

ANÁLISE DOS RISCOS DO ANEXO SOBRE ACESSO A PATÓGENOS E REPARTIÇÃO DE BENEFÍCIOS DO ACORDO SOBRE PANDEMIAS DA OMS À LUZ DA COOPERAÇÃO ESTRUTURANTE EM SAÚDE

**ANALYSIS OF THE RISKS OF THE ANNEX ON PATHOGEN ACCESS AND
BENEFIT-SHARING OF THE WHO PANDEMIC AGREEMENT IN LIGHT OF
STRUCTURING HEALTH COOPERATION**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde • 25/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792817475](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792817475)

Paulo Roberto Blanco Moreira Norberg¹

Antonio Neres Norberg²

Fernanda Castro Manhães³

Geovana Santana da Silva⁴

Lígia Cordeiro Matos Faial⁵

Fernanda Santos Curcio⁶

Júlio César dos Santos Boechat⁷

Kelen Salaroli Viana⁸

Clara dos Reis Nunes⁹

Ana Paula Borges de Souza¹⁰

Lívia Mattos Martins¹¹

Leonara de Oliveira Zanon¹²

RESUMO

A experiência devastadora da pandemia de COVID-19 escancarou as profundas iniquidades na distribuição global de contramedidas médicas e reacendeu os debates sobre a governança internacional da saúde. Como uma reação a esse tipo de evento catastrófico para a saúde global, os Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde aprovaram o Acordo sobre Pandemias em 2025, vinculando sua implementação plena à conclusão do Anexo sobre Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios (PABS). O objetivo desse artigo é realizar uma análise crítica da arquitetura normativa e operacional do PABS sob a lente teórica do paradigma da Cooperação Estruturante em Saúde, formulado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O estudo examina se os mecanismos do PABS superam a dependência histórica do Sul Global ou se reproduzem lógicas de cooperação tradicional vertical e assistencialista. A análise identifica seis riscos centrais: extrativismo biológico neocolonial, ilusão da partilha via doações caritativas, falha estrutural na transferência de know-how e flexibilização de propriedade intelectual, fragilidade de sanções sob ameaça de acordos bilaterais assimétricos, viés biomédico e mercantilização corporativa. Conclui-se que o PABS, em sua configuração contratual corrente, é insuficiente para garantir a equidade sanitária a menos que seja subordinado aos princípios da autonomia produtiva endógena, transferência compulsória de tecnologia e saúde como bem público global.

Palavras-chave: Acordo de Pandemias da OMS; Sistema PABS; Cooperação Estruturante em Saúde; Complexo Econômico-Industrial da Saúde; Relações Internacionais e Saúde Global; Equidade Sanitária.

ABSTRACT

The devastating experience of the COVID-19 pandemic laid bare the profound inequities in the global distribution of medical countermeasures and reignited debates on international health governance. In response to this catastrophic global health event, World Health Organization Member States approved the Pandemic Agreement in 2025, linking its full implementation to the conclusion of the Annex on Pathogen Access and Benefit-Sharing (PABS). The objective of this article is to conduct a critical analysis of the normative and operational architecture of PABS through the theoretical lens of the Structuring Cooperation in Health paradigm, formulated by the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz). The study examines whether PABS mechanisms overcome the historical dependency of the Global South or reproduce traditional, vertical, and welfare-oriented cooperation logics. The analysis identifies six central risks: neocolonial biological extractivism, the illusion of sharing via charitable donations, structural failure in know-how transfer and intellectual property flexibilities, fragility of sanctions under the threat of asymmetrical bilateral agreements, biomedical bias, and corporate commercialization. It concludes that PABS, in its current contractual configuration, is insufficient to guarantee health equity unless it is subordinated to the principles of endogenous productive autonomy, compulsory technology transfer, and health as a global public good.

Keywords: WHO Pandemic Agreement; PABS System; Structuring Health Cooperation; Health Economic-Industrial Complex; Global Health Diplomacy; Health Equity.

1. INTRODUÇÃO

A emergência da pandemia da COVID-19 em dezembro de 2019 e sua devastadora disseminação global não representaram apenas uma crise epidemiológica sem precedentes, mas expuseram de forma dramática as fissuras estruturais da governança sanitária internacional e a fragilidade do multilateralismo (Almeida, 2021; Buss e Tobar, 2020; Lima, Buss e Paes-Sousa, 2020; Norberg et al., 2026). Enquanto os países de alta renda acumularam estoques de vacinas suficientes para imunizar suas populações múltiplas vezes, nações em desenvolvimento do Sul Global enfrentaram um verdadeiro “apartheid” de vacinas e de insumos estratégicos (Basile, 2021; Gipollone, 2026; Hoirisch et al., 2025). Essa assimetria demonstrou que a arquitetura global baseada na caridade corporativa e em mecanismos de mercado falhou no intento de garantir a distribuição justa e tempestiva de contramedidas médicas vitais para as populações mais vulneráveis (Abreu, Sato e Waldman, 2023; Ventura et al., 2023).

Diante dessa situação, a 74ª Assembleia Mundial da Saúde instaurou o Órgão Intergovernamental de Negociação com o mandato solene de elaborar um novo instrumento internacional jurídico-vinculante no âmbito da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) com a finalidade de prevenir, preparar e oferecer uma resposta rápida e eficaz a pandemias (Viegas, Carmo e Ventura, 2026; World Health Organization, 2024a). Após mais de três anos de difíceis negociações diplomáticas, a 78ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou formalmente, em maio de 2025, o Acordo sobre Pandemias da OMS (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Li et al., 2026). Entretanto, a efetivação prática e o início do processo de ratificação e entrada em vigor do tratado permaneceram condicionados à conclusão bem-sucedida do seu elemento mais sensível e controverso: o Anexo sobre o Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios

(Pathogen Access and Benefit-Sharing – PABS) (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Até o memento desta análise (outubro de 2026), o anexo PABS encontra-se em negociação pelo Grupo de Trabalho Intergovernamental, com previsão de término das negociações até o final do ano de 2026. Com efeito, a condução de análises críticas antes da aprovação e ratificação do texto definitivo do Anexo PABS revela-se estrategicamente decisiva. Tais investigações possuem o condão de antecipar deficiências operacionais, lacunas normativas e assimetrias estruturais que comprometam a eficácia e a real abrangência do instrumento multilateral.

O Sistema PABS, fundamentado no Artigo 12 do Acordo sobre Pandemias, é concebido como o pilar normativo destinado a operacionalizar um intercâmbio multilateral ágil, transparente e equitativo de materiais biológicos (amostras físicas de vírus, bactérias e fungos com potencial pandêmico) e de suas respectivas Informações de Sequenciamento Genético Digital (DSI Scientific Network, 2026; Evaborhene et al., 2026; Li et al., 2026). Em tese, o PABS visa estabelecer uma via de mão dupla: países que identificam e compartilham patógenos emergentes devem receber, em contrapartida, o acesso garantido e equitativo aos benefícios resultantes dessa pesquisa, incluindo vacinas, testes diagnósticos, terapias, transferência de tecnologia e apoio financeiro (Phelan, Nuzzo e Gostin, 2026; World Health Organization, 2025). Como expressado na declaração conjunta do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e do Diretor-Geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, o PABS representa “a última peça do quebra-cabeça”, sem a qual o Acordo Pandêmico permanece inoperante e sua promessa de equidade não se cumpre (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Hoirisch et al., 2025). Entretanto, a promessa de equidade contida no texto do

PABS choca-se frontalmente com as realidades econômicas e geopolíticas do sistema internacional. O problema central que motiva este estudo reside no fato de que o PABS é negociado e tem a pretensão de operar dentro de um ecossistema global de inovação, produção e propriedade intelectual caracterizado por fortes assimetrias de poder e de dependência tecnológica (Cipollone, 2026; Gadelha, Temporão e Costa, 2012; Moon, 2024). Enquanto os países do Sul Global figuram como os principais possuidores da biodiversidade e são os notificadores de surtos de doenças infecciosas, a infraestrutura tecnológica para transformar dados genéticos em fármacos imunobiológicos patenteados permanece altamente concentrada nas corporações multinacionais farmacêuticas sediadas em países do Norte Global (Ares, 2018; Gadelha, 2003; Shadlen, 2020). Desse modo, é questionável em que medida os procedimentos operacionais e contratuais do Anexo PABS possam ser eficazes sem que se corra o risco de institucionalizar um “extrativismo biológico”, que possa perpetuar a dependência sanitária do Sul Global sob uma roupagem retórica de equidade.

