



GLOBAL COUNCIL ON
INEQUALITY
AIDS AND PANDEMICS

Rompendo o ciclo da desigualdade-pandemia

Construindo a verdadeira segurança na saúde em uma era global

Conclusões e recomendações do Conselho Global



Foto de capa: Mumbai, Índia. © Johnny Miller/Unequal Scenes. As fotografias deste relatório fazem parte da coleção Unequal Scenes, do fotógrafo Johnny Miller, radicado na África do Sul.
A coleção completa pode ser vista em <https://unequalscenes.com/>.

© Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), 2025.
Coedição (em português): Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE-Fiocruz).
Rio de Janeiro, 2025.

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença Creative Commons Atribuição Não Comercial - Compartilhar Igual 3.0 IGO (CC BYNCSA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/byncsa/3.0/igo/>).

De acordo com os termos desta licença, você pode copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que a obra seja devidamente citada, conforme indicado abaixo. Em qualquer uso deste trabalho, não deve haver sugestão de que a UNAIDS endosse alguma organização, produto ou serviço específico. O uso do logotipo da UNAIDS não é permitido. Se você adaptar a obra, então deve licenciar sua obra sob a mesma ou equivalente licença Creative Commons. Se você criar uma tradução desta obra, deve adicionar o seguinte aviso junto com a citação sugerida: "Esta tradução não foi criada pela UNAIDS. A UNAIDS não se responsabiliza pelo conteúdo ou pela precisão desta tradução. A edição original em inglês será a edição encadernada e autêntica".

Qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes da licença deverá ser conduzida de acordo com as Regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citação sugerida. Quebrando o ciclo de desigualdade-pandemia: Construindo verdadeira segurança em saúde - Conclusões e recomendações do Global Council. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2025. Licença: CC BYNCSA 3.0 IGO.

Materiais de terceiros. Se você desejar reutilizar material desta obra atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é sua responsabilidade determinar se é necessária permissão para esse reuso e obter permissão do detentor dos direitos autorais. O risco de reivindicações resultantes da infração de qualquer componente de propriedade de terceiros na obra recai exclusivamente sobre o usuário.

As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da UNAIDS sobre o status legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou sobre a delimitação de suas fronteiras ou fronteiras. Linhas pontilhadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais ainda não há consenso total.

A menção a empresas específicas ou a produtos de determinados fabricantes não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela UNAIDS em detrimento de outros de natureza semelhante que não sejam mencionados. Exceto erros e omissões, os nomes dos produtos proprietários são distinguidos por letras maiúsculas iniciais.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela UNAIDS para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a UNAIDS será responsável pelos danos decorrentes de seu uso.

Conteúdo

Sobre o Conselho Global	4
Mensagem do ministro Alexandre Padilha	6
Prefácio de Nísia Trindade Lima à edição em língua portuguesa	7
Resumo Executivo	9
Rompendo o ciclo da desigualdade-pandemia	10
Relatório completo	15
Introdução: O ciclo pandêmico da desigualdade	16
Desigualdades dentro dos países criam vulnerabilidade pandêmica	20
Desigualdades entre países globalizam a vulnerabilidade pandêmica	27
Pandemias aumentam a desigualdade	32
A falha em enfrentar as pandemias atuais sustenta o ciclo	30
Segurança real em saúde: recomendações para preparação e resposta para interromper o ciclo desigualdade-pandemia	36
Referências	50

Sobre o Conselho Global

Membros do Conselho



Winnie Byanyima
(Coordenadora)

Diretora Executiva da UNAIDS e Subsecretária Geral das Nações Unidas



Joseph E. Stiglitz
(Co-Presidente)

Economista ganhador do Prêmio Nobel e professor da Universidade Columbia



Monica Geingos
(Co-Presidente)

Terceira Primeira-Dama, Namíbia, Primeira Reitora do Kepler College



Michael G. Marmot
(Co-Presidente)

Professor de Epidemiologia e Diretor do Instituto de Equidade em Saúde no University College London



Adeeba Kamarulzaman

Pró-Reitora e Presidente da Universidade Monash da Malásia e Professora Honário de Medicina e Doenças Infecciosas na Universidade da Malásia



Ingrid T. Katz
Futura diretora do Instituto Yale de Saúde Global



Ruth Laibon Masha
CEO do Conselho Nacional de Controle de Doenças Sindicais no Quênia



Richard Lusimbo

Ativista de direitos humanos, autoridade em serviços de saúde e figura proeminente na comunidade LGBTQ+



Peter Sands

Diretor Executivo do Fundo Global para Combater AIDS, Tuberculose e Malária



Chadchart Sittipunt
Governador de Bangkok (Administração Metropolitana de Bangkok, BMA)



