

Negligência e saúde global: o caso do surto de ebola na República Democrática do Congo em 2018

Negligence and global health: the case of the 2018 ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo (abstract: p. 17)

Negligencia y salud global: el caso del brote de ébola en la República Democrática del Congo en 2018 (resumen: p. 17)

Ramiro Januário dos Santos Neto^(a)

<ramironeto@usp.br> 

Deisy de Freitas Lima Ventura^(b)

<deisy.ventura@usp.br> 

^(a) Pós-graduado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade (doutorado), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. CEP: 01246-904.

^(b) Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo, SP, Brasil.

O artigo busca entender por que o surto de ebola originado em Kivu do Norte e Ituri, República Democrática do Congo, em 2018, não foi considerado uma ameaça à paz e segurança internacionais pelo Conselho de Segurança da Organização das Nações Unidas, diferentemente do surto de ebola na África Ocidental em 2014. A transformação de um problema de saúde em um problema de segurança (securitização) não é algo bom ou ruim per se, podendo trazer benefícios como o aumento de recursos humanos e financeiros. Sob o prisma dos estudos críticos de segurança e de saúde global, por meio de revisão da literatura e pesquisa documental para caracterização de um caso, o artigo conclui que a “não securitização” do surto de ebola estudado ocorreu principalmente porque ele permaneceu confinado à África, constituindo um exemplo da negligência sistemática da comunidade internacional em relação à saúde nesta região.

Palavras-chave: Segurança sanitária. Ebola. Negligência. República Democrática do Congo. Vacinas.

Introdução

A doença do vírus ebola, doravante referida como ebola, aflige a África há décadas. Os primeiros surtos reconhecidos da doença ocorreram em 1976 na República Democrática do Congo (RDC) e no Sudão do Sul. Entre 1976 e 2022, foram identificados 35 surtos de ebola, sendo 15 originados na RDC, seis em Uganda, quatro na República do Congo, quatro no Gabão, três no Sudão do Sul, dois na Guiné e um na Costa do Marfim¹. A depender da cepa do vírus e das circunstâncias, a taxa de mortalidade pode chegar a 90%. Encontrado em secreções humanas na fase aguda (como sangue, saliva, fezes, sêmen, leite materno e lágrimas), o ebola transmite-se por contato com pessoas ou animais infectados, ou consumo de carne de animais selvagens².

Embora já existam tratamentos e vacinas, esses insumos permanecem nos Estados Unidos, com elevado nível de proteção da propriedade intelectual, enquanto os surtos ocorrem na África³. Uma vacina foi rapidamente produzida⁴ depois que sete casos de Ebola foram notificados no Norte global, entre os quais apenas um óbito, cuja repercussão foi maior do que os milhares de óbitos ocorridos na África Ocidental⁵. Considerando as iniquidades que cercam a saúde global, é imprescindível fomentar a realização de estudos críticos sobre as emergências de saúde, assim como pesquisas sobre a África empreendidas por pesquisadores do Sul global. Assim, este artigo busca ampliar a presença da África na agenda de pesquisa brasileira sobre saúde global.

Sob a forma de estudo de caso, a pesquisa trata especificamente do surto de ebola ocorrido entre 2018 e 2020 nas províncias de Kivu do Norte e Ituri, no nordeste da RDC. Com base no Regulamento Sanitário Internacional (RSI), a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em julho de 2019. O surto teve início em agosto de 2018, atingindo 3.470 pessoas e causando 2.287 óbitos até 25 de junho de 2020, quando o final da ESPII foi declarado, sendo considerado o segundo maior da história, atrás apenas do ocorrido na África Ocidental entre 2014 e 2016, que também foi considerado uma ESPII e alcançou 28.646 casos e 11.323 mortes⁶. Na RDC, a atuação de milícias dificultou a resposta internacional, inclusive a identificação e o acompanhamento dos infectados, havendo o dobro de novos casos entre março e junho de 2019⁶.

Diferentemente da ESPII relativa ao ebola na África Ocidental (especialmente Libéria, Serra Leoa e Guiné), a emergência na RDC não foi tratada pelo Conselho de Segurança (CS) da Organização das Nações Unidas (ONU) como questão de segurança internacional, ao passo que a primeira foi considerada ameaça a paz e segurança internacionais. Pela Resolução n. 2.177, o CS/ONU referendou a criação, pelo secretariado-geral, da Missão das Nações Unidas para a Ação de Urgência contra o Ebola (MINUAUCE)⁷, possibilitando mobilização extraordinária de recursos financeiros e uso potencial da força militar ao enquadrar o surto como problema de segurança. Segundo a Escola de Copenhague, referência central dos estudos críticos sobre segurança internacional, a securitização ocorre quando um tema é apresentado como ameaça existencial cuja contenção exige medidas excepcionais⁸.

Este artigo busca entender por que o ebola na RDC em 2018 não foi securitizado. À primeira vista, parece haver uma contradição, pois regiões conflagradas poderiam facilitar a propagação internacional da doença. Os conflitos na RDC não eram estranhos ao CS/ONU, já que foram alvo de decisões desse conselho que estabeleceram a Missão de Estabilização das Nações Unidas na RDC (MONUSCO) em 2010.

Para atingir esse objetivo, recorreremos à abordagem da negligência proposta por João Nunes, elaborada no âmbito específico dos estudos críticos sobre segurança e saúde global⁹⁻¹². Segundo esse enfoque, a negligência em saúde global manifesta-se por invisibilidade (desconsideração de questões), apatia (reconhecimento sem atribuição de importância), inação (reconhecimento sem ação decisiva) ou incompetência (ações inadequadas)¹⁰. Entendemos que tal abordagem explica satisfatoriamente a ausência de securitização do ebola na RDC.

