

## O risco da contaminação global: o combate à epidemia de Ebola na África como vetor de cooperação internacional

The global contamination risk: the battle against Ebola epidemic in Africa as a vector of international cooperation

El riesgo de contaminación global: la lucha contra la epidemia por el virus del Ebola en África como un vector de la cooperación internacional

Gills Vilar Lopes | [gills@gills.com.br](mailto:gills@gills.com.br)

Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, Pernambuco, Brasil

Fabiola Faro Eloy Dunda | [fabioladunda@gmail.com](mailto:fabioladunda@gmail.com)

Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, Pernambuco, Brasil

### Resumo

Considerada a maior epidemia de Ebola desde o primeiro surto em 1976, o oeste africano tem enfrentado grandes desafios, sobretudo endógenos, para conter a disseminação da doença. Objetiva-se analisar a atual epidemia de Ebola à luz do neoinstitucionalismo liberal e da lógica da ação coletiva, utilizando como metodologia a estratégia de *nested analysis*. Conclui-se que o risco de uma pandemia de Ebola tem funcionado como incentivo para que os atores envolvidos cooperem. Os resultados deslocam a discussão para uma área pouco explorada academicamente: a ética médica no âmbito das relações internacionais, que suscita indagações, tais como “por que africanos não têm prioridade no tratamento diferenciado contra o Ebola?” e “qual o verdadeiro papel da OMS ao lidar com grandes epidemias?”. O presente trabalho inova ao tratar lógicas por trás da cooperação internacional em matéria de saúde no continente africano e por agregar a infografia cartográfica à literatura sobre política internacional.

**Palavras-chave:** Cooperação internacional; Políticas, planejamento e administração em saúde; Contaminação; Ebolavirus; África.

### Abstract

Considered the largest epidemic of Ebola since the first outbreak in 1976, West Africa has faced great challenges, especially endogenous, to contain the disease spreading. Our objective is to analyze the current epidemic of Ebola in the light of the neoliberal institutionalism and the logic of collective action, using as methodology the strategy of nested analysis. It is concluded that the risk of an Ebola pandemic has worked as an incentive for the involved actors want to cooperate. The results lead the discussion to an area little explored academically: the international medical ethics, which raises questions like: “why is not given priority to Africans in the differential treatment against Ebola?” and “what is the true role played by WHO when dealing with large epidemics?” The study breaks new ground when it deals with the logic behind the international cooperation concerning health in Africa and adds infographic maps to international politics literature.

**Keywords:** International cooperation. Health policy, planning and management. Contamination. Ebolavirus. Africa.

## Resumen

Considerada la mayor epidemia por el virus del Ébola desde el primer brote en 1976, África Occidental ha enfrentado a grandes desafíos, en especial endógenos, para contener la propagación de la enfermedad. Este trabajo tiene como objetivo analizar la actual epidemia por el virus del Ébola de acuerdo con el neoinstitucionalismo liberal y la lógica de la acción colectiva, utilizando como metodología la estrategia de “nested analysis”. Se concluye que el riesgo de una pandemia por el virus del Ébola ha funcionado como un incentivo para que los actores interesados quieran cooperar. Los resultados llevan la discusión a una área poco trabajada en la academia: la ética médica en las relaciones internacionales, que suscita preguntas como: “¿por qué los africanos no tienen prioridad en el tratamiento diferenciado contra el virus del Ébola?” y “¿cuál es el verdadero papel de la OMS cuando trabaja contra grandes epidemias?”. El estudio abre nuevos caminos al tratar de la lógica detrás de la cooperación internacional en materia de salud en África y al agregar mapas infográficos a la literatura política internacional.

**Palabras clave:** Cooperación internacional. Políticas, planificación y administración en salud. Contaminación. Ebolavirus. África.

---

## INFORMAÇÕES DO ARTIGO

### Contribuição dos autores:

Os autores contribuíram igualmente em todas as etapas do artigo.

Declaração de conflito de interesses: Não

**Fontes de financiamento:** Programa de Apoio ao Ensino e à Pesquisa Científica e Tecnológica em Assuntos Estratégicos de Interesse Nacional – Pró-Estratégia (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República e Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pernambuco)

**Histórico do artigo:** Submetido: 24.out.2014 | Aceito: 6.fev.2015 | Publicado: 31.mar.2015

**Agradecimentos/Contribuições adicionais:** À prof. Me. Elia Elisa Mancini Cia (RI-UEPB) pelos comentários e sugestões ao texto.

**Licença CC BY-NC atribuição não comercial.** Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

## Introdução

As questões de cooperação em matéria de saúde tornam-se também parte dos estudos de segurança internacional, principalmente a partir do fim da Guerra Fria. Isso se deve especialmente a dois fatores correlacionados: de um lado, ao alargamento da agenda de segurança internacional e sua consequente nova abordagem de temas outros que não os eminentemente relacionados ao setor militar<sup>1-3</sup>; e, do outro, ao desenvolvimento do conceito de Segurança Humana, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD<sup>2</sup>.

*Grosso modo*, é possível classificar as doenças em três grandes categorias, quanto ao seu alcance: (i) endemia, quando acomete um dado local; (ii) epidemia, quando a doença – geralmente, infectocontagiosa – alastra-se para algumas regiões; e pandemia, quando atinge muitas partes do mundo, ao mesmo tempo.

Nesse sentido, vê-se uma maior articulação no combate a vários elementos responsáveis pela propagação rápida de um microrganismo – vírus, bactéria, fungo etc. –, de modo a evitar que se torne uma epidemia, que pode resultar em pandemia. Dentre eles, destacam-se: o cosmopolitismo mundial; a interdependência e a interconexão entre países; as mutações genéticas relacionadas aos microrganismos que causam as doenças e a própria doença; o desenvolvimento de resistência a medicamentos; e a popularização dos meios de transporte de massa.

Portanto, sendo o Ebola uma doença que ainda não tem cura, e diante da epidemia de 2014, projeta-se o seguinte problema de pesquisa: que fatores incentivam os Estados a cooperarem, diante da atual epidemia na África Ocidental? Em outras palavras: por que a lógica de ação coletiva em torno deste caso africano é diferente da dos outros surtos de Ebola anteriores?

Parte-se da hipótese principal de que, excetuando-se as questões estritamente ligadas à doença em si – como campanhas de prevenção e tratamento –, variáveis como interdependência complexa e ética nas relações internacionais ajudam a entender melhor o porquê de os surtos de 2014 terem fomentado ainda mais a cooperação internacional em torno desse caso.

Quanto aos aspectos metodológicos, busca-se impulsionar o debate sobre os estilos de pesquisa nas ciências sociais<sup>4,5</sup>, utilizando-se a metodologia mista *nested analysis*<sup>6</sup>. Em outras palavras, opta-se, aqui, por um diálogo simbiótico – e não independente – entre os estilos qualitativo e quantitativo de análise. No que tange aos métodos qualitativos abarcados para corroborar a hipótese principal, escolhem-se a análise documental e o estudo de caso das epidemias de Ebola, com ênfase no caso africano, especificamente de sua parte ocidental. No tocante ao aspecto quantitativo, busca-se auxílio na econometria. Ademais, como ferramentas auxiliares, têm-se os seguintes programas de computadores (*software*): Philcarto, utilizado, aqui, com fins de cartografia; e Stata, a fim de automatizar regressões e produzir análises gráficas. A Figura 1 apresenta os aspectos metodológicos por trás deste trabalho.

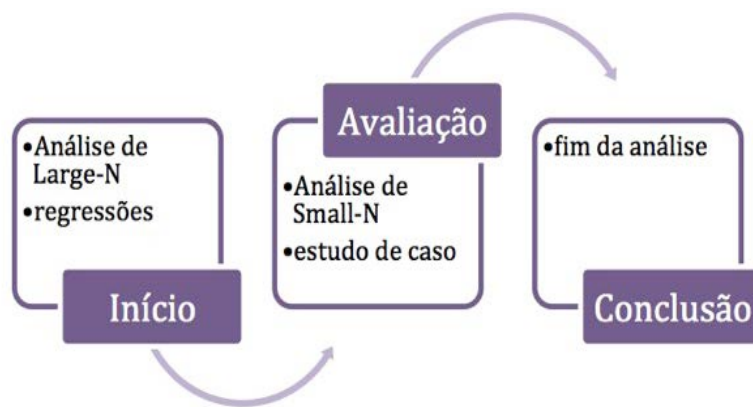


Figura 1 – Metodologia de análise do presente trabalho  
 Fonte: Elaboração própria.

Nesse ínterim, o presente artigo se justifica em face da necessidade de que mais estudos internacionalistas possam versar sobre questões de saúde, que quase sempre estão suscetíveis a transbordamentos fronteiriços, como se revela no caso africano.

Considerando a atual epidemia de Ebola no oeste africano, a qual já infectou mais de nove mil pessoas, matando aproximadamente 50% destas<sup>7</sup> – levando-se em conta os casos confirmados, prováveis e suspeitos –, essa é reconhecidamente a maior e mais grave epidemia de Ebola no continente africano, palco de outros surtos, desde o primeiro, em 1976, na atual República Democrática do Congo (RDC) e no Sudão do Sul. Expostos diretamente ao vírus da atual epidemia, países dentro e fora do continente afetado estão preocupados com a sua disseminação, tendo em vista o aumento cada vez maior do número de vítimas letais. O anúncio do primeiro caso de transmissão na Espanha, e os três casos nos Estados Unidos, com uma morte, reforçou o estado de alerta da comunidade internacional.

No que tange ao marco teórico, este trabalho parte do pressuposto de que Estados e entes não estatais, ao cooperarem para impedir o alastramento do Ebola, exercem papéis centrais na política internacional. Portanto, elege-se o neoliberalismo institucional como corrente teórica principal para, à sua luz, compreender o porquê de atores de esferas diferentes cooperarem ou não entre si. Em alguns casos pontuais sobre segurança biológica, o presente texto se adequa aos postulados da escola de Copenhague.

Com vistas a corroborar a hipótese principal do presente artigo, o objetivo geral configura-se como duplo: primeiro, o de introduzir a problemática epidêmica de escala global – pandemia – nos estudos de relações internacionais; e, segundo, o de mapear, literalmente, o caso *suis generis* da África Ocidental.