Para responder a essa questão fundamental, este artigo adota como marco analítico central o paradigma da Cooperação Estruturante em Saúde, formulado por pesquisadores e formuladores de políticas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no âmbito da Diplomacia da Saúde brasileira (Almeida et al., 2010; Buss e Ferreira, 2010; Fonseca e Buss, 2017). Ao contrário da cooperação internacional tradicional, historicamente marcada pela verticalidade, pelo assistencialismo de curto prazo e pela transferência passiva de tecnologia, a Cooperação Estruturante em Saúde tem como base que a verdadeira equidade em saúde pública exige o fortalecimento institucional sustentável, a mobilização de capacidades locais e a construção de autonomia

produtiva e tecnológica no Sul Global (Abreu, 2026; Ferreira e Fonseca, 2017; Pozzatti e Farias, 2020). Complementando os princípios da Cooperação Estruturante em Saúde, o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde, desenvolvido por Carlos Gadelha, aplica-se diretamente à análise da possibilidade da assimetria nos propósitos do Acordo de Pandemias da OMS, demonstrando como a produção pública de insumos estratégicos e a inovação tecnológica local são condições indispensáveis para a soberania sanitária e a garantia da saúde como direito humano universal (Gadelha, 2003; Gadelha, 2007a; Gadelha, 2022). O objetivo geral deste trabalho é analisar criticamente os riscos normativos e operacionais do Anexo PABS do Acordo sobre Pandemias da OMS à luz dos princípios da Cooperação Estruturante em Saúde.

2. METODOLOGIA

Essa pesquisa possui natureza teórico-documental, qualitativa e exploratória. O foco primário de avaliação documental abrange o acervo oficial das negociações multilaterais do Acordo sobre Pandemias da OMS produzidos entre 2021 e 2026, incluindo os relatórios e rascunhos consolidados do Órgão Intergovernamental de Negociação e do Grupo Intergovernamental de Negociação do PABS, assim como os documentos A/INB/9/3 Rev.1, A/IGWG/1/5 e A/IGWG/2/3 (World Health Organization, 2024b; World Health Organization, 2025; World Health Organization, 2026). Foram analisadas as propostas formais submetidas pelas delegações nacionais e blocos regionais, com destaque especial para a Proposta do Bloco de Países Africanos e a Proposta da União Europeia (Health Policy Watch, 2025; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Ainda integram o bloco documental analisado a Declaração Conjunta do Presidente

Lula e do Diretor-Geral Tedros Adhanom na Cúpula do G7 (junho de 2026) e as Resoluções da Assembleia Mundial da Saúde.

A sustentação teórica e analítica apoia-se na revisão de literatura científica. Como prisma analítico, foram observados os princípios de Cooperação Estruturante em Saúde em artigos produzidos no âmbito do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/Fiocruz) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) (Abreu, 2016; Abreu, 2026; Almeida et al., 2010; Buss e Ferreira, 2010; Fonseca e Buss, 2017). Ainda como base analítica, foram utilizados estudos de Direito Internacional da Saúde e de crítica decolonial à Saúde Global (Basile, 2018; Burci e Moon, 2022; Fidler, 2024a; Mignolo e Walsh, 2018; Ventura et al., 2023; Ventura et al., 2025). O método analítico consistiu no cruzamento sistemático entre as disposições normativas e cláusulas operacionais do PABS e os princípios fundamentais da Cooperação Estruturante em Saúde e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

3. CONTEXTO HISTÓRICO, ARQUITETURA INSTITUCIONAL E PROCEDIMENTOS DO ANEXO PABS

Ainda que o Tratado sobre Pandemias tenha sido uma reação ao evento global da COVID-19, para compreender a relevância e as lacunas do Sistema PABS no Acordo de Pandemias de 2025, torna-se necessário resgatar a trajetória histórica da governança global de patógenos na OMS. O arranjo precursos direto do PABS foi a Estrutura de Preparação para a Influenza Pandêmica (Pandemic Influenza Preparedness Framework – PIP Framework), adotada em 2011 após anos de impasses diplomáticos desencadeados pela crise do vírus influenza tipo A (H5N1) na Ásia (Fidler, 2024b; Sedyaningsih et al., 2008; World Health Organization, 2011). O PIP Framework

inovou ao estabelecer um mecanismo multilateral que vinculou o compartilhamento de amostras do vírus da gripe aviária com o acesso garantido a vacinas e contribuições financeiras anuais das indústrias farmacêuticas ao Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (Burci e Moon, 2022; Li et al., 2026). Contudo, o PIP Framework apresentava uma limitação jurídica e biológica estrutural: sua aplicação restringia-se estritamente aos vírus da influenza com potencial pandêmico humano, deixando de fora todos os demais patógenos emergentes e reemergentes, como os coronavírus (SARS-CoV-1, MERS-CoV, SARS-CoV-2), filovírus (Ebola, Marburg), arbovírus (Dengue, Zika, Chikungunya, Oropouche) e poxvírus (Mpox) (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; DSI Scientific Network, 2026; Gipollone, 2026). Quando a COVID-19 emergiu rapidamente a partir de 2019, a ausência de um mecanismo abrangente de acesso e repartição de benefícios para novos vírus resultou no compartilhamento irrestrito das sequências genéticas do SARS-CoV-2 sem qualquer garantia contratual de retorno equitativo de contramedidas médicas para os países fornecedores dos dados (Evaborhene et al., 2026; Phelan, Nuzzo e Gostin, 2026). O PABS nasceu como a tentativa de estender e institucionalizar a lógica do PIP para todos os patógenos com potencial pandêmico no âmbito do novo tratado multilateral (Li et al., 2026; World Health Organization, 2024b).

O primeiro pilar do Sistema PABS refere-se aos procedimentos para a identificação, coleta e compartilhamento de materiais biológicos e dados genéticos. O texto do Artigo 12 reconhece formalmente a soberania inequívoca dos Estados sobre seus recursos biológicos dos países, em consonância com instrumentos internacionais a Convenção sobre Diversidade Biológica e o Protocolo de Nagoya (Burci e Moon, 2022; United Nations, 1992; United Nations, 2010;

World Health Organization, 2024b). Sob o PABS, os Estados comprometem-se a compartilhar de forma rápida e tempestiva com os laboratórios de referência da OMS as amostras físicas de patógenos com potencial pandêmico identificados em seus territórios (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Li et al., 2026).

Paralelamente ao material físico das amostras de patógenos, o PABS regula o fluxo das Informações de Sequenciamento Genético Digital depositadas em bancos de dados abertos ou de acesso restrito (DSI Scientific Network, 2025; DSI Scientific Network, 2026; Evaborhene et al., 2026). Por essa razão, os países do Sul Global exigem mecanismos de rastreabilidade e registro de usuários nas plataformas, garantindo que o acesso aos dados genéticos dispare automaticamente obrigações legais de repartição de benefícios, evitando que o acesso livre se converta em apropriação privada impune por parte de terceiros (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026).

O segundo pilar do PABS estabelece a contrapartida devida em troca do acesso aos patógenos e dados genéticos. O Artigo 12.6 do Acordo sobre Pandemias estabelece a obrigação de que os fabricantes de vacinas, terapêuticos e diagnósticos que participem do Sistema PABS celebrem contratos juridicamente vinculantes com a OMS (Li et al., 2026; World Health Organization, 2024b; World Health Organization, 2025). Em caso de declaração de Emergência Pandêmica, cada fabricante participante é obrigado a disponibilizar à OMS o acesso em tempo real de, no mínimo, 20% da sua produção total de produtos médicos relacionados (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Evaborhene et al., 2026; Hoirisch et al., 2025). A distribuição dessa cota de 20% é dividida em duas modalidades funcionais: pelo menos 10% da produção real em tempo real deve ser fornecida sob a

forma de doação gratuita para a OMS alocar entre países de baixa e média renda prioritários; e os outros 10% devem ser reservados para aquisição pela OMS a preços acessíveis, sem fins lucrativos (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Hoirisch et al., 2025; Li et al., 2026). Além dos benefícios contratuais diretos durante emergências, o PABS prevê benefícios não monetários contínuos, como capacitação técnica de laboratórios e transferência não exclusiva de tecnologia, e benefícios monetários sob a forma de contribuições financeiras anuais pagas pelos usuários do sistema para custear a operacionalização do PABS e financiar redes de vigilância epidemiológica no Sul Global (DSI Scientific Network, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026).