A negligência em relação à África não é novidade histórica, explicada, entre outros fatores, pela baixa representatividade dos países africanos na governança da saúde global, parcialmente modificada após a descolonização destes, em meados do século XX¹³. Nos primeiros anos da OMS, criada em Genebra em 1948, a maioria dos países africanos ainda era colônia ou território dominado por potências europeias, que assumiam sua representação. A Região Africana, criada apenas em 1951, foi a última estabelecida pela OMS, embora o continente tenha sido o principal palco da medicina colonial¹⁴. A colonização deixou como legado dominação econômica e militar, elites vinculadas aos antigos colonizadores e fragmentação política no contexto da Guerra Fria¹⁵. Ainda assim, os países africanos atuaram em momentos cruciais da saúde global, como na negociação da Declaração de Alma-Ata (1978), que versa sobre a implementação e o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde em escala mundial – marco histórico da saúde pública do século XX¹⁶. Mais recentemente, o Grupo Africano, composto pelos 55 Estados-membros da União Africana, tem atuado na OMS em defesa da equidade como centro de normas multilaterais¹⁷.

No caso do ebola, cuja identificação do patógeno completa cinquenta anos, persistem fatores como a falta de infraestrutura médico-hospitalar e de transportes que comprometem a capacidade de resposta a emergências, principalmente em regiões remotas¹⁸. A declaração de ESPIIs não foi capaz de modificar este quadro, como demonstraremos a seguir.

Metodologia

A pesquisa baseia-se em revisão de literatura e pesquisa documental.

Procedeu-se à busca sistemática da literatura na plataforma PubMed publicada entre 2018 e 2024 relativa ao surto de ebola na RDC.

Os descritores utilizados na busca foram “Ebola”, “Democratic Republic of the Congo” e “Public Health Emergency of International Concern”.

Foram encontrados 253 resultados, entre artigos científicos, editoriais, comentários e matérias jornalísticas em revistas especializadas.

Os critérios de exclusão de artigos utilizados foram os seguintes: textos exclusivamente biomédicos, surtos de ebola em outras regiões e referências meramente alusivas aos descritores.

Após leitura dos títulos e sumários, verificou-se que 15 publicações abordam de fato a ESPII objeto deste artigo, que foram selecionadas para leitura integral. Como referências citadas nos artigos selecionados foram identificados mais três estudos, incluídos na amostra final (figura 1).

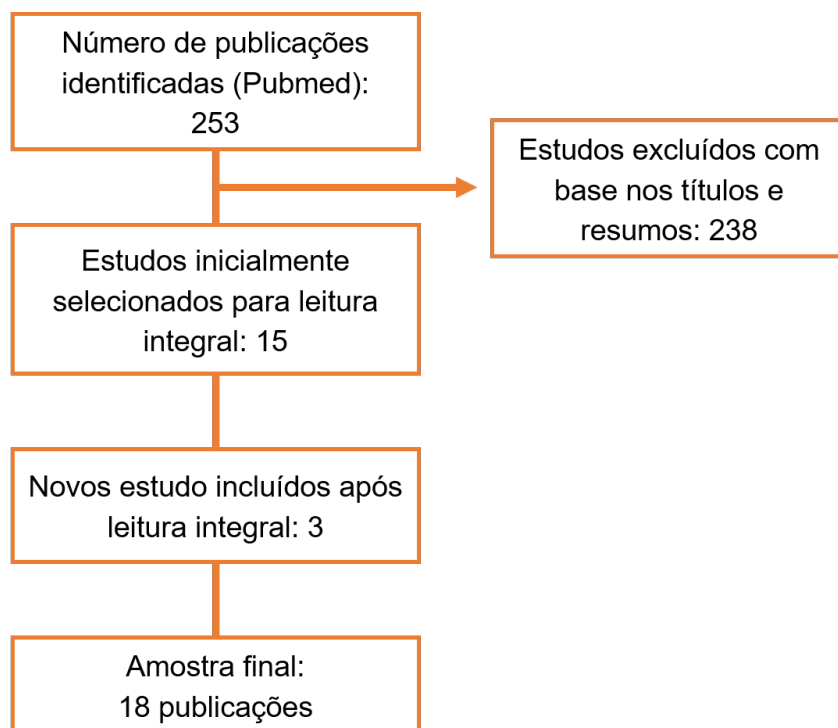


Figura 1. Processo da revisão de literatura.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A pesquisa documental foi feita no Repositório Institucional para Compartilhamento de Informações da OMS e na Biblioteca Digital das Nações Unidas, com a seleção de documentos que tratassem da ESPII na RDC entre 2018 e 2024, especialmente: (I) documentação produzida pelo Comitê de Emergência do RSI que subsidiou a declaração da ESPII pela OMS; e (II) as manifestações e resoluções do CS/ONU sobre o surto de ebola nas províncias de Kivu do Norte e Ituri.

Resultados

Avaliação da ONU sobre risco de contágio internacional pelo surto originado em Ituri e Kivu do Norte

A OMS avaliou que o risco de contágio internacional – a partir do epicentro em Kivu do Norte e Ituri – era muito alto em nível nacional e regional, mas baixo globalmente, conforme as declarações do Comitê de Emergência do RSI para a Doença pelo Vírus ebola na RDC (províncias de Kivu e Ituri)¹⁹.

Na terceira reunião desse comitê (14 de junho de 2019), confirmou-se um grupo de casos em Uganda, com risco de propagação para países vizinhos. Entretanto, entendeu-se que o risco de disseminação além do entorno regional da RDC permanecia baixo, não sendo declarada a ESPII.