Imraan Valodia

Professor de Economia; Pró-Reitor: Clima, Sustentabilidade e Desigualdade; e Diretor do Centro Sul de Estudos sobre Desigualdade na Universidade de Witwatersrand, Joanesburgo



Matthew M. Kavanagh

Diretor e Professor Associado, Georgetown University Center para Política de Saúde Global & Política e Conselheiro Especial do Diretor Executivo da UNAIDS

O Conselho Global sobre Desigualdade, AIDS e Pandemias foi estabelecido em 2023 pela Diretora Executiva da UNAIDS, Winnie Byanyima, em resposta ao crescente reconhecimento de que as desigualdades estruturais são fatores centrais tanto das pandemias atuais quanto das futuras, incluindo HIV, COVID19 e mpox. A missão é a reunir e sintetizar evidências, dialogar com fóruns estratégicos de políticas públicas e influenciar políticas globais e nacionais para garantir que os esforços de prevenção, preparação e resposta a pandemias sejam sensíveis às desigualdades subjacentes e as enfrentem. O Conselho é liderado pelo economista vencedor do Prêmio Nobel Joseph Stiglitz, pela Ex-Primeira-Dama da Namíbia Monica Geingos e por Sir Michael Marmot, do Instituto de Equidade em Saúde do University College London. O Conselho é composto por especialistas eminentes do governo, da sociedade civil e da academia, representando os principais grupos de interesse envolvidos na prevenção, preparação e resposta a pandemias. Essa composição diversa garante que o trabalho do Conselho seja informado por uma ampla gama de perspectivas e conhecimentos.



Nísia Trindade
Ex-Ministra da Saúde
do Brasil



John E. Ataguba
Cátedra de Pesquisa do Canadá em Economia
da Saúde na Universidade de Manitoba
e Diretor Executivo da Associação Africana
de Economia e Política da Saúde (AfHEA)



Helen Clark
Ex-Primeira-Ministra da Nova
Zelândia e ex-administrador
do PNUD



María Fernanda Espinosa Garcés
Ex-Presidente da Assembleia Geral
das Nações Unidas



Javier Padilla Bernáldez
Secretário de Estado da Saúde
da Espanha



Javier Padilla Bernáldez
Secretário de Estado da Saúde
da Espanha



Erika Placella
Chefe de Saúde, Departamento Federal
de Relações Exteriores, Agência Suíça de
Desenvolvimento e Cooperação



Achal Prabhala
Diretor,
projeto AccessIBSA



Rovshan Muradov
Secretário-Geral, Nizami Ganjavi
Centro Internacional

A urgência da missão do Conselho tem sido ressaltada pelo cenário político-global em transformação, incluindo a redução do financiamento tradicional de doadores para o HIV e a saúde global. Esse contexto apresenta tanto riscos quanto oportunidades para moldar narrativas políticas e promover abordagens inovadoras e focadas na equidade para a resposta a pandemias.

O objetivo geral do Conselho é influenciar o desenvolvimento de políticas, planejamentos e ambientes de prestação de serviços que sejam sensíveis à desigualdade, permitindo assim que o mundo acabe com a AIDS e esteja melhor preparado para responder a futuras pandemias. A defesa realizada pelo Conselho é fundamentada em evidências geradas por seus membros, incluindo uma revisão das mesmas e pesquisas empíricas originais sobre as ligações entre desigualdades e pandemias, e o papel das intervenções lideradas por comunidades no aumento do acesso a serviços para populações marginalizadas.

O Conselho é convocado pelo UNAIDS com o apoio de instituições acadêmicas de destaque, especialmente o Center for Global Health Policy & Politics da Universidade de Georgetown, o Institute for Health Equity do University College London e o Southern Centre for Inequality Studies da Universidade de Witwatersrand. As atividades e reuniões do Conselho têm sido apoiadas pelo UNAIDS, pela Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação e pelo Centro Internacional Nizami Ganjavi.

Colaboradores adicionais do relatório

Jessica Allen. Jaime Atienza. Antia Castedo. Christopher Fontaine. Eric La Montagne. Sanjana Mukherjee. Harsha Thirumurthy.

As fotografias são da coleção Cenas Desiguais, do fotógrafo sulafricano Johnny Miller. A coleção completa pode ser vista em <https://unequalscenes.com/>.