Apesar das declarações de intenção, o PABS a principal resistência para a aplicação do texto legal é quanto à flexibilização dos Direitos de Propriedade Intelectual e a transferência compulsória de tecnologia know-how (Basile, 2021; Cipollone, 2026; Gadelha, 2022). O texto do Acordo sobre Pandemias evita determinar a suspensão automática de patentes durante emergências sanitárias, pleiteada historicamente pelo Sul Global por meio da proposta de TRIPS Waiver na Organização Mundial do Comércio (Ares, 2018; Shadlen, 2020). Em vez de obrigações vinculantes, as cláusulas de transferência de tecnologia no PABS condicionam o licenciamento à “vontade das partes” e a “termos mutuamente acordados”, enfraquecendo os termos de compromisso (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Essa redação do texto do tratado é reflexo do intenso lobby exercido pela Federação Internacional de Indústrias e Associações Farmacêuticas e pelas delegações do Norte Global, que rejeitam qualquer mitigação do regime de patentes como pré-requisito para o acesso a patógenos (Viegas, Carmo e Ventura, 2026).

A eficácia prática do PABS como instrumento de saúde pública global depende criticamente de seus instrumentos contratuais e da sua estrutura de governança. Para garantir que as obrigações sejam cumpridas, previu-se o uso de Acordos Padrão de Transferência de Material para amostras físicas de patógenos e Acordos de Acesso a Dados para plataformas digitais sobre o material genético de novos agentes infecciosos (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). No entanto, as negociações enfrentam um impasse profundo, pois a União Europeia e os países desenvolvidos defendem um modelo flexível e não vinculante, mais principiológico, sem contratos padronizados obrigatórios para usuários não comerciais e com doações voluntárias (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Países do Sul Global, especialmente o Grupo Africano, exigem, em contraposição, um sistema vinculante, fundado em contratos padronizados, com aspectos mais objetivos, e com mecanismos rigorosos de monitoramento e sanção (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Evaborhene et al., 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026).

4. MARCO TEÓRICO: A COOPERAÇÃO ESTRUTURANTE EM SAÚDE COMO PARADIGMA DO SUL GLOBAL

Para construir uma crítica consistente e fundamentada ao Sistema PABS, é necessário explicitar o marco teórico que orienta esta análise. A Cooperação Estruturante em Saúde é um conjunto de princípios que emergiu no início dos anos 2000 como uma inovação conceitual e operacional formulada por pesquisadores e gestores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e formuladores da política externa brasileira para redefinir a cooperação internacional Sul-Sul (Almeida et al., 2010; Buss e Ferreira, 2010; Fonseca e Buss, 2017). A Cooperação Estruturante em Saúde surge como uma resposta crítica à falência

dos modelos tradicionais de cooperação internacional para o desenvolvimento, historicamente hegemonizados pelas agências bilaterais do Norte Global e organismos multilaterais tradicionais (Abreu, 2026; Ferreira e Fonseca, 2017; Pozzatti e Farias, 2020).

A cooperação internacional tradicional caracteriza-se, simplificadamente, por uma matriz vertical e paternalista, em que países ricos atuam como doadores de recursos financeiros e tecnologias, e que impõem agendas, enquanto nações em desenvolvimento figuram como receptoras passivas e dependentes (Almeida et al., 2010; Basile, 2018). Essa abordagem clássica é frequentemente fragmentada, focada em projetos pontuais de curto prazo, orientada por metas de saúde pública estritas e, muitas vezes, focada na doação de medicamentos e insumos excedentes ou no fim da vida útil em estoque (Abreu, 2026; Buss e Tobar, 2020). Como apontam Almeida et al. (2010) e Ferreira e Fonseca (2017), a cooperação tradicional alivia pontualmente alguns sintomas das crises sanitárias, mas deixa intactas as estruturas de vulnerabilidade e dependência tecnológica. Esse tipo de cooperação, longe de extinguir as desigualdades, perpetua a hegemonia dos centros fornecedores e mantém o Sul Global em permanente condição de tutela e subdesenvolvimento.

Em contraposição radical a essa lógica assistencialista, a Cooperação Estruturante em Saúde define-se como a estratégia que integra explicitamente o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, o fortalecimento organizacional e o desenvolvimento institucional sustentável dos sistemas nacionais de saúde (Almeida et al., 2010; Buss e Ferreira, 2010; Fonseca e Buss, 2017). O diferencial intrínseco da Cooperação Estruturante em Saúde baseia-se em não se limitar à transferência de produtos prontos ou conhecimentos restritos, mas

com foco na criação e no aprimoramento de instituições locais soberanas, como o fortalecimento institucional de Ministérios da Saúde, Institutos Nacionais de Saúde Pública, Escolas de Saúde Pública, laboratórios centrais de diagnóstico e autoridades regulatórias nacionais (Abreu, 2026; Pozzatti e Farias, 2022). Ao fortalecer essas estruturas estratégicas, a Cooperação Estruturante em Saúde busca capacitar os países parceiros para que assumam o protagonismo autônomo na formulação, gestão e execução de suas próprias políticas sanitárias e agendas de pesquisa, formuladas a partir das peculiaridades locais (Abreu, 2026; Almeida et al., 2010).

A arquitetura operacional da Cooperação Estruturante fundamenta-se no princípio da horizontalidade rigorosa e na busca do interesse mútuo em esquemas “win-win”, recusando qualquer condicionalidade política ou imposição assimétrica de prioridades (Abreu, 2026; Almeida et al., 2010; Buss e Tobar, 2020). A Cooperação Estruturante em Saúde reconhece a legitimidade dos saberes e das experiências acumuladas pelos países do Sul Global, promovendo o “diálogo de saberes” e o compartilhamento de tecnologias apropriadas às realidades socioeconômicas locais (Basile, 2018; Fonseca e Buss, 2017; Pozzatti e Farias, 2020). Na prática diplomática brasileira, esse princípio traduziu-se na criação de redes estruturantes regionais, como a Rede de Institutos Nacionais de Saúde da UNASUL e o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (Abreu, 2026; Almeida et al., 2010; Pozzatti e Farias, 2019a).

Segundo o arcabouço conceitual desenvolvido pelos think-tanks da Fiocruz, é impossível consolidar um sistema público de saúde universal e resiliente sem a correspondente autonomia na base produtiva e tecnológica de insumos estratégicos (Gadelha, 2003;

Gadelha, 2007a; Gadelha, Temporão e Costa, 2012). É nesse ponto que a Cooperação Estruturante em Saúde conecta-se à teoria do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, desenvolvida por Carlos Gadelha (Gadelha, 2003; Gadelha, 2007a; Gadelha, 2022). O Complexo Econômico-Industrial da Saúde conceitua a saúde sob uma dupla dimensão inseparável: como um direito social fundamental e, simultaneamente, como um espaço dinâmico de desenvolvimento econômico, inovação biotecnológica e adensamento produtivo nacional (Gadelha, 2003; Gadelha, 2007b; Gadelha e Costa, 2011a). A vulnerabilidade da base produtiva em saúde submete os países do Sul à extrema dependência das cadeias globais de suprimentos controladas por oligopólios do Norte Global, transformando a necessidade sanitária em dependência econômica (Cipollone, 2026; Gadelha, 2022; Gadelha, Temporão e Costa, 2012). Sob a ótica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e da Cooperação Estruturante em Saúde, a cooperação internacional autêntica deve visar o fomento à produção local e regional de vacinas, medicamentos e diagnósticos, a transferência não exclusiva do know-how fabril e a criação de polos tecnológicos regionais descentralizados no Sul Global (Gadelha, 2022; Hoirisch et al., 2025; OPAS/OMS, 2021; OPAS/OMS 2024). Sem capacitação industrial e científica endógena, a igualdade formal nos tratados internacionais converte-se em ficção jurídica.

A Cooperação Estruturante em Saúde assenta-se sobre um claro imperativo ético-político: a afirmação da saúde como um direito humano fundamental irrenunciável e como um bem público global (Almeida, 2021; Buss e Tobar, 2020; United Nations, 1948). Essa premissa exige a estrita subordinação das regras de propriedade intelectual e dos interesses comerciais de mercado às necessidades prementes de saúde pública e à equidade social (Basile, 2021;

Cipollone, 2026; Gadelha, 2022). A perspectiva estruturante se opõe diretamente à mercantilização da vida e rejeita a ideia de que o acesso a tratamentos que salvam vidas possa ser distribuído com base no poder aquisitivo dos Estados ou na lógica do lucro corporativo (Abreu, Sato e Waldman, 2023; Ventura et al., 2023).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A confrontação crítica entre o arcabouço normativo do Sistema PABS e os eixos fundamentais da Cooperação Estruturante em Saúde revela contradições profundas e riscos sistêmicos, que foram esquematizados a partir da análise dos instrumentos legais e dos artigos científicos que tratam do assunto. A seguir, detalham-se os seis riscos operacionais e normativos identificados, articulando a argumentação conceitual a evidências concretas extraídas das negociações da OMS e integrando os quatro estudos de caso empíricos ordenados.