Na quarta reunião (ocorrida em 17 de julho de 2019), confirmou-se o primeiro caso em Goma, cidade de quase dois milhões de habitantes na fronteira com Ruanda. Conforme as recomendações do comitê, o Diretor-Geral da OMS, Tedros Ghebreyesus, finalmente declarou a ESPII.

Comparativamente, o Comitê de Emergência do RSI para o ebola na África Ocidental (2014-2016) considerou maior o potencial de propagação internacional, pois a transmissão do vírus chegou aos Estados Unidos e à Europa, não se limitando ao entorno regional²⁰.

O CS/ONU também avaliou o risco de contágio internacional do ebola. Na RDC, a Resolução n. 2439, de 2018, classificou o surto de Kivu do Norte e Ituri como ameaça apenas regional, tomando nota da avaliação da OMS sobre o risco de disseminação regional e manifestando preocupação com eventual propagação para Uganda, Ruanda, Sudão do Sul e Burundi²¹. Ainda que houvesse ameaça ao entorno regional, o CS/ONU não considerou o surto na RDC ameaça à paz e segurança internacionais, como fez com o surto na África Ocidental por meio da Resolução n. 2177. Essa resolução vinculou expressamente a securitização ao alcance geográfico da epidemia, afirmando, no item 5 do preâmbulo, que “a extensão sem precedentes do surto de ebola na África constitui uma ameaça à paz e à segurança internacionais”²².

Resposta da OMS ao surto de ebola

Poucas semanas após os primeiros casos, a OMS e o Ministério da Saúde da RDC iniciaram um grande programa de resposta, com suporte laboratorial e envio de pessoal e suprimentos por agências internacionais²³.

A OMS enviou, em 2019, cerca de setecentos funcionários para as cidades e os vilarejos afetados pelo ebola. Em contraste, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA tinham apenas doze epidemiologistas na RDC, alocados fora das zonas mais afetadas²⁴.

Em junho de 2019, a OMS solicitou ajuda de outras agências da ONU para lidar com aspectos humanitários da crise. Cerca de três mil soldados da MONUSCO foram mobilizados para ajuda humanitária e garantia da segurança das equipes médicas²⁴.

Ademais, a OMS utilizou seu fundo de contingência para enviar epidemiologistas e suprimentos à RDC no início do surto. O diretor-geral sempre tratou a situação como uma emergência, mas demorou a declarar formalmente a ESPII, preocupado com possíveis repercussões negativas como o fechamento de fronteiras. A declaração da ESPII, em 17 de julho de 2019, buscava, entre outros objetivos, aumentar o financiamento da resposta, pois a arrecadação, no primeiro semestre de 2019, foi inferior à metade dos US\$ 98 milhões solicitados pela OMS, havendo projeção de custos de quase US\$ 300 milhões para o semestre seguinte²⁴.

A decisão inicial da OMS de não declarar uma ESPII gerou polêmica. O respectivo Comitê de Emergência, presidido por Robert Steffen, alegou que declarar uma emergência apenas para angariar fundos não seria apropriado, apesar de reconhecer publicamente a dificuldade da OMS em obter financiamento²⁵.

Essa justificativa foi amplamente criticada por especialistas, que apontaram o risco de perda de credibilidade da ESPII e o surgimento de dúvidas sobre a utilidade dessa ferramenta de governança²⁶. A crítica não se restringiu à decisão em si, mas também à forma como os critérios do RSI para a verificação de uma emergência foram interpretados. Avalia-se que o Comitê não se restringiu às disposições do RSI, mas observou considerações políticas e econômicas não previstas no regulamento.

A situação na RDC exemplifica as críticas ao processo de declaração de ESPIIs, que têm ocorrido desde a primeira emergência relativa ao H1N1 em 2009²⁷, estando concentradas principalmente na falta de transparência das deliberações e de meios de responsabilização dos membros do Comitê de Emergência.

Remédios e vacinas

Existem dois medicamentos para tratar o ebola – Inmazeb (Regeneron Pharmaceuticals) e Ebanga (Ridgeback Biotherapeutics) – além da vacina Ervebo (Merck). Eles foram testados durante o surto em Kivu do Norte e Ituri em ensaio clínico conduzido pela OMS. O uso de ambos reduziu a taxa de mortalidade para cerca de 30%, face a uma taxa geral de 66%^{23,28}.

A vacina Ervebo, baseada no Zaire ebolavirus, foi testada inicialmente no surto de ebola na África Ocidental. Em 2017, o Grupo Consultivo Estratégico de Peritos em Imunização da OMS recomendou seu uso para indivíduos em risco de exposição, sendo aplicada pela primeira vez no pequeno surto na província de Equateur, RDC, em 2018²⁹.

Posteriormente, equipes lideradas pela OMS administraram amplamente a vacina no surto de Kivu do Norte e Ituri, por meio da estratégia de vacinação em anel, destinada a proteger contatos de casos sintomáticos e a quebrar a cadeia de transmissão³⁰. Iniciada em 8 de agosto de 2018, a vacinação atingiu mais de trezentas mil pessoas. Uma única dose oferece alta proteção após dez dias, com eficácia de 84%³⁰.

Apesar da aprovação desses tratamentos, o acesso a estes permanece limitado devido a preços elevados, oferta insuficiente e questões relacionadas à propriedade intelectual detida pelas empresas farmacêuticas, formando monopólios. Observa-se concentração da produção e estoque dos referidos produtos nos Estados Unidos, sede das empresas fabricantes³. Nesse contexto, os governos deveriam potencialmente considerar o uso das flexibilidades previstas no direito internacional para superar esses monopólios. Por fim, há pouca transparência nos preços e pouca capacidade de fornecimento dos tratamentos para o ebola por parte das farmacêuticas³.