Mensagem do ministro Alexandre Padilha

Quatro décadas após o primeiro registro da aids no Brasil, o país alcança um marco histórico em sua trajetória de enfrentamento à epidemia: em 2025, eliminamos a transmissão vertical do HIV como problema de saúde pública, um feito que sintetiza esforços acumulados de políticas públicas, do pré-natal ao cuidado especializado. Este é um reflexo da capacidade do SUS, o nosso sistema público de saúde e o maior do mundo, e do compromisso incansável da sociedade civil, que, juntos, sustentam, dia após dia, uma resposta baseada em ciência, cuidado e na proteção à vida.

Os avanços que celebramos refletem uma construção coletiva, nacional e global, que consolidou no Brasil o acesso gratuito à terapia antirretroviral e às estratégias modernas de prevenção. Hoje, o SUS garante acompanhamento integral às pessoas vivendo com HIV e amplia, de forma contínua, o acesso a esquemas terapêuticos mais simples, eficazes e seguros. Também inovamos nas medidas de prevenção, com a ampliação do uso de profilaxia pré-exposição e pós-exposição.

É fato que o mundo tem enfrentado nas últimas décadas epidemias de diferentes naturezas que evidenciam como as populações mais vulnerabilizadas sofrem com os impactos. A lembrança da pandemia de Covid-19 e das sucessivas emergências climáticas, como enchentes, incêndios florestais e secas extremas, reforça a urgência de políticas de saúde que coloquem a equidade no centro da resposta, tanto em situações de crise quanto na rotina dos serviços.

A liderança do Ministério da Saúde na articulação de uma resposta concreta aos desafios de saúde e clima na COP30 deste ano demonstra o nosso compromisso com um SUS resiliente e com o futuro. O Ministério da Saúde se propõe a impulsionar a urgência da adaptação dos sistemas de saúde às mudanças climáticas tendo a equidade como eixo decisivo, que deve ser seguido na preparação dos sistemas de saúde para todas as emergências de saúde pública e possíveis novas pandemias.

Cada vida preservada, cada tratamento iniciado e cada infecção evitada reforçam a escolha que o Brasil fez ao manter um sistema público, universal e gratuito, que alcança quem mais precisa.

Alexandre Padilha
Ministro da Saúde do Brasil



Prefácio de Nísia Trindade Lima à edição em língua portuguesa

Apresento com satisfação e senso de urgência a versão em português do relatório do Conselho Global sobre Desigualdades, Aids e Pandemias. A mensagem central é clara: desigualdades aprofundam pandemias, e pandemias intensificam desigualdades, alimentando um ciclo que fragiliza sociedades e amplia vulnerabilidades. Resultado de ao menos dois anos de pesquisa, o relatório demonstra que a desigualdade não é apenas consequência, mas força propulsora de crises sanitárias, tornando-as mais frequentes, letais e desestabilizadoras.

A experiência brasileira durante a emergência global de Covid-19 evidencia essa dinâmica. Apesar de contarmos com o Sistema Único de Saúde (SUS), referência mundial por seu alcance, conquistas e princípios de universalidade, integralidade e equidade, o país enfrentou resultados dramáticos. Em março de 2022, registrávamos 10,7% das mortes globais com apenas 2,7% da população mundial, reflexo de uma gestão desastrosa e do desmonte das políticas sociais iniciado em 2016, que enfraqueceu a capacidade de resposta do SUS.

O relatório destaca a importância dos determinantes sociais da saúde. No Brasil, pessoas sem educação básica tiveram risco de morte por Covid-19 até três vezes maior do que aquelas com ensino superior. Em populações indígenas, o risco de ter contraído a doença em meados de 2020 foi até cinco vezes maior que em pessoas brancas. Entre os 20% mais pobres, esse risco foi o dobro dos 20% mais ricos.

No plano global, a desigualdade no acesso a vacinas, diagnósticos e capacidade fiscal ampliou o impacto da pandemia. Estima-se que 1,3 milhão de vidas poderiam ter sido salvas com acesso equitativo a tecnologias essenciais. Em 2021, apenas dez países concentravam 75% das doses aplicadas contra a Covid-19, deixando o planeta mais suscetível ao surgimento de variantes. Em um mundo interdependente, a noção de segurança sanitária exige superar o nacionalismo vacinal e avançar em iniciativas como a Aliança Global contra a Fome; a Coalizão Global para Produção Local e Regional, Inovação e Acesso Equitativo, ambas no âmbito do G20; e o Acordo sobre Pandemias da OMS.

Para romper esse ciclo, o Conselho propõe quatro pilares: remover barreiras financeiras globais, evitando a austeridade; investir nos determinantes sociais; garantir acesso universal à ciência e tecnologia, fortalecendo a produção local e regional; e construir governança multissetorial e comunitária.