O primeiro risco crítico refere-se à institucionalização do “extrativismo biológico” ou biopirataria formalizada (Basile, 2018; Cipollone, 2026; Naidu, 2024). Sob os procedimentos previstos no PABS, exige-se que os países do Sul Global, cujas condições ambientais oferecem maior probabilidade de emergência de zoonoses, compartilhem de forma imediata e incondicional suas amostras virais e sequências genéticas genômicas com bancos de dados globais (DSI Scientific Network, 2026; Evaborhene et al., 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Entretanto, quando essas informações genéticas são utilizadas por corporações do Norte Global para sintetizar e patentear vacinas e terapias de altíssimo valor agregado, os países fornecedores da matéria-prima biológica originária não possuem garantias automáticas e juridicamente

exequíveis de acesso aos produtos finais gerados (Ares, 2018; Shadlen, 2020). Esse arranjo viola frontalmente o princípio da horizontalidade da Cooperação Estruturante em Saúde, que exige relações paritárias e benefícios recíprocos e proporcionais (Almeida et al., 2010; Buss e Ferreira, 2010). Ao reduzir o Sul Global ao papel histórico de provedor de “matéria-prima biológica” e o reduz a mero consumidor dependente de tecnologias patenteadas por países ou empresas sediadas no Norte Global, o PABS corre o risco de atualizar e reproduzir dinâmicas de colonialidade do saber e de hierarquia de poder na saúde mundial (Mignolo e Walsh, 2018; Quijano, 2005; Sevalho, 2021), abrindo brechas para a apropriação privada impune dos bens comuns biológicos do Sul (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; DSI Scientific Network, 2026; Evaborhene et al., 2026).

O segundo risco decorre do formato prioritário estabelecido para a partilha de benefícios contratuais no Artigo 12.6: a reserva de uma cota de 20% da produção real em tempo real, composta por 10% de doações gratuitas e 10% de vendas a preços de custo (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Evaborhene et al., 2026; Hoirisch et al., 2025; Li et al., 2026). Sob a ótica da Cooperação Estruturante em Saúde, a dependência em relação a cotas de doação constitui uma manifestação evidente da cooperação tradicional assistencialista e paliativa, que traduz em termos quantitativos fixos algo que não está relacionado, necessariamente, a uma demanda variável em termos de saúde, principalmente em períodos de pandemia (Almeida et al., 2010; Ferreira e Fonseca, 2017). Doações de vacinas e medicamentos não alteram em nada a estrutura de produção industrial assimétrica nem constroem capacidades endógenas nos países vulneráveis (Abreu, 2026; Gadelha, 2022). Além disso, a alocação contingenciada de 20% deixa 80% de toda a produção global de imunobiológicos entregue diretamente às regras de mercado e, portanto, disponível

mais facilmente ao poder de compra dos países ricos (Basile, 2021; Cipollone, 2026; Shadlen, 2020). Diante de uma possível pandemia grave e cujo patógeno ocasione uma alta taxa mortalidade, reservar apenas 10% de doação para mais de 100 países em desenvolvimento é absolutamente insuficiente do ponto de vista de saúde pública, condenando o Sul Global a receber migalhas assistenciais e sobras de estoque enquanto a produção permanece monopolizada pelos grandes conglomerados farmacêuticos (Abreu, Sato e Waldman, 2023; Ventura et al., 2023).

O terceiro risco, e talvez o mais grave do ponto de vista do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e da Cooperação Estruturante em Saúde, é a ausência de mecanismos obrigatórios e juridicamente vinculantes para a transferência de tecnologia, know-how de fabricação e licenciamento compulsório não exclusivo no texto do PABS (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Gadelha, 2022; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). A Cooperação Estruturante em Saúde postula que não há independência sanitária real sem o fortalecimento de parques fabris públicos e centros de pesquisa e desenvolvimento soberanos capazes de produzir insumos essenciais em solo nacional e regional (Abreu, 2026; Almeida et al., 2010; Gadelha, Temporão e Costa, 2012). Nas negociações do Tratado sobre Pandemias, as cláusulas sobre transferência de tecnologia foram desidratadas pelo lobby das potências centrais e da indústria multinacional, que inseriram salvaguardas que subordinam o repasse de conhecimento ao consentimento voluntário dos detentores de patentes sob “termos mutuamente acordados” (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). A experiência histórica, de forma notável durante a pandemia da COVID-19, demonstrou categoricamente que a transferência de tecnologia voluntária atende unicamente a interesses comerciais e

conveniências de mercado, jamais promovendo a autonomia dos produtores públicos do Sul Global (Basile, 2021; Cipollone, 2026; Shadlen, 2020). Sem obrigações vinculantes de repasse do know-how de plataformas avançadas (como vacinas de mRNA, vetores virais e proteína recombinante), o PABS perpetua a dependência dos países em desenvolvimento e inviabiliza a consolidação de Complexos Econômico-Industriais da Saúde regionais na África, América Latina e Ásia (Gadelha, 2022; OPAS/OMS, 2021; OPAS/OMS, 2024).

O quarto risco está relacionado à governança e a eficácia jurídica do PABS. As negociações na OMS evidenciam uma profunda fragilidade nos mecanismos de fiscalização, prestação de contas e aplicação de sanções contra empresas multinacionais ou países desenvolvidos que descumprirem suas obrigações de partilha de benefícios (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Evaborhene et al., 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Se uma indústria farmacêutica do Norte Global utilizar dados do banco de dados de sequenciamento genético do PABS para desenvolver um medicamento lucrativo mas se recusar a fornecer a cota de 20% à OMS ou recusar contribuições financeiras, as propostas atuais do Grupo de Trabalho Intergovernamental e dos países centrais não preveem sanções jurídicas ou comerciais efetivas, convertendo o PABS em um mero “acordo de cavalheiros” desprovido de força coercitiva (Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Agravando esse cenário, assiste-se à proliferação perigosa de acordos bilaterais impostos por potências centrais à margem do sistema multilateral da OMS (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Cullinan, 2025; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Exemplo alarmante foi o vazamento do rascunho de acordo bilateral negociado pelos Estados Unidos com países africanos vulneráveis, condicionando a concessão de ajuda financeira humanitária para

HIV, tuberculose e malária ao fornecimento compulsório e direto de amostras de patógenos ao governo norte-americano em até 5 dias após a detecção, sem qualquer contrapartida de compartilhamento das vacinas ou terapias resultantes (Cullinan, 2025; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Esses acordos bilaterais assimétricos esvaziam o PABS, chantageiam nações vulneráveis e definham a soberania do Sul Global.

O quinto risco refere-se ao reducionismo epistemológico do PABS. A arquitetura do Anexo é fortemente centrada na dimensão biomédica, tecnocrática e virológica. O foco obsessivo recai sobre o rastreamento do vírus, o sequenciamento genômico acelerado e a produção de imunobiológicos (Grassi e Guanabara, 2025; Príncipe et al., 2026; Sevalho, 2021). A Cooperação Estruturante em Saúde, amparada pela tradição da Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva, adverte que as emergências pandêmicas não são meros eventos biológicos isolados, mas compreendem algo muito mais amplo: emergências socioambientais complexas produzidas pela determinação social da saúde, destruição de ecossistemas, degradação ambiental e iniquidades estruturais (Almeida et al., 2010; Barreto, 2017; Buss e Tobar, 2020). Ao concentrar recursos e atenção política exclusivamente na vigilância de patógenos e na resposta farmacêutica de ponta, o PABS negligencia o financiamento sustentável das redes de atenção primária, o saneamento básico, a água potável, a segurança alimentar e a infraestrutura básica de saúde nos países em desenvolvimento (Grassi e Guanabara, 2025; Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Príncipe et al., 2026). Como bem exemplifica a experiência no combate a surtos de Ebola na República Democrática do Congo, a vigilância de alta tecnologia revela-se inútil quando os centros de saúde locais carecem da infraestrutura mais básica de saúde, como água corrente,

equipamentos de proteção individual básicos e profissionais remunerados dignamente (Bermudez, Reges e Galvão, 2026). O PABS corre o risco de reforçar uma saúde global mercantilizada que prioriza insumos lucrativos em detrimento do fortalecimento sistêmico da saúde pública.