Incidentes violentos contra os profissionais envolvidos na resposta internacional ao ebola e desconfiança da população

Apesar do uso de vacinas e medicamentos, a taxa de mortalidade permanecia alta, atingindo 67%, em parte porque os medicamentos e vacinas não chegavam a todos os necessitados. Além de grupos armados, a OMS enfrentou o descrédito de parte da população local. Esse ceticismo profundo em relação aos forasteiros resulta de mais de um século de conflitos, exploração e corrupção na região²⁴.

Há décadas, a violência assola Kivu do Norte e Ituri, onde existem dezenas de grupos armados e comunidades contrárias ao governo. As tensões políticas aumentaram no final de 2018, quando o governo proibiu mais de um milhão de pessoas de Kivu do Norte de votar, alegando razões de saúde pública devido ao ebola, levando a crer que o surto era uma invenção política para marginalizar a oposição³¹.

As equipes lideradas pela OMS enfrentaram ameaças de morte e ataques com pedras, balas e granadas. Em fevereiro de 2019, ataques destruíram parcialmente unidades de tratamento de ebola nas cidades de Butembo e Katwa (Kivu do Norte). Em 19 de abril de 2019, Richard Mouzoko, epidemiologista da OMS, foi morto a tiros em Butembo por homens que gritavam: “O ebola não existe!”. O diretor-geral Tedros Adhanom compareceu ao funeral em maio; nos meses seguintes, dezenas de profissionais de saúde foram atacados³².

Em julho e agosto de 2019, grupos armados mataram e sequestraram civis na região epicentro do surto. Em resposta, moradores de Beni protestaram contra as tropas da ONU e as autoridades locais, acusando-os de falhar em protegê-los²⁴.

Segundo o diretor-geral da OMS, nas semanas subseqüentes a episódios de violência houve aumento de casos, pois os profissionais de saúde precisavam recuar por razões de segurança³³.

Securização do ebola: comparação entre as ESPIIs de 2014 e 2018

Considerando as oito ESPIIs declaradas pela OMS desde a reforma do RSI em 2005, indicando se a doença objeto da emergência sanitária foi igualmente discutida pelo CS/ONU, verificamos que o CS/ONU se manifestou sobre três delas: ebola na África Ocidental, ebola na RDC e Covid-19.

O ebola na África Ocidental foi a emergência sanitária mais discutida em reuniões do CS, com quatro reuniões exclusivas, entre 2014 e 2015, sob o item da agenda “Paz e Segurança na África”. O surto na RDC e a Covid-19 mereceram apenas uma reunião exclusiva no CS.

Das três doenças objeto de ESPIIs, somente o ebola na África Ocidental foi considerado uma ameaça à paz e segurança internacionais pelo CS/ONU, que, ao literalmente securitizar aquele surto de ebola por meio da Resolução n. 2,177, assumiu a condução da resposta internacional da doença, até então dirigida exclusivamente pela OMS.

Na RDC, o ebola foi abordado majoritariamente em conjunto com outros temas sob o item “a situação relativa à RDC” da agenda do CS, exceto a mencionada

reunião exclusiva para o tema em 2019. Nesse item da agenda, eram discutidas todas as questões políticas e de segurança na RDC sob a alçada do CS. Consequentemente, os documentos que tratam do ebola na RDC^{21,23,34} não incluem o enfrentamento da doença em seu rol de obrigações, limitando-se a manifestar preocupação com a segurança do país, agravada pelo ebola.

Logo, o CS optou por não avocar a liderança no enfrentamento ao surto na RDC, como evidencia uma declaração, de 2 de agosto de 2019, que limita-se a dizer que “tomou conhecimento” da declaração de ESPII³⁵.

Atuação dos Centros Africanos de Controle e Prevenção de Doenças

Fundado em 2016, após o surto de ebola na África Ocidental, o *Africa Centres for Disease Control and Prevention* (Africa CDC) – em português, Centros Africanos de Controle e Prevenção de Doenças – é o órgão técnico da União Africana responsável pela prevenção e controle de doenças no continente. Na RDC, apoiou o enfrentamento do surto desde o início, enviando especialistas e ativando, em agosto de 2018, seu Centro de Operações de Emergência. Esse centro recrutou, treinou e mobilizou uma Equipe de Resposta Epidêmica composta por especialistas em epidemiologia; exames laboratoriais; logística; comunicação; antropologia; e saúde ambiental e animal⁶.

Essa equipe treinou ao menos oito mil profissionais de saúde e voluntários locais em vigilância epidemiológica; diagnósticos laboratoriais; comunicação de riscos; triagem de doentes; e prevenção e controle de infecções. Juntamente com o governo da RDC e a OMS, realizou a triagem de mais de setenta milhões de pessoas em pontos de fronteira e apoiou visitas domiciliares voltadas à educação em saúde e à vacinação⁶.

A criação do Africa CDC representa um passo na construção de uma nova ordem de saúde pública no continente, ao permitir a coordenação de respostas por meio das Instituições Nacionais de Saúde Pública articuladas com centros regionais³⁶. O modelo busca aprimorar a vigilância epidemiológica e a troca de informações³⁷.