Logo, além desta introdução e das considerações finais, o presente texto possui ainda duas partes principais: a primeira, mais generalista, cuida da problemática das epidemias e de seus agravantes e oportunismos nos séculos XX e XXI; e a segunda diz respeito especificamente aos surtos de Ebola, com foco nos países da África Ocidental afetados pela doença, no ano de 2014. Portanto, o marco temporal compreendido nesta análise está entre 1976 e 2014, voltando-se com mais atenção para este último ano.

## Definindo conceitos e delimitando o problema: soluções compartilhadas para problemas individuais de saúde

Durante praticamente toda a Guerra Fria, explicações de ontologia fundamentalista e de epistemologia realista continuavam a dominar o meio acadêmico das relações internacionais. Com o debate “Neo-Neo”, autores neoliberais e neorealistas – notadamente europeus e estadunidenses – buscaram dar novas

roupagens a antigas respostas realistas sobre o sistema internacional, os constrangimentos e os interesses que influenciam as percepções dos Estados.

Dentro desse amálgama de teorização acerca das idiossincrasias das relações internacionais, Robert Keohane busca fornecer mais do que novas respostas; ele cria uma nova teoria que, concomitantemente, não se distancia das que ele havia defendido e combatido – a da interdependência complexa e a do neorealismo, respectivamente. Surge, então, o neoliberalismo institucional ou neoinstitucionalismo liberal, trazendo, em seus pressupostos, a afirmação de que, apesar de os Estados serem os principais atores do sistema internacional anárquico, as organizações intergovernamentais (OIs) também desempenham papel importante na política internacional.

Todavia, a teoria neoliberalista institucional focava-se na possibilidade de os Estados cooperarem para a obtenção conjunta de ganhos, ao contrário do postulado realista/neorrealista, que buscava, no estado de natureza hobbesiano, a sustentação de que a ausência de um ente supranacional que garanta o cumprimento dos acordos torna a cooperação difícil de ocorrer.

Com isso, as OIs deixam de ser vistas, necessariamente, como um mero instrumento de realização dos interesses dos Estados mais poderosos, e passam a ser oportunidades de esses mesmos Estados – egoístas e racionais –, por meio de interesses comuns, obterem, juntos, ganhos maiores do que se os estivessem buscando solitariamente. Em outras palavras, ao cooperar, os ganhos seriam absolutos.

Assim, com o fim da Guerra Fria e a reestruturação do sistema internacional – que passa de bi para multipolar – torna-se cada vez mais frequente a preferência dos Estados pelas OIs e pela coordenação de relações entre três ou mais Estados de acordo com um conjunto de princípios<sup>8</sup>, ou seja, o multilateralismo.

Nesse sentido, o risco da contaminação mundial pelo vírus Ebola, para outros países dentro e fora do continente africano, coloca-se como condição desestabilizadora da saúde global e deflagra incentivos para que Estados e instituições cooperem em prol da contenção da epidemia no oeste africano.

Considerando tal cenário e trazendo a saúde para o contexto dos estudos internacionalistas, enfatiza-se o fato de os Estados serem atores fulcrais no estabelecimento de cooperação internacional, tendo, também, a importante participação de atores não estatais no caso da epidemia em tela.

Depreende-se que analisar a cooperação internacional em saúde sob o prisma do neoliberalismo institucional permite admitir, entre outras facetas, que: os Estados são os principais atores no mundo da política internacional; eles se baseiam em suas concepções de autointeresse; e as OIs também importam internacionalmente, funcionando como facilitadoras de acordos, ao permitir que por meio delas existam, por um lado, maiores fluxos de informações e, por outro, reduções dos mais diferentes custos de transação. Além disso, em condições de interdependência, os governos podem utilizar as OIs para alcançar seus interesses por meio de ações coletivas limitadas<sup>9</sup>.

Mancur<sup>10</sup>, referencial teórico do pensamento sobre as ações coletivas, considera a ideia de que grupos, e, no caso em questão, os Estados afetados e não afetados pela epidemia de Ebola, tendem a agir no sentido de alcançar os seus próprios interesses, atuando por meio de uma lógica de racionalidade e de comportamento autointeressado<sup>10-11</sup>. A questão do tamanho do grupo, bem como do problema dos “*free riders*” ou “caronas” – indivíduos que, mesmo não colaborando na ação coletiva, beneficiam-se do “bem” alcançado por aqueles que ativamente contribuíram para tal fim –, permeiam a discussão sobre o processo de decisão na busca de uma ação coletiva<sup>11</sup>.

Também considera Olson<sup>10</sup> que a ação coletiva emerge quando os esforços de dois ou mais indivíduos são necessários para se atingir resultados, e que, para que seja articulada, devem ser consideradas, pelo menos, seis condições relacionadas ao grupo de interesse: (i) seu tamanho; (ii) sua composição; (iii) as regras estabelecidas por sua interação; (iv) a natureza estratégica dessa interação; (v) as informações fundamentais dos seus participantes; e (vi) a sequência de interações entre seus participantes.

Considerando a atual epidemia de Ebola, observa-se a existência de ações coletivas em saúde encampadas pelos Estados em prol de conter a disseminação da doença. Considerando (i) o pressuposto de que a saúde é um bem público global e (ii) a constatação de que há um decréscimo da condição de saúde nos locais contaminados e, até mesmo, a falta dela, quando se pensa no contingente de pessoas contaminadas pelo Ebola, questiona-se: como os Estados reagiriam se a “ação” ou a “intervenção” em um ou mais deles se fizesse necessária? Para a compreensão desse movimento coletivo dos países, não só os Estados são peças fundamentais, como o são também atores não estatais, a exemplo das ONGs, da Igreja, das OIs, da sociedade civil etc.<sup>12</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS), como órgão coordenador de ações para o combate do Ebola na África, representa o papel central e determinante de que as instituições têm a logística das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da infecção. Além de funcionar como facilitadora na troca de informações multinível sobre o assunto, ela também acaba por incentivar e capitanear recursos em várias instâncias, a fim de ampliar a participação global no combate à doença<sup>12</sup>.

Inserir o pensamento da ação coletiva diante da atual epidemia de Ebola no continente africano traz, para a reflexão, a questão do tamanho do grupo, uma das premissas dessa teoria. O maior número de países participantes, no caso do Ebola, aumenta a chance de contenção da doença, visto que a participação de países – vítimas ou não da epidemia – opera em vários níveis de atuação, para tentar impedir que a doença se alastre tanto dentro da própria região contaminada, quanto fora dela.

Em prol de um interesse comum, qual seja conter a epidemia, ou agindo por meio de uma ação coletiva, os países apresentam tamanho, população, nível de desenvolvimento socioeconômico e possibilidade de recursos – financeiros, humanos, materiais – diferentes, sendo considerados, nesse sentido, heterogêneos, para o contexto da cooperação. No entanto, todos possuem um fim maior e comum que só pode ser alcançado coletivamente: o controle da epidemia de Ebola na região e fora dela.

Na lógica da ação coletiva, os custos que dela derivam têm papel-chave na análise das condições que inibiriam ou incentivariam a cooperação. Baldwin<sup>13</sup> aprofunda a análise, quando, discutindo sobre o debate Neo-Neo, enfatiza quais as condições que levariam à inibição ou ao incentivo da cooperação internacional. Embora não faça referência à questão do custo como pensamento determinante na decisão de os Estados cooperarem, ele levanta algumas hipóteses que enfatizam questões como: a estratégia e a preferência dos Estados influenciarem essa decisão; e os efeitos que o ato de cooperar surte sobre eles, seja por meio dos regimes, seja pela contribuição e participação de comunidades epistêmicas, seja pelo reflexo da distribuição do poder entre os Estados que cooperam.

No caso da epidemia de Ebola, os custos financeiros são elevados. Os recursos conseguidos pela OMS no início da epidemia, por meio da doação de Estados, empresas e outras entidades governamentais e não governamentais, se exauriram em meados de junho. Novo apelo foi feito então pela Organização, visto que a epidemia continuava se alastrando e os países atingidos apresentam limitação de recursos, sendo em sua maioria, países de desenvolvimento econômico baixíssimo<sup>15</sup>.

Sandler<sup>12</sup>, em um avanço acerca da discussão sobre a ação coletiva, analisa a questão da agregação de tecnologias, que indicaria, nesse contexto, como a contribuição individual para a ação coletiva influencia a quantidade total de bem público produzido ou atingido. No caso específico da epidemia de Ebola, a pesquisa para a descoberta de uma vacina ou de um medicamento inclui vários países com trabalhos dirigidos para essa área há vários anos. Entre eles estão Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, tendo este último produzido a droga ZMapp (laboratório Mapp Biopharmaceutical), que é a única testada na atual epidemia<sup>16</sup>.

A recente incorporação de medicamentos experimentais ainda não testados em seres humanos reflete, entre outras questões médicas, a gravidade da epidemia. Mesmo sem conhecimento do potencial efeito benéfico ou deletério dos medicamentos, seu uso, no caso apenas o do ZMapp, foi permitido contra a atual epidemia, como uma tentativa extremada de conter e diminuir seu significativo número de mortes. De acordo com informação veiculada nos meios de informação, o Canadá também fornecerá a droga que estava sendo testada em pesquisas para o tratamento do Ebola<sup>17</sup>. Nesse sentido, agregar tecnologias significa: (i) ter vários

países pesquisando uma vacina para combater o vírus Ebola; (ii) disponibilizar esse tratamento experimental para tratamento em pessoas infectadas; (iii) consenso da comunidade médica e técnica, bem como de líderes de Estado, aprovando o uso da medicação mesmo sem saber seus efeitos experimentais, como uma ação extremada para tentar conter a epidemia, uma vez que os resultados de laboratório mostraram sucesso de controle do vírus em macacos; e (iv) o ZMapp pode levar à descoberta de um tratamento eficaz para o vírus Ebola, contribuindo substancialmente para o tratamento de um grande número de pessoas, bem como para o controle da epidemia.