Essa crítica ao reducionismo biomédico do PABS encontra respaldo empírico robusto na literatura contemporânea sobre gestão de emergências sanitárias. Shen et al. (2026) demonstram que a avaliação de riscos de doenças infecciosas não pode ser tratada como um exercício técnico isolado, mas deve ser sensível ao contexto operacional e social em que a transmissão ocorre. Os autores identificam como uma das principais fraquezas dos sistemas de vigilância a "lacuna entre decidir o que deve ser feito e ser capaz de fazê-lo", ressaltando que a capacidade laboratorial, os recursos de saúde, o pessoal treinado e a infraestrutura local determinam se as decisões podem ser efetivamente traduzidas em ações. Sob essa ótica, um sistema de vigilância genômica de alta tecnologia, como o proposto pelo PABS, revela-se operacionalmente ineficaz se não estiver intrinsecamente articulado ao fortalecimento da capacidade produtiva e da infraestrutura básica de saúde nos territórios do Sul Global. A avaliação de risco, portanto, não pode ignorar os determinantes sociais e a capacidade dos sistemas locais de mobilizar recursos, o que corrobora a premissa central da Cooperação Estruturante em Saúde de que a resposta a pandemias deve ser sistêmica, contextualizada e ancorada na autonomia produtiva endógena, e não meramente biomédica e tecnocrática.

O sexto risco decorre da influência desproporcional exercida pelos atores corporativos privados e cartéis farmacêuticos na diplomacia da saúde (Grassi e Guanabara, 2025; Cipollone, 2026; Viegas, Carmo e

Ventura, 2026). A atuação ostensiva da International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations durante as rodadas de negociação do Grupo de Trabalho Intergovernamental buscou ativamente desidratar o PABS, classificando as obrigações contratuamente vinculantes de “burocracia excessiva que ameaça a inovação”, exigindo que o acesso a patógenos e a Informação de Sequenciamento Genético Digital permaneçam totalmente irrestritos, enquanto a partilha de benefícios seja reduzida a atos voluntários de responsabilidade social corporativa (Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Essa pressão corporativa aponta para a direção oposta do princípio basilar da Cooperação Estruturante em Saúde, que define a saúde como bem público universal e direito humano incomensurável, inapropriável pela lógica da acumulação privada de capital (Abreu, 2026; Almeida et al., 2010; Gadelha, 2003; Gadelha, 2022). A capitulação da OMS ou dos Estados nacionais às exigências de grupos farmacêuticos consolidaria o PABS não como um instrumento de justiça sanitária internacional, mas como uma garantia de mercado futuro e suprimento contínuo de dados biológicos gratuitos para o complexo médico-industrial do Norte Global (Basile, 2021; Cipollone, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026).

Embora o Tratado sobre Pandemias e o Anexo PABS sejam instrumentos recentes no Direito Internacional, uma análise quanto a casos semelhantes em termos de saúde pública mundial sob a ótica da Cooperação Estruturante em Saúde demonstra como é importante uma crítica a tratados cuja finalidade seja esvaziada em relação à verdadeira equidade que deveria dirigir o espírito desses instrumentos normativos. Através da análise de quatro episódios marcantes da diplomacia sanitária internacional recente, é possível verificar que o texto do PABS não é capaz de solucionar ou mitigar os riscos de assimetria que persiste nas atuais relações de

cooperação em saúde pública internacional, replicando e, de certa forma, aprofundando as históricas estruturas de dependência tecnológica, o extrativismo biológico neocolonial e as lógicas de cooperação vertical e assistencialista em relação ao Sul Global.

Em 2007, em meio à devastadora epidemia de gripe aviária A (Influenza H5N1) que atingiu severamente a Indonésia, o Ministério da Saúde tomou a decisão histórica e altamente controversa de interromper o compartilhamento de amostras do vírus H5N1 com a rede de laboratórios da OMS (Irwin, 2010; Krishnamurthy e Herder, 2011; Sedyaningsih et al., 2008). A justificativa do governo da Indonésia expôs a assimetria do sistema internacional: o país havia fornecido amostras virais gratuitamente ao sistema da OMS, apenas para descobrir que uma empresa farmacêutica australiana utilizou essas exatas amostras para desenvolver e patentear uma vacina contra o H5N1, oferecendo-a posteriormente à Indonésia a preços de mercado exorbitantes que o sistema público de saúde nacional jamais poderia custear (Irwin, 2010; Sedyaningsih et al., 2008). Ao invocar a soberania nacional sobre seus recursos biológicos e denunciar o extrativismo científico do Norte Global, a Indonésia provocou uma crise sem precedentes na diplomacia da saúde que forçou a OMS a iniciar os trabalhos para a criação do PIP Framework, em 2011 (Fidler, 2024b; Irwin, 2010; Sedyaningsih et al., 2008). O caso da Indonésia exemplifica de forma paradigmática o primeiro risco identificado em nossa análise: o extrativismo biológico neocolonial, onde a matéria-prima viral é extraída sem garantias de retorno tecnológico ou repartição justa de benefícios.

Durante a emergência de saúde pública do vírus Zika nas Américas, entre os anos de 2015 e 2016, pesquisadores do Brasil de instituições públicas como a Fiocruz e o Instituto Evandro Chagas atuaram com

extrema rapidez e generosidade científica ao isolar o vírus, comprovar a relação causal inédita com a microcefalia congênita e compartilhar imediatamente as amostras biológicas e dados genéticos com a comunidade científica internacional (Burci e Moon, 2022; Cipollone, 2026; Hotez, 2016). Esse compartilhamento ágil permitiu que laboratórios e universidades sediados nos Estados Unidos e Europa registrassem dezenas de patentes de testes diagnósticos, anticorpos monoclonais e candidatos a vacinas contra o Zika (Burci e Moon, 2022; Woodson e Morabito, 2024). No entanto, anos após o surto, a população brasileira e o Sistema Único de Saúde, que suportaram o trágico fardo humano, social e sanitário da síndrome da microcefalia, não receberam nenhuma transferência substancial de tecnologia de ponta nem royalties por parte das patentes geradas no Norte a partir dos vírus isolados no Brasil (Burci e Moon, 2022; Cipollone, 2026). O caso Zika ilustra como o compartilhamento de patógenos baseado unicamente na boa vontade científica sem instrumentos contratuais de partilha de benefícios resulta em transferência líquida de riqueza biológica do Sul para o Norte, reforçando a urgência de instrumentos internacionais vinculantes (Bermudez, Reges e Galvão, 2026; Viegas, Carmo e Ventura, 2026). Este episódio ilustra claramente o segundo e o terceiro risco identificado em nossa análise: a ilusão da partilha via cooperação assistencialista e a falha estrutural na transferência de know-how, resultando em apropriação privada sem benefícios para o país de origem.

Em novembro de 2021, cientistas da África do Sul identificaram rapidamente a emergência de uma nova variante com múltiplas mutações do SARS-CoV-2, denominada B.1.1.529 / Ômicron. Depositaram imediatamente a sequência genômica completa em bancos de dados abertos internacionais (Evaborhene et al., 2026;

Ambe et al., 2026; South Africa DSTI, 2020). A atitude transparente e exemplar da África do Sul permitiu que o mundo inteiro se preparasse para a nova onda pandêmica e ajustasse vacinas e testes diagnósticos. A resposta do Norte Global a essa transparência notável foi imediata e devastadora: em vez de recompensas, auxílio ou acesso prioritário a imunizantes atualizados, a África do Sul e outros países do sul da África foram "punidos" com o fechamento unilateral de fronteiras e severos bloqueios de viagens impostos pelas nações desenvolvidas, gerando estragos socioeconômicos profundos (Evaborhene et al., 2026; Ambe et al., 2026). Enquanto isso, a população sul-africana continuava enfrentando escassez grave de vacinas devido ao bloqueio de exportações mantido pelos países ricos. Esse episódio trágico evidenciou a perversidade da governança sanitária global: o Sul compartilha os dados virais em tempo recorde, sofre punições discriminatórias e continua desprovido das ferramentas terapêuticas para proteger seu povo (Evaborhene et al., 2026; Ambe et al., 2026). A resposta global à Ômicron materializa o quarto e o quinto riscos identificados na análise crítica ao PABS: a fragilidade da governança multilateral frente a sanções unilaterais e o viés biomédico que ignora os determinantes sociais, punindo a transparência em vez de premiá-la.

