário de taxas de mortalidade e morbidade incompatíveis com “a representação popular de uma pandemia”. Ademais, diante da inépcia das estratégias de comunicação dos governos, parte significativa da opinião pública encontrava-se propensa a acolher a ideia de que a indústria farmacêutica havia corrompido especialistas e governantes, o que abriu espaço tanto para “teorias do complô” como para os pré-existentes movimentos contra a vacinação.

No entanto, autores como Frédéric Keck consideram que há uma especificidade francesa neste fracasso, que pode ser identificada em dois “fatos maiores”, responsáveis pelo seguinte “absurdo”: o país que comprou a maior quantidade de doses de vacinas foi um dos que menos vacinou suas populações (2011). O primeiro fato seria a ocultação da origem suína do vírus sob o nome de gripe A, que permitiu desvincular esta pandemia de crises como as da “vaca louca”, ou da temida gripe aviária que ocupou as manchetes no ano de 2005. A análise das estratégias de comunicação que cercaram a campanha francesa de vacinação contra a gripe A(H1N1) revela que a ideia de proteger a si mesmo para proteger os demais – “os gestos de cada um fazem a saúde de todos” – apareceu tardiamente, e permaneceu à margem do discurso político, eis que a ameaça de morte dos indivíduos e de seus filhos foi o principal foco da comunicação política e da mídia (FERRON, 2010).

Numa espécie de “epidemiologia emocional”, o grande público foi informado diariamente de cada morte, com ênfase nos casos que não apresentavam fatores de risco conhecidos. Por isto, os resultados pífios desta campanha fazem dela um verdadeiro caso exemplar, aferido em tempo real, do débil impacto e dos efeitos perversos da utilização do medo como estratégia de prevenção, em detrimento de “uma mobilização solidária e uma comunicação educativa”, respeitosa dos “princípios de cidadania e solidariedade”, que considere o público como “um verdadeiro parceiro” da campanha de proteção, e não uma “criança teimosa” a quem seria necessário repreender para que “ande na linha” (idem). Assim, a ocultação da origem da doença, aliada à estratégia comunicativa do medo, tornou impossível um debate democrático profundo sobre a “nova ecologia social dos agentes infecciosos, produzida pelas transformações das relações entre os humanos e os animais”;

e não é um acaso que isto ocorra na França, “nação que gosta de comer seus animais, à condição de esconder o que eles tem em comum com os humanos” (KECK, 2011).

O segundo fato determinante da “peculiaridade francesa” seria a política de compra massiva de vacinas com base no princípio da precaução. Além de gastar cerca de 1 bilhão de euros na compra de vacinas, o governo as forneceu à população por intermédio de centros administrativos que teriam custado um outro bilhão de euros; ora, o princípio da precaução obriga o gestor a avaliar os riscos da introdução de um produto científico junto à população quando há incerteza científica, mas não força os governos a minimizar a qualquer preço os riscos em toda e qualquer situação (KECK, 2011). No caso em apreço, o uso da precaução seria mais pertinente no sentido oposto, em relação aos possíveis efeitos secundários das vacinas – quanto às vacinas em si, tratava-se de urgência, não de precaução. Porém, tudo ocorreu “como se o Estado francês fizesse a guerra contra a gripe sem declará-la”, “numa atmosfera de segredos” que prescindiu da reflexão “jurídica e política sobre os limites da ação pública em situações excepcionais” (JAVEL, 2009). As autoridades acreditaram ter muito a ganhar com a resistência à pandemia, apostando na “hipnose coletiva” resultante da cobertura midiática, alimentada por cifras astronômicas: se a gripe fosse contida, seriam cobertas de glória por ter agido a tempo; se fosse gravemente difundida, ninguém poderia acusar o Estado de omissão (idem). Por tudo isto, a investigação sobre a gripe A teria revelado, além do desperdício do dinheiro público, as “patologias” do sistema político francês.

O labor da Comissão de Inquérito Francesa produziu um extraordinário acervo de informações, mas igualmente de debate e de reflexão política sobre o caso objeto deste livro. Os autos de seu relatório final ultrapassam oito centenas de páginas. O Senado disponibiliza, ainda, os vídeos de todos os depoimentos e audiências realizados durante o procedimento. Ele resulta em 38 proposições, dirigidas ao governo e igualmente à OMS, no mesmo diapasão das inquietações da APCE.

A dureza das críticas formuladas ao longo do trabalho desta comissão permite entender porque, para alguns, o caso da gripe A(H1N1) foi considerado “uma deterioração que fez retroceder a imagem pública da OMS” (DE BENITO, 2011).

Conclusões

Os resultados situam-se em duas dimensões. A primeira é a do uso da urgência e do risco na retórica de alguns atores políticos para justificar a adoção de regimes altamente restritivos de direitos (HONIG, 2011), constatando que as exceções ao Estado de Direito se “normalizam” não apenas por meio dos “emergency powers” (clara derrogação de direitos legitimada pela ordem constitucional), mas sobretudo por meio de medidas e dispositivos

jurídicos supostamente “regulares”, muitas vezes oriundos de âmbitos internacionais, inclusive regionais (DELMAS-MARTY, 2011).

A segunda refere-se à expertise, como atividade de mediação entre ciências e decisões (RODRIGUEZ, 2010), aliada ao problema da “pedagogia das crises sanitárias” (KECK, 2011) e à necessidade de construir uma teoria e uma prática da *expertise dissidente*, tendo no princípio da contradição uma das bases da segurança sanitária: os lançadores de alertas e as associações devem ser representadas nas comissões científicas (TABUTEAU, 2010), sejam elas nacionais ou internacionais.

Principais referências bibliográficas

COHEN, Deborah; CARTER, Philip. “Conflicts of Interest - WHO and the pandemic flu ‘conspiracies’”, *BMJ* 2010;340:c2912, Londres, 03/06/2010.

DELMAS-MARTY, Mireille. FOSSIER, Arnaud. “Entretien avec Mireille Delmas-Marty”, *Tracés - Revue de Sciences Humaines* n.20 2011/1, p.199-211.

GENTILINI, Marc, apud BUSSARD, Stéphane, “L’OMS crève un abcès en publiant le nom de ses experts”, *Le Temps*, 12/08/2012

GROS, Frédéric. *Le principe sécurité*. Paris: Gallimard, 2012.

HONIG, Bonnie. *Paradox, Law, Democracy – Emergency Politics*. Princeton University Press, 2011.

KECK, Frédéric. “Expertise et choix politique: retour sur la grippe pandémique”, *Esprit* 3/2011, março/abril, p.168-177.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A64/10 - *Application du RSI (2005), Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009, Rapport du Directeur Général*. Genebra, 5 de maio de 2011.

PESTRE, Dominique. “Des sciences, des techniques et de l'ordre démocratique et participatif”, *Participations* 1/2011, n.1, p.210-238.

RENET, Sandrine; LANGUMIER, Julien (Orgs.). *Le gouvernement des catastrophes*. Paris: Karthala, 2013.

RODRÍGUEZ, Jacobo Ríos. *L'expert en droit international*, Paris: Pedone, 2010.

TABUTEAU, Didier. “Renforcer la crédibilité de la sécurité sanitaire – Pour des experts dissidents”, *Le Monde*, 11/12/2010.