Porém, cooperação em saúde não parece ser uma faceta dos séculos XX e XXI. Em uma busca mais sistemática por cooperação internacional em matéria de combate e controle de avanços de epidemias, as origens da globalização podem-se entrelaçar. Mais especificamente, diz-se da globalização – ou, no jargão francês, da mundialização – da economia cujo epicentro se dá no apogeu das cidades-estado “italianas”<sup>18</sup>. Não foi por acaso que a cosmopolita Veneza sediou, ainda em meados do século XVI, uma conferência sanitária internacional para tratar de medidas de defesa contra epidemias<sup>19</sup>. Até hoje, uma dessas medidas famosas de contenção sanitária – e utilizada, por exemplo, na mais recente epidemia de Ebola na África – é a chamada *quarentena*, variante do termo “*quarantino*”, criado também pela primeira vez em terras venezianas, pelos idos do século XIV<sup>19</sup>. Essa estratégia está relacionada ao ato de separar e tratar, por um determinado período de tempo – geralmente, os famosos quarenta dias –, infectados (“I”) e não infectados, e de separar esses últimos em dois subgrupos: os suscetíveis (“S”) e os já recuperados (“R”) à/da doença. Essa é a base para o modelo *Susceptible-Infective-Recovered* (SIR) apresentado na Figura 2.

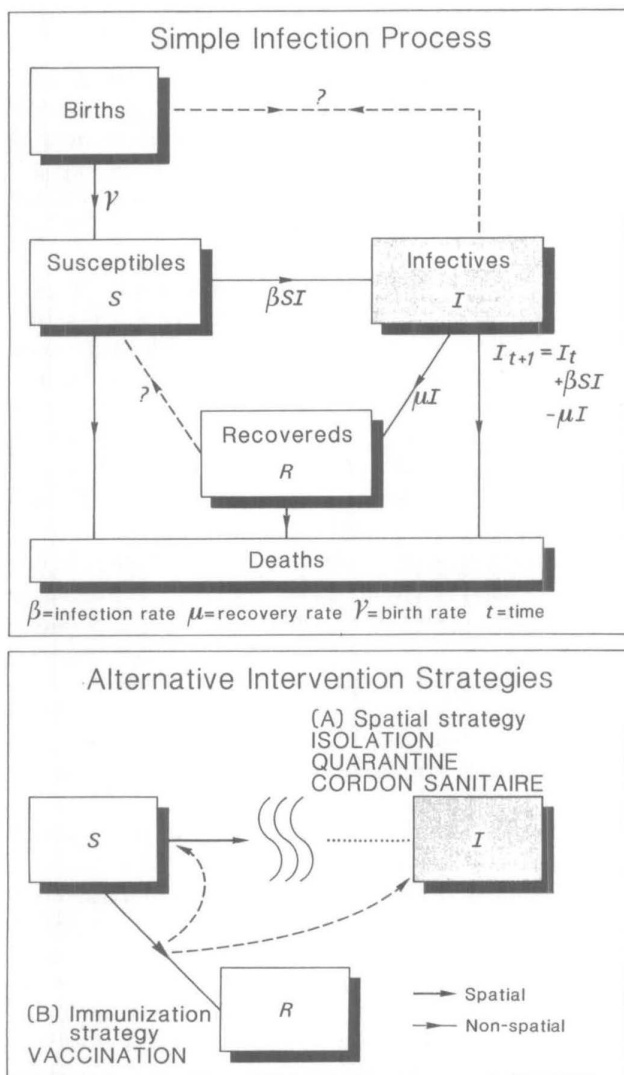


Figura 2 – Uso estratégico da quarentena  
 Fonte: Cliff e seus colaboradores.<sup>19</sup>

A eficácia desses métodos mostra-se assaz satisfatória em surtos e casos endêmicos localmente delimitados. Quando doenças infectocontagiosas tomam proporções maiores – como é o caso extremado da pandemia –, novas formas precisam ser pensadas em conjunto.

Contudo, com a globalização não apenas da economia, mas também de praticamente todos os setores sociais – transporte, alimentação, cultura, finanças etc. –, a comunidade internacional junta esforços no sentido de monitorar, prever e conter doenças que possam levar a uma pandemia. Provas disso podem ser ressaltadas pela realização da primeira Conferência Sanitária, em 1851, bem como a formação de organismos-chave internacionais, como: a Organização Pan-Americana da Saúde, em 1902; o Escritório Internacional de Higiene Pública, em 1907; a Seção de Saúde da Liga das Nações, em 1922; e a OMS, em 1948. Sendo esta última de destaque aqui, pois ela acaba englobando os outros corpos mencionados<sup>19</sup>. A OMS ainda vê, “[...] desde que nasceu, sua atividade sendo disputada e limitada pelas competências sanitárias exercidas pelas outras organizações do sistema das Nações Unidas”<sup>20</sup>, como é o caso do PNUD, que, como exemplo dessa concorrência de competências, cunhou o conceito de Segurança Humana.

Revisitando a definição normativa, ampla e generalista fornecida pelo PNUD – a de que Segurança Humana diz respeito a um mundo sem necessidades e sem medo –, o governo do Canadá busca torná-la bem mais precisa. Parte-se, portanto, de cinco pressupostos sobre o que quer dizer, realmente, Segurança Humana. São eles: (i) “é um conceito holístico que abrange todas as variadas fontes de insegurança individual”; (ii) “concentra-se nos direitos humanos dos indivíduos”; (iii) “valoriza a sociedade civil como ator privilegiado”; (iv) “procura ter uma perspectiva global”; e (v) “justifica a intervenção externa da comunidade internacional em países que estejam atravessando crises humanitárias”<sup>21</sup>.

Por “crises humanitárias” se entendem aquelas relacionadas a circunstâncias críticas, como fome, desastres naturais e epidemias. Nesse sentido, a chamada segurança biológica, ou *biosecurity*, tem, principalmente nos últimos anos, dialogado fortemente com o temor do uso de armas biológicas, que são um tipo de arma de destruição em massa (*weapon of mass destruction*, WMD), ou mesmo com a propagação de doenças, sobretudo, as virais. Exemplo dessa máxima pode ser visto ao se remontar ao uso estratégico de antraz – em sua forma virulenta, mais letal que a bacteriana –, em sequência aos atentados terroristas do 11 de setembro de 2001. Assim, segurança biológica diz respeito à proteção das pessoas e da agricultura contra ameaça de doenças, podendo esta ser originária tanto de armas biológicas quanto de surtos naturais<sup>22</sup>.

Em todo caso, a cooperação internacional em matéria de segurança biológica deve, logicamente, não apenas se preocupar com epidemias que possam levar a uma pandemia mas, outrossim, monitorar e combater doenças endêmicas de propensão a longo alcance, como é o caso do Ebola, o qual já se apresenta como uma das novas doenças a recolocar o mundo em estado de atenção<sup>19</sup>.

A ameaça de que uma infecção por algum microrganismo – sendo ele vírus, bactéria ou fungo, por exemplo – tome proporções alarmantes é determinante para que haja um movimento em prol da cooperação internacional, não apenas em níveis local e regional, ou envolvendo unicamente os países acometidos pela doença, mas também os países do entorno regional não atingidos pela epidemia. É o que parece demonstrar o estudo de caso sobre as epidemias de Ebola no continente mais pobre do mundo, aferida na próxima seção.

## **As epidemias de Ebola na África e o risco da contaminação global: fomentando cooperação internacional**

Considerando os dados da OMS<sup>7, 25-27, 35-36, 38, 40-41, 46-48</sup> e do Centro de controle e prevenção de doenças dos Estados Unidos (US Centers for Disease Control and Prevention<sup>16, 23-24, 28-31, 34, 39</sup>), o vírus Ebola foi detectado pela primeira vez em 1976, na atual República Democrática do Congo (RDC). “Ebola” remete ao nome do rio utilizado pelos habitantes do local onde o vírus manifestou-se pela primeira vez. O número de pessoas infectadas naquele país, à época, foi de 318, com 280 mortes, ou seja, aproximadamente 88% dos infectados.



No agora denominado Sudão do Sul, foram detectadas 284 pessoas infectadas, àquela época, sendo que, destas, 151 morreram, ou seja, um pouco mais de 50% de letalidade.

Desde aquela época, o número de casos de Ebola passou a ser detectado em outros países, tais como Gabão, Costa do Marfim, Uganda e, mais recentemente, Libéria, Guiné, Serra Leoa e Nigéria. Note-se o fato de a RDC, país onde o Ebola foi descoberto, não figurar na lista dos afetados em 2014, demonstrando, assim, que o vírus pode, entre outras possibilidades: ter estado incubado e ter sido transportado para um dos Estados infectados; ou ter sofrido mutação genética, requerendo ainda mais esforços de cooperação internacional na área de P&D em saúde. Todavia, a RDC é atualmente o único Estado não infectado que está em estado de alerta<sup>23</sup>.

Apesar das hipóteses acerca da disseminação do vírus para outras regiões africanas, pergunta-se que fatores teriam permitido a rápida disseminação do vírus na África Ocidental? O que teria levado, inicialmente, à demora na identificação dos casos iniciais nos países da África Ocidental, permitindo, nesse sentido, a rápida disseminação da doença entre os principais países atingidos?