No momento em que lançamos esse relatório, celebramos no Brasil a eliminação da transmissão vertical do HIV/Aids (de gestante para bebê) e a redução da mortalidade da doença, entre 2023 e 2024, ao menor nível em 32 anos. A retomada das políticas sociais a partir de 2023, com o fortalecimento do SUS, do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e de programas como o Bolsa Família, responsável por salvar centenas de milhares de vidas em duas décadas, demonstra que equidade é imperativo ético e também estratégia. Investir em justiça social significa construir resiliência. A omissão cobra um preço alto, sobretudo em vidas.

Nísia Trindade Lima

Membro fundadora do Conselho Global sobre Desigualdades, Aids e Pandemias do Unaids/OMS, Ministra da Saúde do Brasil de 2023 a março de 2025 e Presidente da Fiocruz de 2017 a 2022.

Resumo executivo





Rompendo o ciclo da desigualdade-pandemia

Futuros surtos de doenças são inevitáveis. A AIDS continua sendo uma pandemia. O impacto da COVID19 ainda reverbera. A humanidade vive uma era marcada por desigualdades altas e persistentes e por um risco crescente de surtos e pandemias. Ao longo dos últimos dois anos, o Conselho Global sobre Desigualdade, AIDS e Pandemias realizou pesquisas, revisou evidências e participou de fóruns de políticas públicas ao redor do mundo.

Esses esforços revelaram que a elevada desigualdade - tanto dentro dos países quanto entre eles - e a vulnerabilidade global às pandemias se reforçam mutuamente. Esse ciclo ajuda a explicar por que avanços notáveis na ciência não estão conseguindo tornar o mundo mais seguro diante das pandemias. A suscetibilidade e as consequências das pandemias não são determinadas apenas pelos patógenos. Os determinantes sociais das pandemias são fundamentais, como educação, renda, moradia, condições ambientais e condições sociais, da mesma forma, são importantes o acesso a financiamento e a tecnologias de saúde de ponta. Todos os países precisam de meios para construir sistemas de saúde sólidos e uma resposta social que enfrente os determinantes sociais da saúde.

Assim, qualquer pessoa preocupada com pandemias e seus impactos deve estar igualmente preocupada com a desigualdade. O mundo precisa de uma abordagem de prevenção, preparação e resposta a pandemias que seja capaz de interromper esse ciclo.

O ciclo desigualdade-pandemia

As evidências mostram que a desigualdade torna comunidades e países mais vulneráveis a que surtos de doenças se transformem em pandemias. A desigualdade também prejudica respostas eficazes às pandemias, o que prolonga sua duração e as torna mais letais e mais disruptivas economicamente - um fenômeno visível nas respostas à COVID19, à AIDS, ao Ebola, à influenza, ao mpox e além.

A desigualdade internacional entre países globaliza essa vulnerabilidade, aumentando o risco de futuras pandemias e prolongando as pandemias atuais por meio do acesso desigual ao financiamento internacional e às vacinas, medicamentos e diagnósticos mais recentes. E quando as pandemias atingem, elas aumentam a desigualdade entre pessoas e entre países, alimentando ainda mais esse ciclo (Figura 1).

Figura 1. O ciclo desigualdade-pandemia

Desigualdade impede uma resposta eficaz à pandemia



O Conselho conclui:

1. **Altos níveis de desigualdade, dentro e entre países, estão tornando o mundo mais vulnerável a pandemias, tornando-as mais disruptivas economicamente e mais letais, além de prolongar sua duração; as pandemias, por sua vez, aumentam a desigualdade, alimentando uma relação cíclica e auto reforçada.**

Dentro dos países, a desigualdade interseccional está claramente prejudicando as respostas às pandemias. Pesquisas do Conselho Global mostram que países mais desiguais sofreram mortalidade significativamente maior por COVID19, taxas mais altas de infecção por HIV e maior mortalidade por AIDS, já que enfrentaram dificuldades para montar respostas eficazes à pandemia. Em contraste, contextos mais igualitários são mais resilientes às pandemias. A análise do relatório do Conselho mostra, por exemplo, que vários dos países africanos que mais progrediram no combate à AIDS enfrentaram de forma efetiva a desigualdade urbana persistente e reduziram as diferenças nas taxas de HIV entre pessoas que vivem em assentamentos informais (as chamadas "favelas" ou "slums") e outros residentes urbanos. Enquanto isso, dados do Fundo Monetário Internacional após H1N1, SARS, MERS, Ebola e Zika mostram que pandemias levaram a um aumento persistente da desigualdade.

Os determinantes sociais das pandemias criam vulnerabilidade estrutural, permitindo que vírus e bactérias prosperem. No Brasil, por exemplo, pessoas sem educação básica foram várias vezes mais propensas a morrer de COVID19 do que aquelas que concluíram o ensino fundamental. Na Inglaterra, morar em habitações superlotadas foi associado a taxas de mortalidade mais altas por COVID19.