A instituição atua com base em solidariedade e cooperação, como demonstram a criação da Força-Tarefa Africana para o Coronavírus – que facilitou a troca de informações, a mobilização de recursos, insumos médicos e força de trabalho em toda a África, permitindo a detecção precoce de epidemias e ação rápida – e do Corpo Africano de Voluntários de Saúde, que provê especialistas em emergências sanitárias. Essas iniciativas operacionalizam os princípios fundamentais de solidariedade e cooperação para enfrentar ameaças à saúde pública no continente³⁸.

Quanto à cooperação intercontinental, o Africa CDC mantém laços com instituições dos Estados Unidos e da Europa que possam oferecer modelos operacionais adaptados à realidade do continente, incluindo o consórcio Rede Pan-Africana para Pesquisa Rápida, Resposta, Alívio e Preparação para Epidemias de Doenças Infecciosas e Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Pretende, ainda, desenvolver um programa de força de trabalho baseado em competências, inspirado no Serviço de Inteligência Epidemiológica do CDC norte-americano³⁷.

Discussão

A atuação dos atores envolvidos nas duas ESPIIs relativas ao ebola foi sistematizada no seguinte quadro:

Quadro 1. Atores envolvidos nas ESPIIs relacionadas ao ebola.

Atores	ESPII	Atuação	Relação com outros atores durante as ESPII para o ebola
Africa CDC	E2	Coordenação regional, apoio à vacinação e vigilância epidemiológica.	Atuação com OMS e RDC, aumento do protagonismo africano diante de uma ESPII.
CS/ONU	E1	Emitiu a Resolução 2177, qualificando o ebola como ameaça à paz e segurança internacionais.	Securitized resposta à E1 e autorizou criação da MINUAUCE. Não desempenhou papel equivalente na E2.
MINUAUCE	E1	Missão emergencial para coordenação logística e operacional nos países afetados.	Primeira missão da ONU de caráter sanitário, vinculada diretamente ao secretário-geral. Coordenou trabalhos das agências da ONU, inclusive da OMS, e dos governos nacionais. Militarizada, foi elemento da securitização da E1.
Organização Mundial da Saúde (OMS)	E1 e E2	Após consulta ao respectivo comitê de emergência, declarou as ESPIIs; coordenou resposta técnica; emitiu diretrizes; e mobilizou recursos e vacinas (no caso da ESPII na RDC).	Criticada pela demora na declaração da E1, ficou em segundo plano diante da MINUAUCE. Na E2, declarou emergência apenas após a quarta reunião do respectivo Comitê de Emergências, havendo polêmica sobre a justificativa da espera. Na E2, atuou com CDC Africano.
RDC	E2	Liderou resposta nacional, com forte atuação na vacinação	Dependência de apoio internacional, coordenação com OMS e CDC Africano, contexto de maior protagonismo regional.
Guiné, Libéria e Serra Leoa	E1	Lideraram as respostas nacionais	Dependência de apoio internacional, coordenação com MINUAUCE e OMS

Fonte: Elaborado pelos autores.

Legenda:

E1 – Doença do vírus ebola em Guiné, Serra Leoa e Libéria, declarada ESPII em 8 de agosto de 2014.

E2 – Doença do vírus ebola na RDC (Kivu e Ituri), declarada ESPII em 17 de julho de 2019.

Os resultados da pesquisa permitem afirmar que o surto de ebola na RDC não foi securitizado, diferentemente do surto na África Ocidental.

Na África Ocidental, o ebola passou por um processo que corresponde ao conceito clássico de securitização, explicado pela já citada Escola de Copenhague⁸. A securitização seria um ato de fala, praticado por um agente securitizador, que vincula discursivamente um objeto referente – como o Estado, a saúde pública ou a economia – ao campo da segurança. Esse objeto referente estaria diante de uma ameaça existencial, podendo ser uma epidemia ou uma guerra, justificando que o agente securitizador possa tomar medidas excepcionais para fazer cessar a ameaça⁸.

A securitização de uma doença não é boa ou ruim por si só, podendo ser necessária em determinados casos. Entretanto, ela precisa ser analisada sob a perspectiva crítica,

para garantir a sustentabilidade e a eficácia da resposta, além de minimizar seus efeitos negativos sobre os direitos humanos e a saúde das populações envolvidas.

Nesse sentido, não partiremos do pressuposto de que a falta de securitização do ebola na RDC foi positiva, no sentido de um progresso na resposta internacional à doença, mas procuraremos refletir sobre os motivos pelos quais a ESPII do ebola na RDC não ter sido securitizada, à luz do precedente de securitização que ocorreu com a ESPII do ebola na África Ocidental.

Primeiramente, avaliamos que a não securitização do ebola na RDC decorreu da percepção da comunidade internacional de que o surto não sairia da África.

Circunscrito à RDC e Uganda, o surto foi entendido como um problema regional africano. Logo, apesar de ser uma ESPII, foi tornado invisível no âmbito da governança da saúde global, pois não teve o mesmo alcance intercontinental do surto de ebola da África Ocidental. Consequentemente, não corria o risco de adentrar nos países desenvolvidos, como ocorreu durante o surto de 2014, uma das razões que levou os Estados Unidos a propor uma resolução ao CS/ONU.

Como um problema apenas da África, o surto da RDC foi negligenciado pelo conjunto das nações, apesar da atuação proativa da OMS no local. Segundo a abordagem proposta por João Nunes⁹⁻¹², a negligência de uma doença deve ser entendida como um processo contínuo para invisibilizar um problema ou condição, envolvendo ainda a negação da oferta de recursos necessários para compreender um problema ou abordá-lo. No cerne da produção da negligência é sempre possível identificar o efeito combinado das ações e omissões de diferentes atores: formuladores de políticas, doadores, mídia e público em geral¹¹.