Em um relatório, publicado pela OMS em janeiro de 2015, analisando um ano da epidemia de Ebola na África, a Organização considera alguns aspectos que podem ter contribuído para a rápida disseminação do vírus. Inicialmente, o fato de a África Ocidental não ter sido palco de epidemias anteriores do vírus, diferentemente do que ocorre na região da África Equatorial, que convive com surtos da doença há aproximadamente 40 anos, poderia ser uma das principais causas da rápida disseminação do Ebola. O aparecimento de mortes suspeitas ou de uma “doença misteriosa” que começa a matar pessoas em áreas rurais deflagra rapidamente o alerta em países como a RDC, que já presenciou cinco surtos de Ebola nas últimas quatro décadas; isso faz com que o país, em virtude dessa suspeita, instaure rapidamente medidas para o isolamento de doentes e para o diagnóstico laboratorial, no sentido de confirmar os casos suspeitos e evitar a disseminação do vírus. A não experiência com surtos de Ebola, então, seria uma primeira razão que teria facilitado a rápida disseminação da doença, sem que se pensasse nessa possibilidade como causa das mortes iniciais nos países da África Ocidental.<sup>49</sup>

Associado ao não reconhecimento da doença de forma rápida, o relatório da OMS ressalta que os médicos da região não tinham “familiaridade” com a doença, por nunca a terem tratado, a exemplo dos países da África Equatorial. Sendo assim, os sistemas de saúde não estavam preparados para atender casos da doença, em parte por não suspeitarem dela, inicialmente, além de não terem capacidade de testar o sangue de casos suspeitos para diagnosticar o Ebola de forma rápida, uma vez que não houve casos da doença anteriormente nesses países.<sup>49</sup>

Guine, Libéria e Serra Leoa são países recém-saídos de guerras civis que deixaram a infraestrutura de saúde destruída, estando esta ainda em processo de reconstrução. Junto a isso, um pobre sistema de transporte e de telecomunicações, especialmente na área rural, dificulta a condução de pacientes para centros de tratamento, bem como de amostras de sangue dos casos suspeitos para laboratórios. A parca infraestrutura dos países nessas áreas dificultou também a disseminação de alertas e campanhas públicas de informação sobre a doença para a população, que, nesse contexto, também nunca tinha passado pela experiência de uma epidemia de Ebola.<sup>49</sup>

No que concerne ao comportamento da população, há extrema mobilidade de pessoas nas fronteiras entre os três países, que se deslocam em busca de trabalho e comida. O avançar da epidemia determinou que duas realidades fossem expostas: inicialmente, a incapacidade de medidas de contenção da disseminação do vírus para os países vizinhos, e, posteriormente, a mobilidade de pessoas infectadas entre os países, em busca de tratamento onde houvesse mais condições de este ser oferecido, levando, invariavelmente, a uma nova possibilidade de transmissão da doença.<sup>49</sup>

O hábito de morrer e ser enterrado no local em que se vive aumentou o risco de contaminação, uma vez que indivíduos doentes faziam o trajeto de volta para casa. Inserido no contexto cultural dessas sociedades, está o costume ancestral de lavar ou untar os corpos dos mortos, além de dormir várias noites ao lado dos corpos – ritos presentes em sociedades secretas nestas regiões. Acreditam que, desta forma, existe transferência de poderes do morto para o vivo, contribuindo, neste sentido, para a continuação da cadeia de transmissão do vírus.<sup>49</sup>

A resistência da comunidade a acreditar que a causa das mortes era por infecção do vírus Ebola, com o qual essas comunidades nunca tinham entrado em contato, associada à instituição de medidas tais como desinfecção de casas, medição periódica de temperatura e a presença de estrangeiros vestidos com roupas “estranhas” naquelas comunidades africanas desencadearam suspeitas e resistências a procurar os serviços de saúde já existentes nas cidades, bem como os montados por médicos estrangeiros. Greves dos profissionais de saúde local e de pessoal de sepultamento, em virtude de não pagamento de salários, de não terem roupas adequadas para trabalharem com os doentes de Ebola, bem como a morte de colegas de trabalho que entraram em contato com pessoas doentes, também facilitaram a disseminação da infecção nessas regiões.<sup>49</sup>

A atual epidemia de Ebola da região da África Ocidental, nesse sentido, insere-se dentro do contexto sociocultural dessas comunidades, as quais têm, em hábitos ancestrais e em características próprias da história desses países, fatores que contribuíram para a rápida disseminação do vírus na região.

Para se ter um panorama acerca dessa realidade, a Tabela 1 apresenta os dados referentes aos surtos de Ebola registrados desde 1976.

Tabela 1 - Registros de Ebola no mundo (1976-2014)

ANO	PAÍS	VÍRUS	CASOS	MORTES	LETALIDADE
1976	RDCongo	Ebola	318	280	88,1%
1976	Sudão do Sul	Sudão	284	151	53,2%
1976	Inglaterra	Sudão	1	0	0%
1977	RDCongo	Ebola	1	1	100%
1979	Sudão do Sul	Sudão	34	22	64,7%
1990	EUA	Reston	4	0	0%
1990	Filipinas	Reston	3	0	0%
1994	Gabão	Ebola	52	31	59,6%
1994	Costa do Marfim	Floresta Tai	1	0	0%
1995	RDCongo	Ebola	315	250	79,4%
1996	Gabão	Ebola	97	66	68%
1996	África do Sul	Ebola	2	1	50%
1996	Rússia	Ebola	1	1	100%
2001	Uganda	Sudão	425	224	52,7%
2002	Gabão	Ebola	65	53	81,5%
2002	RDCongo	Ebola	57	43	75,4%
2003	RDCongo	Ebola	178	157	88,2%
2004	Sudão do Sul	Sudão	17	7	41,2%
2004	Rússia	Ebola	1	1	100%
2008	Uganda	Bundibugyo	149	37	24,8%
2008	Filipinas	Reston	6	0	0%
2009	RDCongo	Ebola	32	15	46,9%
2011	Uganda	Sudão	11	4	36,4%
2012	Uganda	Sudão	17	7	41,2%
2012	RDCongo	Bundibugyo	36	13	36,1%
2014	Guiné, Serra Leoa, Nigéria, Libéria, Senegal, Espanha, EUA	Ebola	5.481	2.946	54%
<b>Total</b>			<b>7.588</b>	<b>4.310</b>	<b>56,8%</b>

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do US Centers for Disease Control and Prevention<sup>24</sup> e da Organização Mundial da Saúde<sup>25</sup>.

Notas:

1. Opta-se majoritariamente pelos dados do US Centers for Disease Control and Prevention, que abrangem mais casos/países. Logicamente, há nuances entre as fontes. Por exemplo, a Organização Mundial da Saúde<sup>25</sup> não contabiliza os casos de Rússia, Inglaterra, Filipinas e EUA, pois provavelmente alguns desses casos apresentam tipos de vírus que podem infectar humanos, mas não causar sintomas. Assim, ao cruzar ambos as fontes, é possível comparar casos dentro e fora da África.
2. Dados atualizados até 23/10/2014.
3. A partir de 2012, são computados apenas os casos confirmados em laboratório.
4. A última célula da variável "Letalidade" se refere à media geral.
5. Contabilizam-se apenas os casos reportados em seres humanos.
6. Os casos de EUA (1990) e de Filipinas (1990 e 2008) foram assintomáticos.

Neste mesmo sentido, o Gráfico 1 também projeta a relação entre casos e mortes por Ebola, numa série temporal.

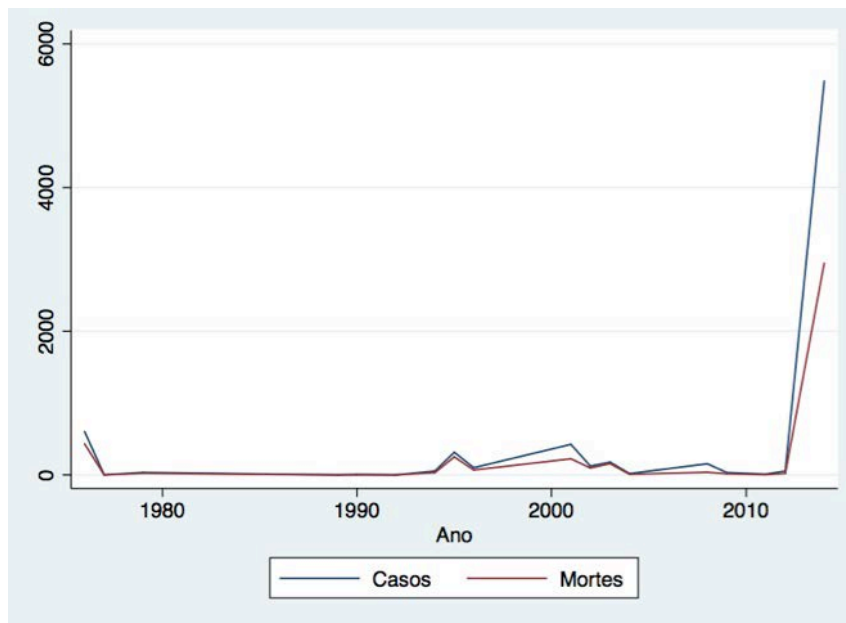


Gráfico 1 – Casos e mortes por Ebola (1976-2014)  
Fonte: Elaboração própria.

Ao se isolar a porcentagem de letalidade – relação entre o número de mortes e o de casos – do Ebola, é possível evidenciar suas altas taxas, como mostra o Gráfico 2.

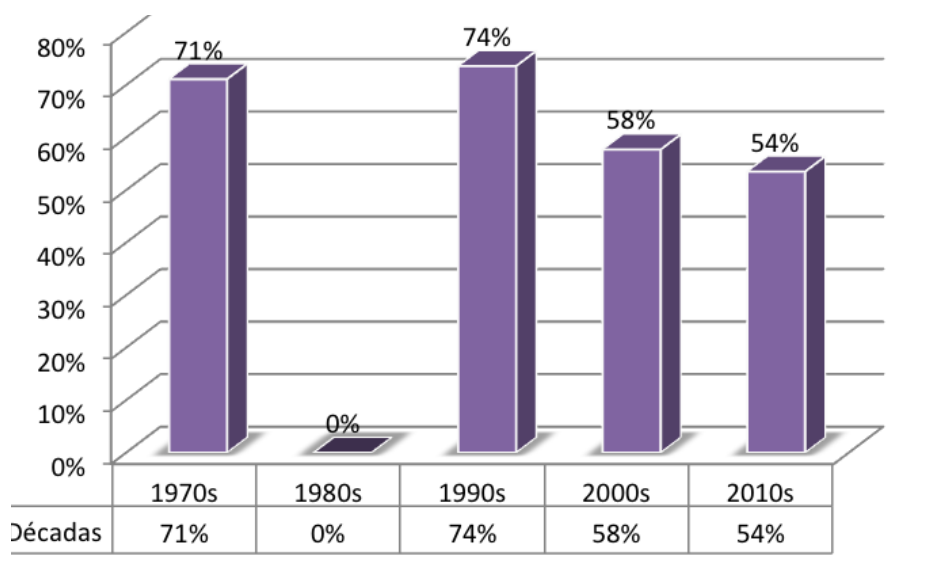


Gráfico 2 – Letalidade do Ebola no mundo, por década (1976-2014)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Relação simples de mortes/casos e de não mortes/surtos.