As desigualdades internacionais entre países globalizam a vulnerabilidade às pandemias. Quando alguns países conseguem responder de forma eficaz a um surto, mas outros não têm meios para fazê-lo, o mundo torna-se mais vulnerável. A insuficiência de espaço fiscal em certos países limitou a implementação de intervenções eficazes de saúde pública para Ebola e HIV, permitindo que os vírus se espalhassem.

Durante a COVID-19, países de alta renda gastaram quatro vezes mais do que países de baixa renda para enfrentar o impacto da pandemia. O acesso desigual a medicamentos e vacinas atrasou as respostas ao HIV, COVID-19 e mpox, permitindo o surgimento de variantes e cepas resistentes.

2. A falta de enfrentamento das principais desigualdades desde a COVID-19 deixou o mundo extremamente vulnerável e despreparado para a próxima pandemia.

Desde o início da pandemia de AIDS, a era das pandemias e da desigualdade fez com que a desigualdade de renda e riqueza na maioria dos países aumentasse para níveis elevados, e permanecesse alta. A pandemia de COVID19 empurrou 165 milhões de pessoas para a pobreza, enquanto as pessoas mais ricas do mundo aumentaram sua riqueza em mais de um quarto. As desigualdades sociais relacionadas a gênero, sexualidade, etnia e educação se cruzam com a desigualdade econômica. Mulheres, trabalhadores informais e grupos étnicos minoritários, por exemplo, sofreram os maiores impactos em emprego e renda durante a crise da COVID19. Forçar as pessoas a escolher entre alimentar suas famílias e seguir as recomendações de ficar em casa minou a saúde pública. Ainda assim, os esforços de preparação para pandemias, em grande parte, não levam essas desigualdades em consideração.

Apesar do menor gasto com COVID19, os países em desenvolvimento se encontram sufocados por US\$ 3 trilhões em dívidas, com mais da metade dos países de baixa renda já em situação de sobreendividamento ou em alto risco disso. Os pagamentos da dívida comprimem os gastos com as pandemias atuais e com a preparação para as futuras. Os esforços recentes para administrar o aumento vertiginoso da dívida criada pela COVID19 falharam em gerar resultados significativos. Enquanto isso, o mundo ainda carece de estruturas claras de financiamento emergencial que apoiem respostas robustas a pandemias e abordem seus impactos econômicos.

Com a chegada de novas tecnologias inovadoras para resposta a pandemias - como medicamentos de prevenção ao HIV de ação prolongada - nos países de alta renda, ainda persistem grandes barreiras para compartilhar essas tecnologias de maneira sustentável, permitindo produção local e livre acesso em grande parte do mundo.

3. A ação insuficientemente rápida sobre as pandemias e surtos atuais, como AIDS e tuberculose, sustenta o ciclo.

À medida que as pandemias aumentam a desigualdade e enfraquecem a capacidade global de responder a futuros surtos, é profundamente preocupante que a AIDS continue sendo uma pandemia, juntamente com tuberculose e malária. Essas doenças continuam causando milhões de mortes a cada ano, de forma desproporcional em países de baixa e média renda e entre grupos marginalizados em países de alta renda. Apesar do progresso - novas infecções por HIV em 2024 caíram ao menor nível desde 1980 - a rápida retirada de doadores em 2025 ameaça essas conquistas e deixa os mais vulneráveis perigosamente expostos.

4. Há evidências claras de que o ciclo pode ser interrompido. É necessária uma nova abordagem para a segurança sanitária, capaz de interromper esse ciclo com ações práticas e viáveis sobre os determinantes sociais e econômicos das pandemias, tanto em nível nacional quanto global.

O Conselho pede uma nova abordagem para prevenção, preparação e resposta a pandemias:

- **Respostas informadas pela desigualdade durante uma pandemia**, que levem em conta desigualdades existentes e respondam com políticas baseadas em evidências para neutralizar seus efeitos.
- **Preparar-se para futuras pandemias reduzindo desigualdades** em áreas específicas e açãoáveis que indubitavelmente impulsionam a vulnerabilidade às doenças.

Quatro recomendações para romper o ciclo da desigualdade-pandemia

1. **Remover as barreiras financeiras na arquitetura global para permitir que todos os países tenham capacidade fiscal suficiente para enfrentar as desigualdades que estão impulsionando as pandemias.**

Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje: Como primeiro passo, implementar uma moratória imediata de pagamentos para países em situação de estresse financeiro devido a pandemias até 2030, suspendendo medidas de austeridade e avançando para uma reestruturação abrangente da dívida conforme as recomendações do Jubilee Commission Report.

Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias: Criar mecanismos de financiamento de prontidão no Norte e no Sul Globais para países que trabalham na prevenção ou resposta a uma pandemia, incluindo a emissão automática de Direitos Especiais de Saque (DES) do Fundo Monetário Internacional. Reorientar políticas internacionais para enfrentar a falta de espaço fiscal e o sobreendividamento e, assim, interromper o ciclo desigualdade-pandemia.

2. **Investir nos determinantes sociais das pandemias. Usar mecanismos de proteção social para reduzir desigualdades socioeconômicas e de saúde, enquanto se fortalece a resiliência social para preparar e responder a pandemias.**

Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje: Ampliar rapidamente a proteção social durante crises de saúde por meio de um sistema capaz de alcançar todas as pessoas - incluindo aquelas frequentemente excluídas e vulnerabilizadas - como parte de uma resposta multisectorial capaz de enfrentar os determinantes sociais.

Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias: Tornar as sociedades mais saudáveis e fortes com ações estratégicas sobre os determinantes sociais da saúde, que geram grandes desigualdades e aumentam a vulnerabilidade quando as pandemias ocorrem.

3. **Construir produção local e regional juntamente com uma nova governança de pesquisa e desenvolvimento capaz de garantir o compartilhamento de tecnologia como bens públicos essenciais para deter pandemias.**

Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje: Destinar financiamento global muito mais significativo para produções regionais coordenadas que atendam às pandemias atuais, como HIV e tuberculose, criando mecanismos de incentivo para a transferência de tecnologia.

Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias: Suspender automaticamente as regras globais de propriedade intelectual sobre tecnologias pandêmicas quando uma pandemia for declarada. Criar um modelo de P&D de longo prazo que trate tecnologias de saúde pandêmicas como bens públicos, usando mecanismos inovadores, como prêmios em vez de patentes, aumentando o financiamento e expandindo iniciativas lideradas pelo Sul Global.

4. **Ampliar a confiança, igualdade e eficiência na resposta às pandemias investindo em respostas que incluam múltiplos setores, ministérios e infraestrutura de pandemias liderada por comunidades, em parceria com governos.**

Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje: Redirecionar o financiamento e as métricas de preparação e resposta a pandemias para incluir organizações comunitárias, tanto baseadas na comunidade quanto lideradas por ela, de forma a alcançar populações que os serviços públicos e privados não alcançam. Isso deve acompanhar, e não substituir, serviços públicos universais.

Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias: Estabelecer estruturas de governança multisectorial para respostas a pandemias que incluam vários ministérios, organizações comunitárias, grupos de defesa de direitos e liderança científica.

Foto: Bogotá, Colômbia. © Johnny Miller/Unequal Scenes

Relatório completo





Introdução: O ciclo pandêmico da desigualdade

Uma era de surtos e desigualdade

A humanidade vive um período caracterizado pelo risco de surtos de doenças, pandemias cada vez mais frequentes e níveis elevados e crescentes de desigualdade (1, 2, 3). O trabalho do Conselho Global sobre Desigualdade, AIDS e Pandemias mostra que esses fenômenos estão interligados de forma perigosa.

A pandemia de AIDS entrou na consciência global na década de 1980 e tirou milhões de vidas desde então. Embora avanços notáveis tenham sido alcançados contra o vírus por meio de uma resposta global coordenada, medicamentos antirretrovirais previnem a infecção pelo HIV e doenças relacionadas à AIDS. No entanto, esses medicamentos não estão disponíveis universalmente, e ainda não existe cura nem vacina. A AIDS permanece uma pandemia e, em algumas regiões e populações, uma pandemia em crescimento. Desde então, várias pandemias e grandes surtos ocorreram ao redor do mundo: Ebola, COVID19, mpox, influenza, cólera e tuberculose, entre outros. Embora cada um tenha características únicas, o Conselho Global buscou analisar as pandemias em conjunto para compreender melhor o que está impulsionando nossa crescente vulnerabilidade global.

No período desde o início da pandemia de AIDS, o mundo também viu níveis elevados e crescentes de desigualdade. Tendências econômicas centrais são documentadas em um novo relatório do Comitê Extraordinário do G20 sobre Desigualdade. A maioria dos países possui agora um índice de Gini, que mede a desigualdade de renda entre pessoas que se enquadram na categoria de "alta desigualdade". Embora a riqueza total do mundo tenha quase dobrado desde 2000, a riqueza privada cresceu muito mais rapidamente que a riqueza pública, a ponto de governos ao redor do mundo, inclusive em muitos dos países mais ricos, enfrentarem dificuldades para fornecer serviços essenciais e lidarem com dívidas significativas. A riqueza privada existe globalmente, mas também é distribuída de forma mais desigual, concentrada nas mãos de um pequeno número de pessoas predominantemente residentes em países ricos. E, embora alguns países de baixa renda estejam se aproximando dos países de alta renda, a desigualdade entre países continua alta, deixando muitos sem capacidade fiscal para responder a crises.