Além de invisibilizar um problema, a negligência produz a exclusão sistemática de certos grupos – definidos, por exemplo, em termos de gênero, idade, raça, orientação sexual ou classe – dos mais altos padrões de saúde disponíveis. Essa exclusão ocorre por meio do que o autor identifica como abjeção — ato de rejeitar, rebaixar ou tornar desprezível algo ou alguém. No contexto de seus estudos sobre o surto de ebola na África Ocidental (2014-2015), Nunes avalia que determinados grupos e práticas foram representados como estranhos, exóticos, repugnantes e diretamente ligados à disseminação do ebola, produzindo emoções que afetam as percepções dos atores sobre os motivos alheios e moldando assim o conteúdo de suas relações¹⁰.

A negligência do ebola na RDC limitou a sensação de urgência ou mesmo de gravidade diante daquele surto, resultando em escassos recursos financeiros para a resposta internacional e na falta de segurança para as equipes médicas. Não surpreende que a OMS tenha demorado cerca de um ano, após os primeiros casos, para declarar que o surto de ebola na RDC era uma ESPII³⁹.

O descaso da comunidade internacional com o ebola na RDC está associado à abjeção, tendo sido a doença enquadrada como um problema africano racializado, assim como o foi o surto na África Ocidental¹⁰. A abjeção produziu resultados diferentes na África Ocidental e na RDC. O surto de ebola de 2014, ao ameaçar a integridade dos países desenvolvidos (sanitária e economicamente), foi securitizado pelo CS. Já o surto de ebola de 2018, circunscrito à RDC e Uganda, não foi priorizado pela governança da saúde global. As discussões da comunidade internacional sobre os

surtos de ebola foram pautadas por horror, incompreensão e impotência, sentimentos que trouxeram ao imaginário dos tomadores de decisão uma visão apocalíptica da África⁴⁰. Essa abjeção possui duas faces: a da contenção – inclusive militar, se for preciso – e em seguida o esquecimento, indiferente à sua reincidência caso ela permaneça em locais periféricos.

Em segundo lugar, a não securitização do surto do ebola na RDC decorre igualmente de contexto político já securitizado desde o ano 2000, quando o CS/ONU considerou a situação política na RDC uma ameaça à paz e segurança internacionais por meio da Resolução n. 1291⁴¹.

Essa resolução embasou o envio da Missão de Observação das Nações Unidas na RDC (MONUC) para supervisionar o cessar-fogo após a Segunda Guerra do Congo (1998-1999). A MONUC foi substituída em 2010 pela MONUSCO⁴², que ampliou sua atuação para incluir a prestação de assistência humanitária devido à grave situação sociopolítica do país. Salientamos que a RDC é grande produtora de cobalto e coltan, minerais usados em celulares e computadores, riquezas exploradas pelas elites em conluio com empresas multinacionais, o que inclui baixos salários e trabalho forçado⁴³. O contexto é de crise humanitária, com milhões de deslocados internos e significativa incidência de doenças como cólera, sarampo e mpox.

Para compreender a aparente contradição de não securitizar o ebola em contexto conflagrado, recorreremos também ao enfoque ciclotímico do ebola, entendido como alternância entre momentos de intensa mobilização internacional e períodos de esquecimento e omissão⁵. Fases de “guerra” contra o ebola intercalam-se com “tréguas”, interpretadas como cessação da ameaça; quando surge risco de propagação internacional, a atenção – midiática e de governos – retorna e a doença volta a ser tratada como ameaça⁵.

Embora as aparências do imperialismo possam ter mudado, preservou-se o seu núcleo de racismo e mentalidade colonial cujas continuidades persistem⁴.

O surto de 2018 ocorreu em fase de “trégua”, dado seu alcance restrito. Com a situação política já securitizada por resoluções do CS desde 2000, houve menor propensão a adotar resolução específica sobre o ebola. Contribuiu para essa percepção o uso de medicamentos e vacinas. A RDC esteve envolvida em três ESPIIs desde 2018 – uma de ebola (2019) e duas de mpox (2022 e 2024) – com uso de vacinas em todas, sendo que nenhuma foi considerada ameaça à paz e segurança internacionais pelo CS/ONU (ver quadro 1).

A sensação de segurança associada aos tratamentos retirou o foco do recurso recorrente à ESPII para enfrentar problemas sanitários na RDC, mas a “trégua”, longe de indicar que uma questão de saúde pública está sob controle, revela negligência com problemas estruturais que permitem a recorrência de doenças, tais como a desconfiança da população em relação ao apoio médico internacional, conflitos armados e pobreza. A existência de vacinas e medicamentos deveria beneficiar as populações afetadas, entretanto, a negligência do ebola não tem garantido a esses países acesso equitativo a esses tratamentos.

Conclusão

A negligência do ebola vincula-se à sua origem nos países africanos, cujas populações, não raro, são privadas de padrões adequados de saúde e da atenção às suas necessidades no âmbito da governança da saúde global. Essa marginalização agrava-se porque esses países não integram o centro decisório da governança internacional, composto pelas nações com poder político, econômico e militar, a exemplo dos membros permanentes no CS. Mais de sete décadas após a sua criação, não há no CS/ONU um país africano ou latino-americano com assento permanente, ficando as duas regiões sem real poder decisório.

A falta de poder relativo de países africanos é contrabalançada pela conjugação de iniciativas no âmbito do Grupo Africano, atuante em diversas instâncias na ONU. Com a representatividade garantida por mais de cinquenta Estados, o Grupo Africano, muitas vezes representado pela União Africana, procurar inscrever suas demandas no topo da agenda internacional. Na saúde, a superação da negligência quanto às doenças originadas na África exige priorizar soluções africanas para a governança da saúde global, com financiamento adaptado às necessidades identificadas pelos atores locais.