A fim de se evidenciar ainda mais os efeitos mortíferos do Ebola, busca-se, agora, não mais analisar uma relação, e sim uma correlação entre os casos e as mortes. É o que demonstra o Gráfico 3.

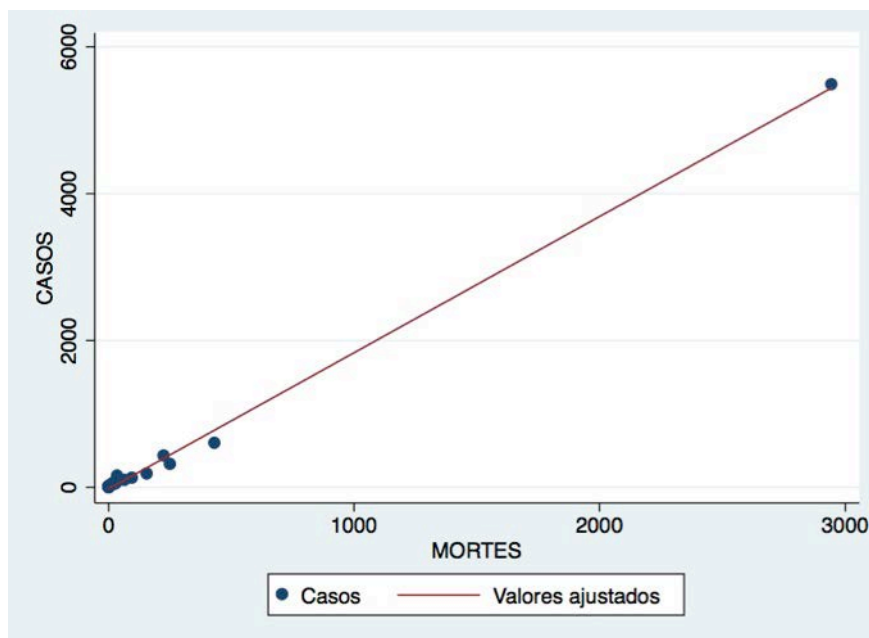


Gráfico 3 – Correlação entre casos e mortes por Ebola (1974-2014)

Fonte: Elaboração própria.

Analisando o Gráfico 3, vê-se uma forte correlação entre casos e mortes que o Ebola provoca. Neste sentido, percebe-se que a reta está positivamente inclinada, ou seja, quanto maior é o número de casos registrados, maiores também são as taxas de mortes. Além disso, sobre o Gráfico 3, duas ponderações são importantes: primeiro, nos surtos iniciais, praticamente não há perceptíveis erros aleatórios de regressão, que, neste caso, é a distância entre o cruzamento dos dados por ano (ponto azul) e os valores ajustados

(linha vermelha). Em outras palavras, a relação caso-morte é praticamente perfeita – projetando-se, assim, o alto grau de letalidade do Ebola; e, segundo, os números – sem precedentes – da epidemia de 2014, no norte africano, mostram-se realmente surpreendentes.

Até 17 de outubro de 2014, o vírus ativo do Ebola já havia sido detectado em cinco países africanos, a saber: Guiné, Libéria, Nigéria, Serra Leoa<sup>26</sup> e Senegal, Estados localizados na chamada África Ocidental, que, além destes, engloba outra meia dúzia de países com uma peculiar característica: possuem os piores valores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do mundo, de acordo com o PNUD<sup>15</sup>. No início de outubro, o vírus foi detectado também na Espanha e nos Estados Unidos, computando o total de quatro casos e uma morte<sup>27</sup>.

Para se ter uma ideia, por meio de um modelo de probabilidade logística (*logit*), busca-se as possíveis chances de as mortes por Ebola encontrarem-se no continente africano, tendo como amostra os 30 surtos elencados na Tabela 1. O modelo *logit* busca descobrir a probabilidade de algo acontecer, usando, para tal, variáveis qualitativas binárias (sim ou não; 1 ou 0). Neste caso, foi levado em conta se os surtos com mortes aconteceram (1) ou não (0) na África, respeitando-se a data da última atualização dos dados (23 de outubro de 2014). Assim, a Tabela 2 apresenta o modelo para a probabilidade dessa ocorrência.

Tabela 2 - Modelo de probabilidade de morte por Ebola na África

Marginal effects after logit  
 $y = \text{Pr}(\text{mortes})$  (predict)  
 $= .97591664$

variable	dy/dx	Std. Err.	z	P> z	[	95% C.I.	]	X
africa*	<b>.7678299</b>	<b>.19348</b>	<b>3.97</b>	<b>0.000</b>	<b>.388613</b>	<b>1.14705</b>		<b>.666667</b>
ebolass~o	<b>-.0475671</b>	<b>.07277</b>	<b>-0.65</b>	<b>0.513</b>	<b>-.1902</b>	<b>.095066</b>		<b>2.06667</b>

(\*) dy/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1

Fonte: Elaboração própria.

Nota: A variável "ebolass~o" (EbolaSubtipo) refere-se à variante do Ebola detectada nos surtos. Como seu resultado foi estatisticamente insignificante (0.513), ela foi desprezada em nossa tentativa de explicação.

A Tabela 2 indica que a variável que capta as mortes por Ebola, contraído em países africanos, é estatisticamente significativa em um nível de 5%. Mostra, ainda, que o fato de alguém ter contraído a doença em países africanos aumenta em quase quatro para um (76%) a *chance* – probabilidade de morte dividida pela probabilidade de os infectados não virem a óbito – de ter morrido de Ebola.

Recorrendo-se novamente à Tabela 1, percebe-se que a infecção pelo vírus Ebola, desde sua primeira epidemia, sempre teve um caráter endêmico no continente africano, sendo observado, no entanto, períodos de epidemia (que se difunde de forma contagiosa) nos quais o número de casos rapidamente aumenta, acometendo com a morte um grande número de pessoas. O caráter epidêmico da doença torna a situação ainda mais alarmante: trata-se de uma infecção que não tem um tratamento específico – vacinas e medicamentos próprios –, e ainda tem o agravante de ser uma doença que leva à morte uma grande parte das pessoas infectadas pelo vírus<sup>25</sup>.

A atual epidemia de Ebola, com maior número de casos na parte ocidental do continente africano expõe não só questões sanitárias, mas também internacionalistas. De um lado, estão: as péssimas condições de saúde da população africana; a dificuldade de acesso da mesma aos serviços médicos; a pequena quantidade de profissionais da área de saúde disponíveis para atender a população doente; e a forma de transmissão

– fluidos corporais –, que expõe os profissionais que tratam as pessoas doentes e os familiares a também fazerem parte da estatística de infectados e de mortos pelo vírus.

A contaminação do padre espanhol Miguel Pajares, missionário que vivia na Libéria, configura-se como um claro exemplo de pessoas que estão tratando indivíduos infectados pelo vírus que são contaminadas e, como no caso do missionário, evoluem para óbito. A recente enfermeira espanhola, primeiro caso de Ebola na Espanha, foi infectada quando tratava o missionário espanhol, levantando o questionamento da capacitação, do uso adequado das vestimentas, e do protocolo de desinfecção que esses profissionais devem (ou deveriam) seguir para evitar o contágio pelo vírus.

A atual epidemia de Ebola assume, por outro prisma, um caráter ainda mais preocupante do que as anteriores, ao se considerar que, com o passar dos anos, as redes de transporte de massa aumentaram significativamente, permitindo que, não sendo a doença controlada, o número de pessoas infectadas aumente e possa alcançar, em última instância, o estágio de pandemia.

Para corroborar o fato de que a África Ocidental é uma região *sui generis*, bem como enfatizar o deslocamento internacional e intranacional de pessoas, elabora-se a Tabela 3. Ela também lista quatro países africanos com características em comum: foram afetados pelo Ebola, em 2014; possuem baixo desenvolvimento socioeconômico; são bastante populosos; detêm áreas consideráveis de fronteira seca; e possuem sistemas e meios de deslocamento que podem facilitar a disseminação de novos casos de Ebola na região.

Tabela 3 - Dados sobre Guiné, Libéria, Nigéria e Serra Leoa (2014)

País	Casos		
	reportados	confirmados em laboratório	Mortes
Guiné	1.540	1.289	904
Libéria	4.665	965	2.705
Nigéria	20	19	8
Serra Leoa	3.706	3.223	1.259

País	População	Área (Km <sup>2</sup> )	Fronteira (Km)
Guiné	11.474.383	245.857	4.046
Libéria	4092.310	111.369	1.585
Nigéria	177.155.754	923.768	4.047
Serra Leoa	5.743.725	71.740	958

País	Aeroportos	Rodovias (Km)	Ferrovias (Km)	Hidrovias (Km)
Guiné	16	44.348	1.185	1.300
Libéria	29	10.600	429	--
Nigéria	54	193.200	3.505	8.600
Serra Leoa	8	11.300	84	800

Fonte: Elaboração própria.

Notas:

1. Dados atualizados até 23/10/2014 e cruzados a partir de: US Centers for Disease Control and Prevention<sup>24,28-31</sup>, Central Intelligence Agency<sup>32</sup>, Nation Master<sup>33</sup> e Organização Mundial da Saúde<sup>7, 25-27, 35-36, 38, 40-41, 46-48</sup>.
2. Casos reportados = casos suspeitos + casos confirmados.
3. Apesar de a OMS ter declarado a Nigéria livre do Ebola<sup>47</sup> em 20/10/2014, preferiu-se mantê-la nos registros analisados, para fins didáticos.