Enquanto isso, essas desigualdades econômicas se entrelaçam com desigualdades sociais. O progresso contra a desigualdade de gênero desacelerou ou estagnou em grande parte do mundo (4). A desigualdade vivenciada por pessoas LGBTQ+ diminuiu em muitos países, mas aumentou drasticamente em outros (5). Desigualdades relacionadas à raça, etnia e vivenciadas por populações-chave, incluindo trabalhadoras do sexo e pessoas que usam drogas, são visíveis nos dados de saúde e de pandemias em quase todos os países, sendo agravadas pelas desigualdades econômicas que as acompanham.

Com base na experiência da resposta à AIDS, o Conselho Global buscou compreender como desigualdades e pandemias estão interligadas e se é possível tornar o mundo menos vulnerável a pandemias através de ações voltadas para reduzir a desigualdade.

Uma análise minuciosa das evidências

Ao longo de um período de dois anos, o Conselho Global encomendou uma revisão de evidências e uma série de estudos empíricos para compreender a relação entre desigualdade, em suas múltiplas formas, e pandemias. A revisão de evidências realizou buscas sistemáticas na literatura revisada por pares e em relatórios de governos, agências multilaterais e institutos de pesquisa sobre diversas pandemias (COVID19, HIV, Ebola, síndrome respiratória aguda grave - SARS, influenza e tuberculose), examinando mais de 1.500 registros identificados em bases de dados acadêmicas e fontes não convencionais (6). Estudos empíricos complementares, conduzidos sob a direção dos membros do Conselho Global, são discutidos a seguir.

Com base na revisão de evidências, nos dados originais provenientes dos estudos encomendados pelo Conselho e em outras fontes, o Conselho identificou quatro conclusões principais:

- 1.** Altos níveis de desigualdade, dentro e entre países, estão tornando o mundo mais vulnerável às pandemias, tornando-as mais disruptivas do ponto de vista econômico, mais letais e mais prolongadas; isso, por sua vez, aprofunda desigualdades e alimenta uma relação cíclica e autoreforçada.
- 2.** A falta de enfrentamento das principais desigualdades desde a COVID19 provavelmente deixou o mundo extremamente vulnerável e despreparado para a próxima pandemia.
- 3.** A ação insuficientemente rápida diante das pandemias atuais, como AIDS e tuberculose, reforça esse ciclo.
- 4.** Esse ciclo pode ser interrompido. Para isso, são necessárias ações práticas e viáveis que abordem os determinantes sociais e econômicos das pandemias, tanto em nível nacional quanto global. O Conselho apresenta recomendações de ação em relação a quatro motores de desigualdade.

Definindo o ciclo desigualdade-pandemia

A pesquisa do Conselho demonstra uma relação cíclica e auto reforçadora entre desigualdade e pandemias (Figura 2):

- **A desigualdade em múltiplos eixos interseccionados torna comunidades e países mais vulneráveis a surtos de doenças que evoluem para pandemias.**
- **Dentro dos países, existem determinantes sociais das pandemias que geram iniquidades em saúde**, criando vulnerabilidade à medida que a desigualdade social e econômica alimenta a disseminação de doenças. Os mais vulneráveis da sociedade são especialmente expostos às pandemias.
- **A desigualdade internacional entre países, derivada da atual arquitetura financeira global, também enfraquece a preparação e a resposta a pandemias**, devido à falta de acesso a financiamento e tecnologia pelos países mais pobres. Respostas desiguais permitem que os vírus prosperem.
- **A desigualdade compromete respostas eficazes às pandemias**, prolongando-as e tornando-as mais letais e economicamente disruptivas. Países mais desiguais foram mais duramente atingidos por pandemias e enfrentaram maiores dificuldades para formular uma resposta coordenada e eficaz.
- **Quando as pandemias acontecem, elas aumentam a desigualdade entre pessoas e entre países**, alimentando ainda mais o ciclo e tornando o mundo mais vulnerável a futuras pandemias.