Embora seja tarefa árdua, é politicamente possível mudar o *status* dos países do Sul global incluindo países africanos na governança global da saúde. Um primeiro passo poderia ser aproveitar os ganhos políticos da bem-sucedida atuação técnica dos países do Sul global no combate a ESPIIs – a exemplo da atuação dos Africa CDC – para reivindicar protagonismo nas instâncias multilaterais. No caso do ebola, esse protagonismo permitiria superar o excessivo foco em medidas de curto prazo de contenção e evitaria o encapsulamento dos custos socioeconômicos nos países africanos. Prioridade poderia ser dada, assim, a ações com potencial de evitar a recorrência do ebola, como as de redução da pobreza, resolução de conflitos e de promoção autodeterminada do desenvolvimento dos países afetados.

Disponibilidade de dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Contribuição dos autores

Santos Neto RJ e Ventura DFL participaram da concepção e do delineamento do trabalho; da discussão dos resultados; da redação do manuscrito; da revisão crítica do conteúdo; e da aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Denise Martin Coviello 

Editora associada

Daniel Granada da Silva Ferreira 

Submetido em

22/07/25

Aprovado em

12/03/26

Referências

1. Judson SD, Munster VJ. The multiple origins of Ebola disease outbreaks. *J Infect Dis.* 2023; 228 Suppl 7:S465-73.
2. Alexander KA, Sanderson CE, Marathe M, Lewis BL, Rivers CM, Shaman J, et al. What factors might have led to the emergence of Ebola in West Africa? *PLoS Negl Trop Dis.* 2015; 9(6):e0003652.
3. Medecins Sans Frontieres. Ensuring access to new treatments for Ebola virus disease [Internet]. Geneva: MSF Access; 2023 [citado 2 Jul 2025]. Disponível em: <https://msfaccess.org/ensuring-access-new-treatments-ebola-virus-disease>
4. Andrews K. *The New Age of Empire: How Colonialism and Racism Still Rule the World.* New York: Penguin Books; 2021.
5. Ventura DFL. Do Ebola ao Zika: as emergências internacionais e a securitização da saúde global. *Cad Saude Publica.* 2016; 32(4):e00033316.
6. Guetiya RE, Sevalie WS, Minutolo A. The 2018–2020 Ebola outbreak in the Democratic Republic of Congo: a better response had been achieved through inter-state coordination in Africa. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021; 14:4923-30. doi: 10.2147/RMHP.S327616.
7. Burci GL. Ebola, the Security Council and the securitization of public health. *QIL Zoom In.* 2014; 10:27-39.
8. Buzan B, Wæver O, Wilde J. *Security: a new framework for analysis.* Boulder: Lynne Renner Publishers; 1998.
9. Nunes J. *Security, emancipation and the politics of health: a new theoretical perspective.* London: Routledge; 2013.
10. Nunes J. Ebola and the production of neglect in global health. *Third World Q.* 2016; 37(3):542-56.
11. Nunes J. Neglect in Global Health. In: Parker R, García J, editors. *Routledge handbook on the politics of Global Health.* Abingdon: Routledge; 2019. p. 44-52.
12. Nunes J. Critical security studies and Global Health. In: McInnes C, Lee K, Youde J, editors. *The Oxford handbook of Global Health politics.* New York: Oxford University Press; 2020. p. 161-77.
13. Cueto M. *Saúde global: uma breve história.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
14. Fee E, Cueto M, Brown TM. At the roots of The World Health Organization's challenges: politics and regionalization. *Am J Public Health.* 2016; 106(11):1912-7.
15. Makiadi SL. L'intégration régionale en Afrique: Un processus déjà ancien... pour quels résultats?. *Mulemba.* 2016; 6(12):51-71.
16. Anaemene B. Health and Diseases in Africa. *Develop Africa.* 2017; 71:207-26.
17. Carmo EH, Ventura DFL, Pittas TM, Viegas LL, Aith FMA, Dallari PBA, et al. Nota Técnica n. 5 - Emendas ao Regulamento Sanitário Internacional: Impactos e Oportunidades para o Brasil. São Paulo/Rio de Janeiro: Grupo de Trabalho Acordo sobre Pandemias e Reforma do RSI - Fiocruz/USP; 2024.
18. Piot P. *No time to lose: a life in pursuit of deadly viruses.* New York: W.W. Norton & Company; 2012.
19. World Health Organization. Ebola Virus Disease in the Democratic Republic of the Congo (Kivu and Ituri) IHR Emergency Committee [Internet]. Geneva: WHO;