Lançado em 2020 como o pilar de vacinas do Acelerador ACT (Access to COVID-19 Tools Accelerator), o mecanismo COVAX Facility foi alardeado pela OMS e por doadores internacionais como a grande solução multilateral para garantir o acesso equitativo a vacinas contra a COVID-19 em todo o mundo (Basile, 2021; Cipollone, 2026; Giulia, 2026). Fundado sobre parcerias público-privadas com a CEPI e a Gavi, o COVAX operou estritamente sob a lógica do mercado e da doação caritativa: buscava arrecadar fundos de doadores para comprar vacinas no mercado global e distribuí-las aos

países de baixa renda (Basile, 2021; Cipollone, 2026). O resultado do COVAX foi um retumbante fracasso estrutural. Ao recusar-se a apoiar a quebra de patentes e ao evitar exigir a transferência não exclusiva de tecnologia de produção para laboratórios do Sul Global, o COVAX atuou, na prática, como um mecanismo que invisibilizou o debate sobre a propriedade intelectual e protegeu o monopólio das grandes farmacêuticas (Basile, 2021; Cipollone, 2026). Quando as fabricantes farmacêuticas enfrentaram gargalos de produção, priorizaram os contratos bilaterais bilionários firmados com os países ricos, deixando o COVAX sem doses suficientes. Enquanto os países de alta renda vacinavam jovens e aplicavam doses de reforço, menos de 3% da população dos países de baixa renda havia recebido uma única dose no final de 2021 (Grassi e Guanabara, 2025; Cipollone, 2026; Evaborhene et al., 2026). A lição indelével da COVAX para as negociações do PABS é a de que esquemas fundados na caridade corporativa e em compras de mercado não entregam equidade sanitária, e que a verdadeira equidade exige autonomia produtiva descentralizada e soberania tecnológica no Sul Global (Abreu, 2026; Basile, 2021; Gadelha, 2022). O fracasso da COVAX é a materialização empírica do sexto risco identificado em nossa análise: a mercantilização corporativa e a captura da governança global por interesses privados, provando que a caridade de mercado é insuficiente para garantir a equidade sanitária.

6. CONCLUSÕES

A análise crítica realizada ao longo deste estudo demonstra que o Anexo sobre Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios - PABS, em sua atual arquitetura normativa e sob o estado presente das negociações na Organização Mundial da Saúde, carrega riscos severos de reproduzir e institucionalizar as assimetrias históricas da

saúde global. Sob a justificativa de garantir a segurança sanitária internacional por meio da vigilância e do compartilhamento acelerado de patógenos, o PABS arrisca funcionar como um mecanismo de cooperação tradicional travestido de equidade, no qual o Sul Global fornece matéria-prima biológica e dados genéticos enquanto o Norte Global retém o monopólio da inovação patenteada e do poder econômico.

Uma das inequidades mais evidentes é que a mera alocação contratual de cotas de doação, como a reserva de 10% de imunobiológicos previstos no Artigo 12.6 é profundamente insuficiente para alterar a divisão internacional do trabalho em saúde. O acesso a patógenos não pode ser dissociado de um compromisso firme e vinculante com a autonomia sanitária. Sem a flexibilização do regime de propriedade intelectual (Acordo TRIPS), sem a obrigatoriedade contratual da transferência do know-how tecnológico e sem o financiamento de Complexos Econômicos-Industriais da Saúde regionais, o PABS converter-se-á em um contrato de troca desigual que perpetua a dependência farmacêutica do Sul Global em cada nova emergência pandêmica.

À luz do paradigma da Cooperação Estruturante em Saúde formulado pela Fiocruz e da experiência acumulada pelo Brasil e pelos países do BRICS na Diplomacia da Saúde, pode-se apontar pelo menos quatro recomendações estratégicas fundamentais para orientar a posição das nações em desenvolvimento na fase final de negociação e futura implementação do PABS:

A primeira é que delegações do Sul Global devem manter-se intransigentes na exigência de que o PABS adote Acordos Padrão de Transferência de Material e Acordos de Acesso a Dados

juridicamente vinculantes para todos os usuários do sistema (empresas ou países), impondo cláusulas explícitas de rastreabilidade para sequenciamento de material genético, pagamento de contribuições financeiras anuais compulsórias sobre lucros corporativos e sanções coercitivas em caso de descumprimento. A segunda recomendação é que o PABS deve condicionar o acesso aos patógenos e às plataformas genéticas à concessão de licenças compulsórias não exclusivas e ao repasse efetivo de tecnologia de fabricação de fármacos e imunizantes para produtores públicos e polos regionais situados no Sul Global, integrando o PABS a iniciativas como a Coalizão Global para Produção Local e Regional do G20. Como terceira recomendação, governos do Sul Global devem utilizar as negociações do PABS para canalizar recursos monetários do sistema no financiamento permanente de parques fabris públicos e redes de pesquisa e desenvolvimento regionais, como a Rede de Laboratórios dos BRICS e o Hub de mRNA da África do Sul, fortalecendo os Complexos Econômico-Industriais da Saúde nacionais e regionais para que a produção de imunobiológicos seja geograficamente descentralizada. A quarta recomendação é de que os recursos provenientes das contribuições financeiras do PABS devam ser obrigatoriamente vinculados ao financiamento da Atenção Primária à Saúde, ao saneamento básico, à infraestrutura laboratorial de rotina e ao fortalecimento dos sistemas universais de saúde (como o SUS no Brasil), superando o viés puramente virológico e abordando os determinantes sociais e ecológicos da saúde.

Este estudo reconhece como limitação o fato de o Anexo PABS encontrar-se em processo de negociação dinâmico no âmbito do Grupo de Trabalho Intergovernamental da OMS, sujeito a modificações de última hora e repactuações diplomáticas até a 79^a

ou 80^a Assembleia Mundial da Saúde. Ademais, do ponto de vista epistemológico, reconhece-se uma limitação da própria lente teórica adotada: o paradigma da Cooperação Estruturante em Saúde, embora robusto na crítica às assimetrias globais e na defesa da autonomia produtiva de longo prazo, pode enfrentar desafios de tensionamento em cenários de emergência aguda, onde a necessidade imediata de insumos (mesmo que através de mecanismos de mercado ou doação) colide com os prazos extensos de construção de complexos industriais farmacêuticos. A perspectiva estruturante deve, portanto, ser compreendida como um horizonte estratégico que necessita de mecanismos de governança de crise para garantir o fluxo imediato de tecnologias sem ferir a soberania nacional. Ainda assim, sob o prisma da Cooperação Estruturante em Saúde, para que o Direito Internacional da Saúde e a governança multilateral superem a herança do neocolonialismo biológico, é indispensável abandonar a ilusão da caridade farmacêutica e a solidariedade sem contrapartidas entre países e empresas do Norte Global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Alcione Basilio de; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues. Trajetórias profissionais de egressos de mestrados por meio da cooperação estruturante em saúde. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 14, p. 1-22, 2017. DOI: 10.221713/2358-2332.2016.v14.14001.

ABREU, Alcione Basilio de. Cooperação estruturante e formação em saúde: fortalecendo sistemas na África Lusófona. **Revista Tópicos**, v. 4, n. 9, p. 1-25, 2026. DOI: 10.70773/revistatopicos/789962406.

ABREU, Alcione Basilio de. **Trajetórias profissionais e mudanças nos processos de trabalho dos egressos da Fiocruz na África: a cooperação estruturante em saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

ABREU, Ariane de Jesus Lopes de; SATO, Ana Paula Sayuri; WALDMAN, Eliseu Alves. Acesso equitativo a vacinas: lições aprendidas e perspectivas futuras. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 3, p. e230486pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023230486pt.

AGOSTINIS, Giovanni. Regional intergovernmental organizations as catalysts for transnational policy diffusion: the case of UNASUR health. **Journal of Common Market Studies**, v. 57, n. 5, p. 1111-1129, 2019. DOI: 10.1111/jcms.12875.

ALCÁZAR, Santiago. Prelúdio em dó maior: a Covid-19 nas Nações Unidas. In: BUSS, Paulo Marchiori; FONSECA, Luiz Eduardo (org.). **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. p. 99-116.

ALMEIDA, Celia; CAMPOS, Rodrigo Pires de; BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto; FONSECA, Luiz Eduardo. A concepção brasileira de 'cooperação Sul-Sul estruturante em saúde'. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, mar. 2010. DOI: 10.3395/reciis.v4i1.343pt.

ALMEIDA, Celia. Governança do setor saúde em um contexto mundial mutante e incerto. **Fiocruz: Saúde Amanhã.** Textos para Discussão, n. 60. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. 47 p.