De acordo com o primeiro cabeçalho da Tabela 3, bem como por meio da Tabela 1, percebe-se que os quatro países juntos apresentam uma taxa de letalidade pelo Ebola de aproximadamente 50%, isto é, metade dos infectados. Isso fez com que, por exemplo, a Guiné, a Libéria e a Serra Leoa fossem classificadas com o

nível máximo de alerta, o “vermelho”, e a Nigéria com o “alerta verde”, ou seja, níveis 3 e 1, respectivamente, numa escala até 3<sup>34</sup>. Ressalva-se, porém, que, até 20/10/2014, a Nigéria esteve com o status de “alerta amarelo”, ou seja, o nível 2 de atenção.

A infecção pelo vírus Ebola é conhecida como *febre hemorrágica Ebola*, evoluindo para morte em grande parte dos casos, como já demonstrado. Até recentemente, o tratamento disponível<sup>25</sup> para a totalidade de africanos contaminados pelo vírus incluía: hidratação; alimentação; medicamentos sintomáticos para febre, dor e vômitos; e suporte hemodinâmico intensivo, uma vez que a doença pode evoluir para sangramento externo e em órgãos internos, comprometendo funções dos rins e fígado, e até levar à morte. No entanto, um medicamento experimental começou a ser testado, apresentando sobreviventes e não sobreviventes após o seu uso, sendo ainda precoce a verificação da real resposta do vírus a esse tratamento.

No início da epidemia, em março de 2014, a OMS conseguiu a doação de vários Estados (Itália, Coreia do Sul, Estônia, Canadá, Alemanha, Japão, Brasil, EUA), organismos (USAID, OEA, UK-DFID e African Development Bank) e empresas (ECHO, Rio Tinto Guinea, CERF, VIVO Energy, SMFG e SAG e Vale International Holdings GmbH). Essa ajuda internacional deu suporte às atividades da OMS até junho de 2014, tendo sido esses recursos captados já exauridos. Diante do avanço da epidemia, essa Organização publicou no dia 31/07/2014 um plano de ação para conter a epidemia de Ebola que avança no oeste africano, mobilizando países atingidos, países vizinhos e a comunidade internacional na tentativa de contê-la. No começo de julho de 2014, a OMS juntou ministros da Saúde de vários países africanos em Gana para discutir medidas de contenção da epidemia na região, bem como evitar epidemias futuras<sup>35</sup>. Neste sentido, para tentar conter a epidemia, ficou determinada a instituição de várias ações, nos níveis:

- local: logística para prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, monitoramento do deslocamento de pessoas para outras cidades;
- nacional: estabelecimento de um centro de coordenação para questões logísticas, tais como compartilhamento de informações e uso de equipamentos pelo pessoal da área de saúde, finanças e fronteiras; e
- internacional: compartilhamento de informação entre países e por meio de instituições, como OMS, Nações Unidas, ONGs, captação de recursos financeiros para a contenção da epidemia e cooperação na área de vacinas e medicamentos testados contra o vírus.

No começo de setembro, a OMS voltou a promover novo encontro com especialistas na área de pesquisa, ética, financiamento e coleta de dados sobre o Ebola para avaliar a resposta clínica da medicação experimental testada até o momento, ficando determinado que: i) o material sanguíneo dos pacientes infectados seja utilizado nas pesquisas para o combate ao Ebola; ii) dois novos medicamentos experimentais em pesquisa nos Estados Unidos não serão utilizados no combate à epidemia, se for provado serem seguros, além do desenvolvimento de outras terapias, como anticorpos monoclonais (proteínas usadas pelo sistema imunológico para identificar e neutralizar corpos estranhos como bactérias, vírus ou células tumorais), drogas baseadas em RNA (nova terapia utilizada para o tratamento de tumores e vírus) e pequenas moléculas antivirais. Como complementares a essas medidas, protocolos apropriados para o uso dessas medicações devem ser estabelecidos, assim como deve ser estabelecida também, uma plataforma de coleta de dados para compartilhamento de informações, transparência e monitorização da epidemia<sup>36</sup>.

Nos casos de grandes epidemias – como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003 na Ásia (contida em sua maior parte por medidas como a quarentena de doentes, restrição ao trânsito de pessoas e suspensão de aulas), a da pandemia do vírus H1N1 em 2009, e a da atual epidemia do vírus Ebola –, o medo pelo risco de contaminação em massa determina que haja um movimento cooperativo da comunidade

internacional na tentativa de conter a doença, principalmente por não existir tratamento específico, além de seu elevado grau de letalidade.

Nesse contexto, a cooperação entre governos, bem como o apoio de OIs e ONGs, destacando-se a OMS como organismo maior para a articulação de medidas de prevenção, controle e tratamento da epidemia, faz-se necessária para que se tenha uma ampla disseminação de informação sobre o vírus e sua forma de contágio, facilitando e proporcionando o estabelecimento multinível de medidas para diagnóstico, prevenção e controle da doença.

Nesse viés, as fronteiras passam a ter papel fundamental tanto para a tentativa de contenção da doença entre os países vizinhos – com o uso, entre outras medidas, da quarentena – quanto para facilitar a cooperação entre os países já atingidos e os com risco de serem alcançados pela doença. É nesses termos cooperativos que Keohane<sup>37</sup>, de forma mais ampla, questiona sobre quais condições os países independentes podem cooperar no mundo da economia política mundial e se a cooperação pode, sob algumas condições, desenvolver a base de interesses complementares, e se instituições afetam os padrões de cooperação que daí emergem.

Trazendo a saúde para o contexto das relações internacionais e utilizando como objeto de análise a atual epidemia de Ebola no continente africano, indaga-se: como a cooperação internacional pode ser analisada sob este viés posto por Keohane? Destaca-se o pensamento complementar de Baldwin<sup>13</sup> sobre as condições que inibiriam ou promoveriam a cooperação, bem como o fato de que algumas de suas hipóteses podem ser testadas no caso em tela.

A estratégia da reciprocidade proposta por Baldwin<sup>13</sup>, então, seria aplicada à condição de eclosão de um surto de doença, impulsionando todos os Estados, de forma geral, a cooperar. Considerando a recente epidemia de Ebola, vários governos e instituições atenderam ao chamado da OMS no início da epidemia, não apenas doando recursos financeiros para serem utilizados em ações de combate à infecção, mas também participando ativamente na troca de informações sobre a epidemia em caráter multinível, além de continuarem se propondo a colaborar por meio do *Plano de Ação de Contenção à Epidemia de Ebola* estabelecido em julho último, em Gana, sob a égide da OMS.

O número de atores no caso da saúde, e particularmente no da epidemia de Ebola, importa. Trazendo para o debate a ideia de bem público global e de ação coletiva, Sandler<sup>12</sup> ressalta que, para avaliar ações coletivas transnacionais, inserindo-as no contexto da visão moderna da ação coletiva, uma plêiade maior de atores – tais como organizações não governamentais, fundações de caridade, multinacionais, blocos econômicos regionais e instituições multilaterais de desenvolvimento – deve ser considerada. Assim, ao se afirmar que a saúde é um bem público global – incluindo-se nos critérios de ser um bem indivisível, não seletivo e que não apresenta rivalidade<sup>14</sup> –, vislumbra-se um interesse maior dos Estados em alcançar esse bem, por meio de uma ação coletiva, cooperando em multiníveis, ampliando o número e a diversidade de atores envolvidos na cooperação.

Para se ter uma dimensão dessa cooperação em matéria de saúde, a Rede de Laboratórios para os Patogênicos Emergentes e Perigosos (EDPLN, de Emerging and Dangerous Pathogens Laboratory Network) da OMS possui cinco laboratórios com capacidade para diagnosticar o vírus Ebola (AFR-EDPLN) espalhados pela África, e quatro laboratórios de apoio (Global EDPLN) nos EUA, Alemanha, Canadá e França<sup>38</sup>, em resposta ao surto de Ebola da Guiné. Sendo que apenas os EUA mobilizaram 287 pessoas dentro do país e mais 72 para atuar diretamente nos quatro países com infectados<sup>39</sup>.

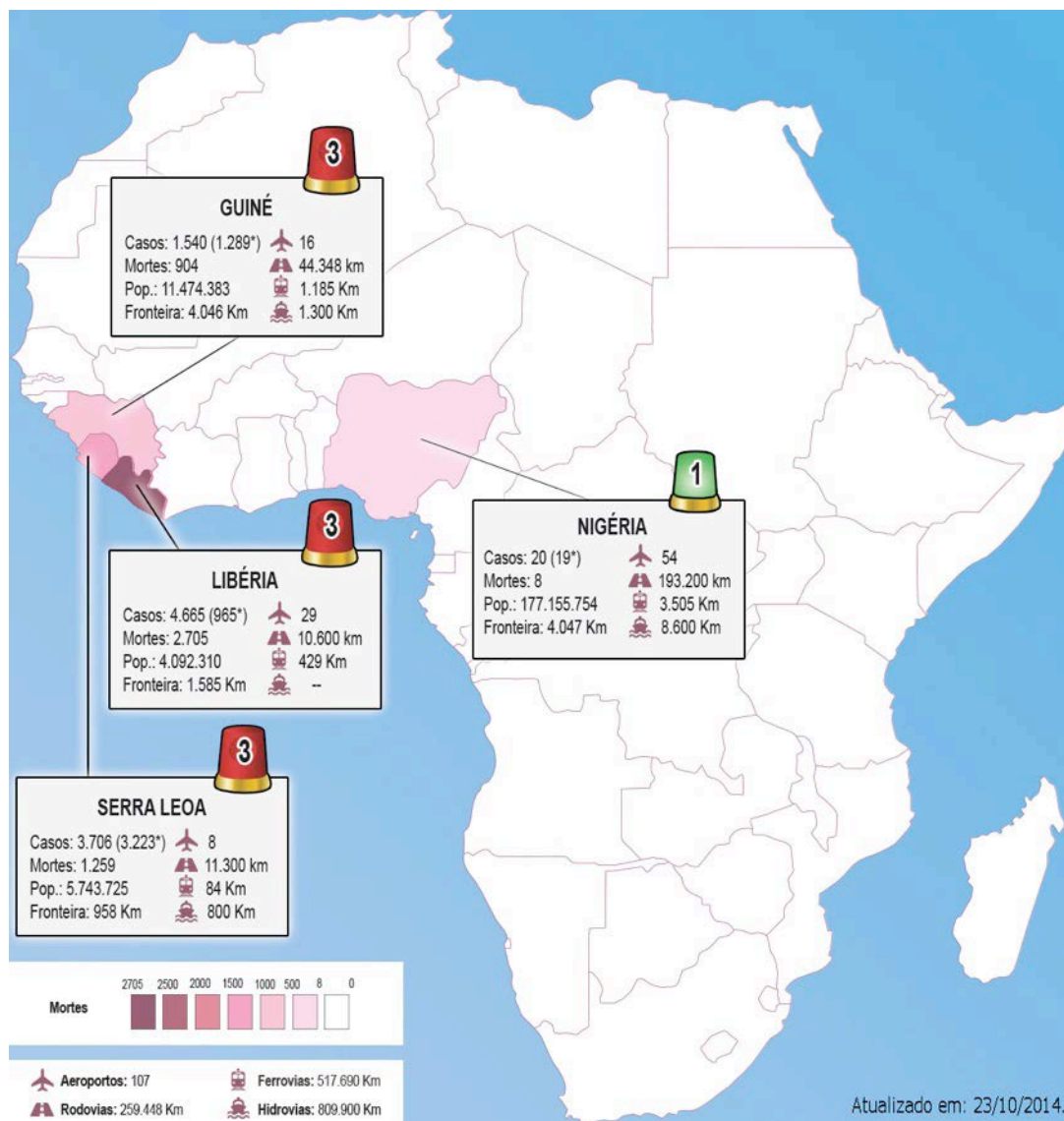
No que concerne à vacina para o Ebola, um consórcio internacional foi formado para acelerar ensaios clínicos em vários locais de pesquisa para duas vacinas ao Ebola, a cAd3-EBOZ, desenvolvida pelo laboratório GlaxoSmithKline e pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, e a rVSV-EBOV, da companhia NewLink Genetics, desenvolvida por pesquisadores da Agência de Saúde Pública do Canadá. Além do ZMapp, droga experimental inicialmente utilizada em pacientes contaminados com o vírus Ebola,