- 2024 [citado 10 Out 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-kivu-and-ituri-ihr-emergency-committee>
20. World Health Organization. Ebola Virus Disease in West Africa (2014-2015) IHR Emergency Committee [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 10 Out 2024]. Disponível em: [https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-west-africa-\(2014-2015\)-ihr-emergency-committee](https://www.who.int/groups/ebola-virus-disease-in-west-africa-(2014-2015)-ihr-emergency-committee)
 21. United Nations. Resolution 2439 (2018) - Adopted by the Security Council at its 8385th meeting, on 30 October 2018 S/RES/2439 (2018). New York: United Nations; 2018.
 22. United Nations. Resolution 2177 (2014) - Adopted by the Security Council at its 7268th meeting, on 18 September 2014 S/RES/2177 (2014). New York: United Nations; 2014.
 23. Shears P, Garavan C. The 2018/19 Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo (DRC): epidemiology, outbreak control, and conflict. *Infect Prev Pract*. 2020; 2(1):100038. doi: 10.1016/j.infpip.2020.100038.
 24. Maxmen A. Exclusive: Behind the front lines of the Ebola wars. *Nature*. 2019; 573(7773):178-83. doi: 10.1038/d41586-019-02673-7.
 25. Branswell H. Could an emergency declaration over Ebola make a bad situation worse? [Internet]. Boston: STAT News; 2019 [citado 4 Jun 2025]. Disponível em: <https://www.statnews.com/2019/05/14/could-an-emergency-declaration-over-ebola-make-a-bad-situation-worse/>
 26. Fidler DP. To declare or not to declare: the controversy over declaring a Public Health Emergency of International Concern for the Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo. *Asian J WTO Int Health Law Policy*. 2019; 14(2):287-330.
 27. Pagotto BF, Eccleston-Turner M. The politics of Public Health Emergencies of International Concern. *Glob Stud Q*. 2024; 4(4):ksae083.
 28. Torreele E, Boum Y 2nd, Adjaho I, Alé FGB, Issoufou SH, Harczi G, et al. Breakthrough treatments for Ebola virus disease, but no access-what went wrong, and how can we do better? *Lancet Infect Dis*. 2023; 23(7):e253-8.
 29. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization: conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017; 92(22):301-20.
 30. Meakin S, Nsio J, Camacho A, Kitenge R, Coulborn RM, Gignoux E, et al. Effectiveness of rVSV-ZEBOV vaccination during the 2018-20 ebola virus disease epidemic in the Democratic Republic of the Congo: a retrospective test-negative study. *Lancet Infect Dis*. 2024; 24(12):1357-65. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00419-5.
 31. Maxmen A. Ebola cases pass 2,000 as crisis escalates. *Nature*. 2019; doi: 10.1038/d41586-019-01735-0.
 32. Nguyen V-K. An epidemic of suspicion - Ebola and violence in the DRC. *N Engl J Med*. 2019; 380(14):1298-9.
 33. Maxmen A. 'The world has never seen anything like this': WHO chief on battling Ebola in a war zone. *Nature*. 2019. doi: 10.1038/d41586-019-01432-y.
 34. United Nations. Resolution 2463 (2019) - Adopted by the Security Council at its 8498th meeting, on 29 March 2019. S/RES/2463 (2019). New York: United Nations; 2019.



35. United Nations. Statement by the President of the Security Council S/PRST/2019/6. New York: United Nations; 2019.
36. Nkengasong JN, Tessema SK. Africa needs a new public health order to tackle infectious disease threats. *Cell*. 2020; 183(2):296-300.
37. Kapata N, Ihekweazu C, Ntoumi F, Raji T, Chanda-Kapata P, Mwaba P, et al. Is Africa prepared for tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic. Lessons from past outbreaks, ongoing pan-African public health efforts, and implications for the future. *Int J Infect Dis*. 2020; 93:233-6.
38. Amu H. Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC): Achievements and Challenges in Promoting Health Security. *Prev Med Res Rev*. 2024; 1(1):60.
39. Zarocostas J. Ebola outbreak declared a PHEIC, world waits for next steps. *Lancet*. 2019; 394(10195):287-8.
40. Chabrol F. Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique. *Rev Int Strateg*. 2014; 4(96):18-27.
41. United Nations. Resolution 1291 (2000) - Adopted by the Security Council at its 4104th meeting, on 24 February 2000 S/RES/1291 (2000). New York: United Nations; 2000.
42. United Nations. Resolution 1952 (2010) - Adopted by the Security Council at its 6432nd meeting, on 29 November 2010 S/RES/1952 (2010). New York: United Nations; 2010.
43. Instituto Tricontinental de Pesquisa Social, Centre Culturel Andrée Blouin, Centre for Research on the Congo Kinshasa, Likambo Ya Mabele. Dossiê nº 77: os congoleses lutam por sua própria riqueza. São Paulo: Instituto Tricontinental de Pesquisa Social; 2024.

The article seeks to understand why the Ebola outbreak that originated in the provinces of North Kivu and Ituri, Democratic Republic of the Congo (DRC), in 2018, was not considered a threat to international peace and security by the United Nations Security Council—unlike the 2014 Ebola outbreak in West Africa. The transformation of a health problem into a security issue (securitization) is not inherently good or bad; it can bring benefits such as increased human and financial resources for the response. From the perspective of critical security studies and global health and based on a literature review and document analysis to characterize a case, the article concludes that the “non-securitization” of the studied Ebola outbreak occurred mainly because it remained confined to Africa. This constitutes an example of the international community’s systematic neglect of health in the region.

Keywords: Health security. Ebola. Neglect. Democratic Republic of Congo. Vaccines.

El artículo busca entender por qué el brote de ébola originado en Kivu del Norte e Ituri, República Democrática del Congo (RDC), en 2018, no fue considerado una amenaza a la paz y a la seguridad internacionales por el Consejo de Seguridad/ONU, diferentemente del brote de ébola en el África Occidental (2014). La transformación de un problema de salud en un problema de seguridad (securitización) no es algo bueno o malo per se, pudiendo traer beneficios como el aumento de recursos humanos y financieros. Bajo el prisma de los estudios críticos de seguridad y de salud global, por medio de revisión de la literatura e investigación documental para caracterización de un caso, el artículo concluye que la “no securitización” del brote de ébola estudiado se debió principalmente a haber permanecido confinado en África, constituyendo un ejemplo de la negligencia sistemática de la comunidad internacional con relación a la salud en esa región.

Palabras clave: Seguridad sanitaria. Ébola. Negligencia. República Democrática del Congo. Vacunas.