ALMEIDA, Paula Wojcikiewicz; CASTRO, Matheus Rodrigues Silva de; BARCELOS, Natália da Silva. Reformas do Direito Internacional da Saúde pós-COVID-19. **Revista de Direito Internacional**, v. 21, n. 2, p. 100-125, 2024.

ALMEIDA, Paula Wojcikiewicz; ROMAY, Giulia Tavares; OLIVEIRA, Mariana Gouvea de. Governança global e o Regulamento Sanitário Internacional: obrigações básicas em emergências. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1613-1652, 2022. DOI: 10.1590/2179-8966/2021/56519.

AMBE, J. R. et al. Pathogen access and benefit sharing in a pandemic: working towards fair exchange? **The Lancet Microbe**, v. 7, n. 5, p. 101376, 2026. DOI: 10.1016/j.lanmic.2026.101376. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lanmic.2026.101376>. Acesso em: 9 out. 2026.

ANDRADE, Paulo Alberto; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. International cooperation for science and technology development: a way forward for equity in health. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 22, n. 1, p. 653-673, 2015. DOI: 10.1590/S0104-59702015000100004.

BARRETO, Maurício Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017227.02742017.

BASILE, Gonzalo. COVAX logró invisibilizar la discusión sobre patentes. **Pensar la Pandemia: Observatorio Social del Coronavirus**. Buenos Aires: CLACSO, 23 mar. 2021.

BASILE, Gonzalo. La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico. La Plata: Ediciones de la Comarca. II

Dossier de Salud Internacional Sur Sur, CLACSO, v. 2, 2018.

BERMUDEZ, Luana; REGES, Paula; GALVÃO, Luiz. Atualizações da Saúde Global: Negociações do PABS, Relatório sobre o Câncer, Codex Alimentarius e Ebola. **Cadernos Fiocruz de Saúde Global**, n. 11, p. 55-61, nov. 2026.

BRICEÑO, José; RIBEIROS, Cláudio. **Handbook of South American Regionalism**. London: Routledge, 2026.

BURCI, Gian Luca; MOON, Suerie. Drivers and barriers to pathogen- and benefit-sharing (PBS): an empirical study of global perceptions and practices and case studies from Ebola in Liberia and Zika in Brazil. **Global Health Governance**, v. 17, n. 1, p. 4-36, 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Cooperação estruturante em saúde: a experiência da Fundação Oswaldo Cruz. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 114-122, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; TEMPORÃO, José Gomes; CARVALHEIRO, José da Rocha. **Vacinas, soros e imunizações no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. DOI: 10.7476/9788575416068.

BUSS, Paulo Marchiori; TOBAR, Santiago. Covid-19 e as oportunidades de cooperação internacional em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00066920, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00066920.

CASSIER, Maurice; CORREA, Marilena. **Health Innovation and Social Justice in Brazil**. Springer International Publishing, 2018. DOI: 10.1007/978-3-319-93154-2.

CIPOLLONE, Giulia Amadio. **A Governança Global de Vacinas e os Desafios do Sul Global: Entre o Acesso Equitativo e a Autonomia Produtiva**. Monografia (Bacharelado em Relações Internacionais) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 78 p., 2026.

CUETO, Marcos; BROWN, Theodore M.; FEE, Elizabeth. **The World Health Organization: A History**. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

CULLINAN, K. US Ties Global Health Aid to Data Sharing on Pathogens – Undermining WHO Talks. **Health Policy Watch**, Nov. 2025. Disponível em: <https://healthpolicy-watch.news/exclusive-us-ties-new-health-funding-to-pathogen-sharing-disrupting-who-talks/>. Acesso em: 10 fev. 2026.

DSI SCIENTIFIC NETWORK. Threading the needle on traceability within the PABS System: Promoting equity and science. **DSI Scientific Network Policy Brief**, 2026.

DSI SCIENTIFIC NETWORK. Today's pathogen database landscape: Mapping access and benefit-sharing mechanisms. **DSI Scientific Network Report**, 2025.

EVABORHENE, Nathan A. et al. The WHO pandemic agreement—securing Africa's leadership in a fragmenting global order. **BMJ Global Health**, v. 11, p. e020634, 2026. DOI: 10.1136/bmjgh-2025-020634.

FERREIRA, José Roberto; FONSECA, Luiz Eduardo. Structural cooperation: the Fiocruz experience. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2129-2133, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017227.04412017.

FIDLER, David P. Assessment of the Draft WHO Pandemic Agreement: Light Agreement vs. PABS Annex. **Council on Foreign Relations Policy Brief**, Nov. 2024c.

FIDLER, David P. Negotiating the WHO Pandemic Agreement: Equity, Sovereignty, and Intellectual Property. **Global Health Governance Journal**, v. 19, n. 1, p. 12-29, 2024a.

FIDLER, David P. The PIP Framework and its Lessons for the Pathogen Access and Benefit-Sharing System. **International Law & Global Health Policy**, v. 12, n. 2, p. 45-68, 2024b.

FONSECA, Luiz Eduardo; BUSS, Paulo Marchiori. Diplomacia e cooperação em saúde: uma experiência da Fiocruz. In: ALMINO, João; LIMA, Sergio (org.). **30 anos da ABC: visões da cooperação técnica internacional brasileira**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2017. p. 223-254.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, Cristiani Vieira et al. (org.). **Política de saúde no Brasil: continuidades e mudanças nos anos 2000**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MALDONADO, José Manuel Santos de Valles. Complexo Industrial da Saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 247-281.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; TEMPORÃO, José Gomes; COSTA, Laís Silveira. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde: elementos

para uma articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 21-30, jan./mar. 2012.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Complexo econômico-industrial da saúde: produtos e insumos estratégicos para as políticas e programas de saúde. In: CONASS (org.). **Ciência e tecnologia em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. p. 84-109.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 71, p. 215-228, 2007a.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a Soberania Sanitária: Lições da Pandemia de COVID-19**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GOSTIN, Lawrence O. et al. The WHO Pandemic Agreement: A Historic Opportunity for Equitable Global Health Governance. **The Lancet**, v. 402, p. 1120-1135, 2023.

GUANABARA, Mariana; GRASSI, Jéssica Maria. Acordo Pandêmico e os Desafios da Cooperação Internacional em Saúde. **Global Health Law Journal**, Santos-Brazil, v. 03, n. 01, p. 53-104, 2025.

HEN, Ying et al. From signals to action: bridging the risk assessment–response gap for emerging and re-emerging infectious diseases. **Science Bulletin**, [S. l.], 2026. No prelo. DOI: 10.1016/j.scib.2026.09.012.

HOIRISCH, Claudia; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; BUSS, Paulo Marchiori et al. BRICS leaders issue Rio de Janeiro Declaration and highlight health initiatives led by Fiocruz. **The BRICS Health Journal**, v. 2, n. 3, p. 15-26, 2025. DOI: 10.47093/3034-4700.2025.2.3.15-26.

HOTEZ, Peter J. Neglected Tropical Diseases in the Anthropocene: The Cases of Zika, Ebola, and Other Infections. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 10, n. 4, p. e0004648, 2016.

IRWIN, Rachel. Indonesia and Global Health Diplomacy: The H5N1 Virus Sharing Controversy. **Global Health Governance Journal**, v. 4, n. 1, p. 1-18, 2010.

KAMEDA, Koichi; PIMENTA, Denise; MATTA, Gustavo. Affirming Pharmaceutical Sovereignty: Technology Transfer Agreements and Vaccine Geopolitics During a Global Health Emergency. In: MATTA, G. et al. (org.). **COVID-19 in Brazil: Health, Society, and Politics**. Cham: Springer, 2021. p. 140-158.

KICKBUSCH, Ilona. Mapping the future of public health: action on global health. **Canadian Journal of Public Health**, v. 97, p. 6-8, 2006.

KOPLAN, Jeffrey P. et al. Towards a common definition of global health. **The Lancet**, v. 373, n. 9679, p. 1993-1995, 2009.

KRISHNAMURTHY, Meera; HERDER, Matthew. Indonesia's refusal to share influenza virus specimens with the world: Reviving the arguments for justice in influenza pandemic preparedness. **SSRN Electronic Journal**, p. 1-17, 2011. DOI: 10.2139/ssrn.1810768.

KRUGMAN, Daniel W. Global health and the elite capture of decolonization: On reformism and the possibilities of alternate paths. **PLOS Global Public Health**, v. 3, n. 6, p. e0002103, 2023.

LEE, Kelley. **The World Health Organization (WHO)**. London: Routledge, 2009.