o brincidofovir, um antiviral oral que tem atividade in vitro contra o Ebola, foi utilizado em indivíduo da Libéria que viajou para Dallas no começo de outubro e estava contaminado com o vírus. O paciente foi tratado naquela cidade dos Estados Unidos, mas veio a falecer dias depois. Ensaios clínicos com o brincidofovir e uma segunda droga antiviral, a favipivavir, estão prontos para começar em vários locais de áreas afetadas pela epidemia, indicando o aprofundamento da cooperação técnica na área. Embora os resultados pré-clínicos dos estudos com drogas e candidatos à vacina tenham levantado a esperança de se encontrar a cura para o Ebola, os resultados desses experimentos devem ser considerados com cuidado.<sup>50</sup>

Logo, percebe-se que o caso da epidemia de Ebola na África Ocidental, e o recente transbordamento do vírus, com os primeiros casos fora da África ocorrendo na Espanha (um caso) e nos Estados Unidos (três casos e uma morte), configura uma condição que impulsiona ações de cooperação entre os países, não sendo estes exclusivos de áreas diretamente contaminadas e com riscos iminentes de contaminação.

No que concerne à hipótese de que a globalização é uma condição que facilita a disseminação da epidemia, considera-se que, após os levantamentos e análises quantitativas e qualitativas, pode-se concretizar um dos objetivos deste trabalho: o de mapear a epidemia de Ebola na África Ocidental, em 2014. Tarefa esta levada a cabo pelo Mapa 1.



MAPA 1 – Epidemia de Ebola na África Ocidental (2014)  
 Fonte: Elaboração própria.

Notas:

1. Dados atualizados até 04/09/2014 e cruzados a partir de: US Centers for Disease Control and Prevention.<sup>23-24,28-30</sup>, Central Intelligence Agency<sup>32</sup>, Nation Master<sup>33</sup> e Organização Mundial da Saúde.<sup>7, 25-27, 35-36, 38, 40-41, 46-48</sup>
  2. Plotagem cartográfica elaborada com Philcarto: <http://philcarto.free.fr>
- Legenda: (\*) Casos confirmados em laboratório.

## Considerações finais

A cooperação entre países, bem como a de OIs – destacando-se aqui a OMS como organismo maior para a articulação de medidas de prevenção, controle e tratamento de epidemia – faz-se necessária, a fim de se obter uma ampla disseminação de informação sobre o vírus e sua forma de contágio. Ao agir dessa forma, viabilizam-se medidas mais eficientes de prevenção, controle e tratamento da doença.

Quanto ao encaixe do marco teórico mais utilizado neste trabalho – neoliberalismo institucional –, evidenciam-se algumas considerações:

1. O risco da disseminação de Ebola é real e poder afetar outros Estados, aumentando muito o número de mortes e podendo, em última instância, tornar-se uma pandemia;
2. Diante dessa ameaça, o ato de cooperar torna-se uma estratégia de política externa extremamente interessante e necessária, tendo em vista que todos os países, estejam eles situados no entorno ou fora da região africana, podem ser atingidos pelo Ebola. O surgimento de casos recentes na Espanha e nos Estados Unidos, corroboram essa hipótese;
3. Os Estados levam em consideração o controle da doença, a não contaminação dos seus nacionais e a tentativa de tratamento, agora, com os medicamentos experimentais feitos em/por Estados fora da África;
4. Estados e atores não estatais agem em vários níveis, fortalecendo seus papéis na contenção da doença, tendo a OMS como a principal articuladora e fomentadora das ações cooperativas;
5. Como o caso africano revela, as instituições importam no contexto – aqui, o da *low politics* –, facilitando e estimulando a troca de informações, imprescindível nessa epidemia, em vários níveis, e diminuindo, por conseguinte, o custo de arcar com a decisão de cooperar; e
6. Por fim, ressaltam-se os ganhos absolutos – neste caso, em detrimento dos ganhos relativos, defendidos pelos realistas – na presente análise do estudo do caso africano, pois é notório como a saúde global é encarada como um bem coletivo que beneficia a todos os atores envolvidos na cooperação contra a atual epidemia do Ebola na África Ocidental.

Essa epidemia também levanta a questão ética sobre o uso de medicações experimentais não testadas em humanos, para o controle da infecção. A recente transferência de pacientes americanos infectados com o vírus para os Estados Unidos, um médico e uma missionária, que estavam trabalhando na área atingida pelo Ebola, para serem submetidos a um tratamento experimental, deflagrou a dupla ponderação sobre: (i) se o medicamento deveria ser usado, mesmo ainda sem ter alcançado a fase de testes em humanos; e (ii) quem deveria recebê-lo<sup>40</sup>. A discussão ética sobre o uso de medicamentos experimentais não testados em humanos e, portanto, sem conhecimento dos seus potenciais efeitos tanto benéficos como deletérios, foi exposta em um painel da OMS promovido no dia 11/08/2014<sup>41</sup>, com a participação de especialistas em questões éticas, leigos dos países atingidos e especialistas na área de pesquisa sobre o Ebola, sendo alcançado o consenso sobre o uso de medicamentos experimentais ainda não testados em humanos para a tentativa de controle da epidemia de Ebola que assola países do oeste africano.

O painel da OMS no início de agosto para discussão sobre essa questão obteve o consenso dos participantes sobre o uso de medicamentos experimentais na epidemia de Ebola, sendo reforçado esse posicionamento por meio de recente pronunciamento da OI, quanto à necessidade de acelerar os testes com outras vacinas pesquisadas nos diferentes países, bem como terapias alternativas para o combate ao vírus. Recentemente outro médico estadunidense contaminado na Libéria foi transferido para os Estados Unidos para tratamento com o ZMapp<sup>42</sup>, assim como um britânico<sup>43</sup> que trabalhava com a equipe médica em Serra Leoa foi transferido para Londres, recebeu o tratamento e teve alta hospitalar no começo de setembro.

No que concerne à hipótese de que a globalização fomenta a coadjuvação no caso de epidemias, constata-se que as ações encampadas pelos países atingidos – e também os não atingidos – pela doença se dão em caráter multinível, ou seja, local, nacional e internacional. Esse movimento cooperativo pode ser visto por meio da execução de várias ações que visam ao controle da infecção. É o caso, por exemplo, do aumento do fluxo de informações preventivas, as quais buscam explicar à população local como ocorre a transmissão do vírus, quais são os sintomas, o que fazer em caso de suspeita da doença, quem ou qual hospital/centro de tratamento procurar etc.

Observam-se também ações para diagnóstico dos casos suspeitos e o tratamento dos casos confirmados da doença, que inclui, entre outras medidas, a construção de centros específicos, com o isolamento dos doentes e o fornecimento de aparato protetor para que os profissionais de saúde não se contaminem e possam continuar tratando os infectados. Ao mesmo tempo em que ações locais se desenvolvem, ocorre também aumento do fluxo de informação entre os países, no acompanhamento da epidemia, como tentativa, inserida no amplo espectro de ação de combate à epidemia, de que a mesma não se espalhe para países vizinhos, seja por meio de recursos humanos, seja por financeiros e materiais.

O último nível em que se observa o fomento dessa cooperação é o internacional. Países do mundo inteiro – vizinhos ou não daqueles vitimados pela epidemia de Ebola – colaboram com recursos, trocas de informação, envio de profissionais especializados, bem como com a doação de medicamento experimental utilizado em pesquisa na fase ainda não humana, para o tratamento da doença nos países atingidos pela atual epidemia. Os casos de Ebola recentemente diagnosticados nos EUA – três casos, e uma morte – deflagraram, em grande medida, o aumento dos esforços deste país em conter a epidemia, determinando que houvesse o envio de tropas estadunidenses de modo a implantar infraestrutura para que os especialistas em saúde possam atender e tratar os doentes (unidades de saúde e unidades de emergência). Também como parte desses esforços, determinou-se o envio de material para a instalação de laboratórios móveis com o objetivo de fazer o diagnóstico da doença<sup>44-45</sup> em tempo mais hábil.

A cooperação internacional em saúde firma-se, nesse sentido, como um instrumento importante e determinante para a contenção e controle da epidemia de Ebola na África Ocidental, evitando que mais casos surjam tanto dentro do continente africano como fora dele, evitando que a disseminação do vírus alcance o estágio de pandemia.<sup>51</sup>

O recente comunicado da OMS sobre a epidemia de Ebola considerou que o Senegal e a Nigéria estavam livres da doença, orientando para o pensamento de que a cooperação internacional nessa área e em escala multinível surte efeito, e que a atual epidemia pode e deve ser controlada<sup>46</sup>.

## Referências

1. Buzan B, Waver O, Wilde J. *Security: a new framework for analysis*. Boulder: Lynne Rienner; 1998. 242 p.
2. Buzan B, Hansen L. *The evolution of International Security Studies*. New York: Cambridge University Press; 2009. 384 p.
3. Lessa AC. *Instituições, atores e dinâmicas do ensino e da pesquisa em Relações Internacionais no Brasil: o diálogo entre a história, a ciência política e os novos paradigmas de interpretação (dos anos*

- 90 aos nossos dias). *Rev Bras Polít Int.* 2005 Dez; 48(2). Disponível em: [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-73292005000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292005000200009&lng=pt&nrm=iso)].
4. King G, Keohane R, Verba S. *Designing social inquiry: Scientific inference in qualitative research.* New Jersey: Princeton University Press; 1994.
  5. Brady H, Collier D, editores. *Rethinking social inquiry: diverse tools, shared standards.* New York: Rowman & Littlefield Publishers; 2004.
  6. Lieberman, ES. Nested Analysis as a mixed-method strategy for comparative research. *The American Political Science Review*, 2005 Ago; 99(3):435-52.
  7. Organização Mundial da Saúde. *Ebola virus disease update – West Africa.* Genebra: WHO, 2014. Disponível em: [[http://www.who.int/csr/don/2014\\_08\\_28 Ebola/en/](http://www.who.int/csr/don/2014_08_28 Ebola/en/)].
  8. Herz M, Hoffmann AR. *Organizações internacionais: história e práticas.* Rio de Janeiro: Elsevier/Campus; 2004.
  9. Keohane R. Institutional Theory and Realist challenge after the Cold War. In: Baldwin DA. *Neorealism and Neoliberalism: the contemporary debate.* New York: Columbia University Press; 1993. p. 269-300.
  10. Olson M. *The logic os collective action: public goods and the theory of groups.* Cambridge, EUA: Harvard University Press; 1965.
  11. Ostron E. *Governing the commons: the evolution of institutions for collective action.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1990.
  12. Sandler T. *Global collective action.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004.
  13. Baldwin DA. Neoliberalism, Neorealism, and world politics. *Neorealism and Neoliberalism: the contemporary debate.* New York: Columbia University Press; 1993. p. 3-26.
  14. Orenstein, L. *A estratégia da ação coletiva.* Rio de Janeiro: Revan, Ucan, Iuperj; 1998
  15. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Relatório do Desenvolvimento Humano.* 2014. Disponível em: [[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014\\_pt\\_web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf)].
  16. US Centers for Disease Control and Prevention. *Questions and Answers on Experimental Treatments and Vaccines for Ebola.* 2014. Disponível em: [<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/guinea/qa-experimental-treatments.html>].
  17. CNN. *Canada to donate untested Ebola vaccine.* 2014 Dez. Disponível em: [<http://www.cnn.com/2014/08/12/health/ebola-outbreak>].
  18. Adda J. *As origens da globalização da economia.* Barueri: Manole; 2004. 142 p.
  19. Cliff A, Haggett P, Smallman-Raynor M. *Deciphering global epidemics.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1998. 472 p. (Cambridge Studies in Historical Geography 26).
  20. Mondielli E. Breves considerações sobre as especificidades das normas sanitárias internacionais de forma geral e em particular do regulamento sanitário internacional. *Revista de Direito Sanitário*, 2007 Mar-Jun; 8(1):118-50.
  21. Sorj B. *Segurança, segurança humana e América Latina.* Sur: *Revista Internacional de direitos humanos*, 2005; 2(3):40-59.
  22. Chyba CF. *Toward Biological Security.* *Foreign Affairs*, 2002 May-Jun. Disponível em: [<http://www.foreignaffairs.com/articles/58012/christopher-f-chyba/toward-biological-security>].
  23. US Centers for Disease Control and Prevention. *Ebola in Democratic Republic of the Congo.* 2014. Disponível em: [<http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/ebola-in-democratic-republic-of-the-congo>].
  24. US Centers for Disease Control and Prevention. *Chronology of Ebola Hemorrhagic Fever Outbreaks.* 2014. Disponível em: [<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/resources/outbreak-table.html>].
  25. Organização Mundial da Saúde. *Ebola Virus Disease.* 2014. Disponível em: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>].
  26. Organização Mundial da Saúde. *Ebola vírus disease update.* 2014 Nov. Disponível em: [[http://www.who.int/csr/don/2014\\_08\\_11 Ebola/en/](http://www.who.int/csr/don/2014_08_11 Ebola/en/)].

27. Organização Mundial da Saúde. WHO Ebola response Roadmap update. 2014. Disponível em: [[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136645/1/roadmapupdate17Oct14\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136645/1/roadmapupdate17Oct14_eng.pdf)].
28. US Centers for Disease Control and Prevention. Ebola in Guinea. 2014. Disponível em: [<http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/ebola-guinea>].
29. US Centers for Disease Control and Prevention. Ebola in Liberia. 2014. Disponível em: [<http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/ebola-liberia>].
30. US Centers for Disease Control and Prevention. Ebola in Nigeria. 2014. Disponível em: [<http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/alert/ebola-nigeria>].
31. US Centers for Disease Control and Prevention. Ebola in Sierra Leone. 2014. Disponível em: [<http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/ebola-sierra-leone>].
32. Central Intelligence Agency. The World Factbook. 2014. Disponível em: [<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>].
33. Nation Master. Sierra Leone – Transport. 2014. Disponível em: [<http://www.nationmaster.com/country-info/profiles/Sierra-Leone/Transport>].
34. US Centers for Disease Control and Prevention. Ebola Outbreak – Going to West Africa?. 2014. Disponível em: [<http://wwwnc.cdc.gov/travel/page/ebola-outbound-infographic>].
35. Organização Mundial da Saúde. Ebola virus disease outbreak response plan in West Africa, World Health Organization and the governments of Guinea, Liberia, and Sierra Leone. 2014. Disponível em: [<http://www.who.int/csr/disease/ebola/evd-outbreak-response-plan-west-africa-2014.pdf>].
36. Organização Mundial da Saúde. Statement on the WHO Consultation on potential Ebola therapies and vaccines. 2014. Disponível em: [<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-therapies-consultation/en/>].
37. Keohane R. After hegemony: cooperation and discord in the world political economy. New Jersey: Princeton University Press; 1984.
38. Organização Mundial da Saúde. Ebola vírus disease in West Africa: EDPLN laboratories for Ebola or Marburg vírus diagnostic. 2014. Disponível em: [<http://www.who.int/csr/disease/ebola/EDPLN-labs.jpg>].
39. US Centers for Disease Control and Prevention. Ebola response: CDC in action. 2014. Disponível em: [<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/cdc-in-action.pdf>].
40. Organização Mundial da Saúde. Panel discussion on ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola viral disease. 2014. Disponível em: [<http://www.who.int/csr/disease/ebola/ethics-panel-discussion/en>].
41. Organização Mundial da Saúde. Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola virus disease (EVD). 2014 Aug. Disponível em: [<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-ethical-review-summary/en/>].
42. Gershberg M, Steenhuisen J. Terceiro paciente norte-americano com Ebola é transferido para os EUA. Reuters, 2014 set. Disponível em: [<http://br.reuters.com/article/worldNews/idBRKBN0GZ2VJ20140904>].
43. Folha de S. Paulo. Primeiro paciente com Ebola recebe alta em Londres. 2014 set. Disponível em: [<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2014/09/1510119-primeiro-paciente-britanico-com-ebola-recebe-alta-em-londres.shtml>].
44. BBC Mundo. EE.UU. envia laboratorio y hospital de campaña a Liberia por ébola. 2014 Sep. Disponível em: [[http://www.bbc.co.uk/mundo/ultimas\\_noticias/2014/09/140930\\_ultnot\\_euu\\_ebola\\_liberia\\_equipo\\_ch](http://www.bbc.co.uk/mundo/ultimas_noticias/2014/09/140930_ultnot_euu_ebola_liberia_equipo_ch)].
45. O Globo. Estados Unidos enviam mais mil soldados ao Oeste da África para ajudar a conter o ebola. 2014 out. Disponível em: [<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/estados-unidos-enviam-mais-mil-soldados-ao-oeste-da-africa-para-ajudar-conter-ebola-14128702>].
46. Organização Mundial da Saúde. WHO congratulates Senegal on ending Ebola transmission. 2014 Oct. Disponível em [<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/senegal-ends-ebola/en/>].
47. Organização Mundial da Saúde. Nigeria is now free of Ebola virus transmission. Disponível em [<http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/20-october-2014/en/>].

48. Organização Mundial da Saúde. Ebola virus disease outbreak in West Africa. 2014 Aug. Disponível em: [[http://www.who.int/csr/don/2014\\_08\\_13\\_ebola/en/](http://www.who.int/csr/don/2014_08_13_ebola/en/)].
49. Organização Mundial da Saúde. One year into the Ebola Epidemic. 2015 Jan. Disponível em: [<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/>].
50. Tully CM, Lambe T, Gilbert S, Hill AVS. Emergency Ebola response: a new approach to the rapid design and development of vaccines against emerging diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 2015 Jan. Disponível em: [[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(14\)71071-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(14)71071-0.pdf)].
51. Dunda FFE, Vilar Lopes G. Ebola na África Ocidental: cooperação e segurança internacional em torno do risco de disseminação da epidemia. *Mundorama*, 2014 out; 1(86). Disponível em: [<http://mundorama.net/2014/10/17/ebola-na-afrika-ocidental-cooperacao-e-seguranca-internacional-em-torno-do-risco-de-disseminacao-da-epidemia-por-fabiola-faro-eloy-dunda-e-gills-villar-lobes>].