LI, Jing et al. The PABS system under the Pandemic Agreement: Current status, controversies in negotiations, and future prospects. **Biosafety and Health**, Elsevier, v. 8, n. 2, p. 100-115, 2026. DOI: 10.1016/j.bsheal.2026.04.001.

LIMA, Nísia Trindade; BUSS, Paulo Marchiori; PAES-SOUSA, Rômulo. A pandemia da Covid-19: uma crise sanitária e humanitária. In: BUSS, P. M.; FONSECA, L. E. (org.). **Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020. p. 35-40.

MALONE, Camden. Difficulties in Negotiating the PABS Instrument under the WHO Pandemic Treaty. **Journal of Global Health Law**, v. 15, n. 2, p. 88-104, 2024.

MCINNIS, Colin; LEE, Kelley. **Global health and international relations**. Cambridge: Polity Press, 2012.

MIGNOLO, Walter D. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 32, n. 94, p. e329402, 2017.

MIGNOLO, Walter D.; WALSH, Catherine E. **On decoloniality: concepts, analytics, praxis**. Durham: Duke University Press, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOON, Suerie. Global Equity and Intellectual Property in Pandemic Agreements. **New England Journal of Medicine**, v. 390, p. 450-458, 2024.

NAIDU, Thirusha. Epistemic disobedience–Undoing coloniality in global health research. **PLOS Global Public Health**, v. 4, n. 4, p. e0003033, 2024.

NORBERG, Antonio Neres et al. Between promised cooperation and practiced unilateralism: the paradox of health policies in Mercosur countries during the COVID-19 pandemic. **World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development**, v. 12, p. 75-78, 2026.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2291-2302, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. 63º Conselho Diretor da **OPAS: Relatório Final e Resoluções sobre Inovação e Produção Regional**. Washington, D.C.: OPAS, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Plataforma Regional para Avançar na Produção de Vacinas e outras Tecnologias Sanitárias para a COVID-19 nas Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2021.

PHELAN, Alexandra L.; NUZZO, Jennifer B.; GOSTIN, Lawrence O. The PHEIC for Ebola disease caused by Bundibugyo virus: an inflection

point for the PABS Annex. **The Lancet Global Health**, v. 14, p. e200-e205, 2026.

POZZATTI, Ademar; FARIAS, Lucas Wainer. As heranças da Unasul em saúde: redes de instituições estruturantes como instrumento do direito internacional contemporâneo. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 65, n. 1, p. e006, 2022.

POZZATTI, Ademar; FARIAS, Lucas Wainer. Da cooperação humanitária à estruturante: o papel do Brasil na construção de capacidades para resistir à epidemia do HIV a partir da rede laços sul-sul. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 26, p. 7-16, 2020.

POZZATTI, Ademar; FARIAS, Lucas Wainer. O Brasil e a cooperação Sul-Americana em saúde: dos regimes temáticos às possibilidades de efetivação estruturante. **Revista de Direito Internacional**, v. 16, n. 2, p. 363-382, 2019a.

PRÍNCIPE, Alex Santos; WINKLER, Ingrid; MACHADO, Bruna Aparecida Souza; FERREIRA, Cristiano Vasconcellos. Strategic Decisions in Public Health Emergencies Management: An Integrative Review under the H-EDRM Framework. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 34, n. 3, p. 1-17, 2026. DOI: 10.1111/1468-5973.70229.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e Ciências Sociais**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 227-278.

RUCKERT, Arne; ALMEIDA, Celia; RAMÍREZ, Jorge et al. Global Health Diplomacy (GHD) and the integration of health in regional governance. **Global Public Health**, v. 16, n. 4, p. 550-565, 2021. DOI: 10.1080/17441692.2021.1900318.

SCHABBACH, Leticia Maria. A governança global da Covid-19 e as ações emergenciais de países de renda baixa e média. **Sociologias**, v. 24, n. 60, p. 32-61, 2022.

SEDYANINGSIH, Endang Rahayu; ISFANDARI, Siti; SOENDORO, Triono et al. Towards mutual trust, transparency and equity in virus sharing mechanism: the Indonesian perspective. **Annals Academy of Medicine Singapore**, v. 37, n. 6, p. 482-488, 2008.

SEVALHO, Gil. A colonização do saber epidemiológico: uma leitura decolonial da contemporaneidade da pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5629-5638, 2021.

SHADLEN, Kenneth. To Speed New COVID Vaccines, Look to Patenting. **Issues in Science and Technology**, v. 36, n. 4, p. 35-42, 2020.

SILVA, Rodrigo G. L. D. et al. Well we keep adapting our labs: Interconnected factors shaping vaccine R&D and production capacity in Brazil. **Vaccine**, Elsevier, v. 43, p. 102-118, 2025.

SOUTH AFRICA DEPARTMENT OF SCIENCE AND INNOVATION – DSTI. **SA scientists enable quick detection of fast-spreading coronavirus variants**. Pretoria: DSTI, 2020.

UNITED NATIONS. **Convention on Biological Diversity (CBD)**. Rio de Janeiro: UN, 1992.

UNITED NATIONS. **Nagoya Protocol on Access to Genetic Resources and the Fair and Equitable Sharing of Benefits Arising from their Utilization.** Nagoya: UN, 2010.

UNITED NATIONS. **Universal Declaration of Human Rights.** General Assembly resolution 217 A. Paris: UN, 1948.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima et al. Acordo sobre pandemias: sentido, avanços e limites. **Nota Técnica n. 6a, Grupo de Trabalho Acordo sobre Pandemias e Reforma do RSI – Fiocruz/USP**, São Paulo/Rio de Janeiro, 19 maio 2025.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima et al. O “rascunho zero” do acordo internacional sobre pandemias: caráter retórico, imprecisões e lacunas limitam possíveis avanços. **Nota Técnica n. 3, Grupo de Trabalho Acordo sobre Pandemias e Reforma do RSI – Fiocruz/USP**, São Paulo/Rio de Janeiro, 25 fev. 2023.

VIEGAS, Leandro Luiz; CARMO, Eduardo Hage; VENTURA, Deisy de Freitas Lima. Negociações do sistema PABS põem em xeque os avanços trazidos pelo acordo sobre pandemias. **Cadernos Fiocruz de Saúde Global**, n. 1, p. 70-74, fev. 2026.

WILDER-SMITH, Annika B.; FREEDMAN, David; WILDER-SMITH, Annelies. Edging towards a third dengue vaccine. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 24, n. 11, p. 1182-1184, 2024.

WILSON, Paul A.; THORNTON, Ian; GANDHI, Gian. Public health emergency archetypes: a framework to guide efforts to ensure equitable access to medical countermeasures. **BMJ Global Health**, v. 8, n. 5, p. e012436, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **All for Health, Health for All: WHO investment case 2025–2028.** Geneva: WHO, 2024a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization.** Geneva: WHO, 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations (2005).** 2. ed. Geneva: WHO, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pandemic Influenza Preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits.** Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Intergovernmental Working Group on the Pathogen Access and Benefit-Sharing (PABS) System.** A/IGWG/1/5 & A/IGWG/2/3. Geneva: WHO, 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resumed Ninth Meeting Of The Intergovernmental Negotiating Body To Draft And Negotiate A WHO Convention, Agreement Or Other International Instrument On Pandemic Prevention, Preparedness And Response.** A/INB/9/3 Rev.1. Geneva: WHO, 22 apr. 2024b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Pandemic Agreement.** World Health Assembly Resolution A78/R1. Geneva: WHO, 2025.

¹ Doutor em Direito Internacional (UAA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Doutor em Doenças Parasitárias (UFRRJ). Coordenador do curso de Medicina (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para](#)

[visualizar o e-mail](#)

³ Pós-Doutora em Cognição e Linguagem (UENF). Docente do curso de Medicina (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Doutora em Cognição e Linguagem (UENF). Pró-Reitora Acadêmica (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde (UFF). Coordenadora do curso de Medicina (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Doutora em História Social (UFRJ). Docente do curso de Direito (UniFAMESC). Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Doutor em Cognição e Linguagem (UENF). Coordenador do curso de Medicina (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Doutora em Ciência Animal (UENF). Docente do curso de Medicina e de Medicina Veterinária (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Doutora em Produção Vegetal (UENF). Coordenadora de Pesquisa e Iniciação Científica (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹⁰ Doutora em Cognição e Linguagem (UENF). Docente do curso de Medicina (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹¹ Doutora em Biociência e Biotecnologia (UENF). Docente do curso de Medicina (UniFAMESC). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

¹² Mestra em Cognição e Linguagem (UENF). Docente do Centro Universitário UniFAMESC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)