Figura 2. O ciclo desigualdade-pandemia



A pesquisa do Conselho mostra que esse ciclo desigualdade-pandemia possui motores distintos, que exploramos a seguir (Figura 3). Dentro dos países, a desigualdade interseccional está claramente ligada às pandemias. Os determinantes sociais das pandemias surgem como um forte fator que cria vulnerabilidade estrutural, permitindo que vírus e bactérias prosperem. Quando ocorrem surtos, a desigualdade prejudica uma resposta eficaz, pois alguns grupos são mais vulneráveis e as necessidades de outros passam despercebidas. O tipo de resposta unificada e coordenada necessária para evitar pandemias, especialmente mobilizando não apenas os serviços de saúde, mas múltiplos setores do governo e da comunidade, torna-se difícil de implementar. A confiança é baixa. Esses países e comunidades mais desiguais têm experimentado piores resultados durante pandemias.

Enquanto isso, as pandemias são fenômenos inherentemente internacionais; interromper surtos em alguns países enquanto eles se aceleram em outros é uma receita para o fracasso na resposta global. Portanto, a desigualdade entre países importa profundamente. As desigualdades na capacidade fiscal para agir contra doenças são marcantes e estão gerando vulnerabilidade pandêmica global. O acesso desigual a tecnologias para pandemias significa que o progresso extraordinário feito na ciência para combatê-las não está se traduzindo em prática, à medida que a desigualdade aprofunda e prolonga pandemias.

O Conselho Global produziu um conjunto de recomendações baseadas em evidências para interromper esses motores em diferentes pontos do ciclo. Em conjunto, elas oferecem promessa realista de ajudar a quebrar esse ciclo e apoiar avanços mais concretos rumo à segurança global contra pandemias.

Figura 3. Os fatores da desigualdade do ciclo





Foto: Buenos Aires, Argentina. © Johnny Miller/Unequal Scenes



Desigualdades dentro dos países criam vulnerabilidade pandêmica

A desigualdade econômica é perigosa em uma pandemia

A pesquisa do Conselho conclui que países mais desiguais tiveram mais dificuldade em organizar respostas eficazes à pandemia. Em contraste, países mais igualitários demonstram maior resiliência diante de pandemias.

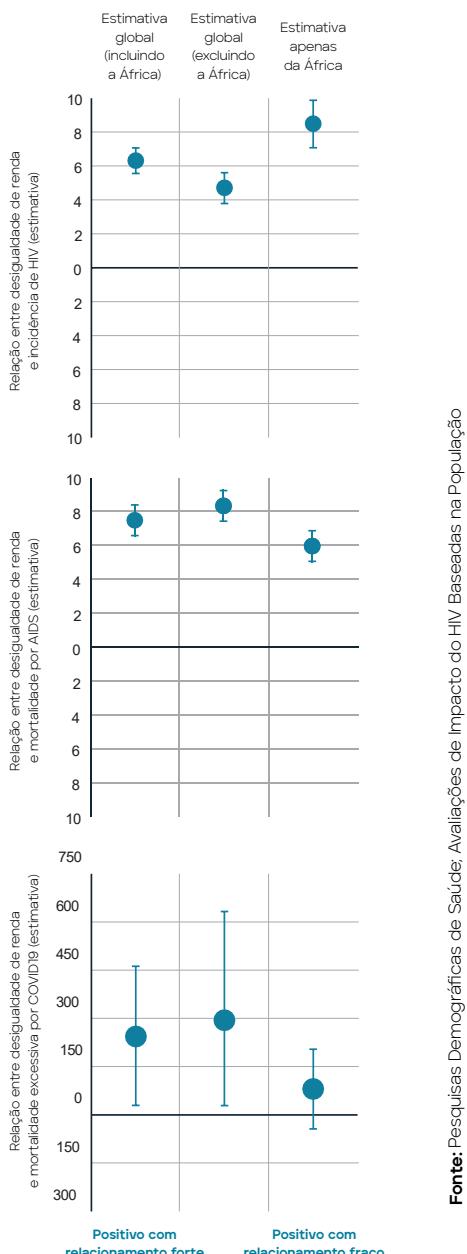
Países com níveis mais altos de desigualdade apresentaram maior mortalidade por COVID19, maiores taxas de infecção por HIV e maior mortalidade por AIDS do que seus pares mais igualitários, segundo pesquisa recomendada pelo Conselho. Esse estudo avaliou a relação entre desigualdade de renda e pandemias usando um modelo de regressão para analisar dados de impacto do HIV em 217 países e dados de impacto da COVID19 em 151 países. Controlando despesas nacionais em saúde, capacidade estatal e nível de renda, variações regionais e outras variáveis, os pesquisadores encontraram uma associação clara entre o índice de Gini da desigualdade de renda e os resultados pandêmicos (Figura 4).

Foram comparadas três amostras de países: (1) global; (2) somente África; (3) global excluindo a África. O estudo constatou que existe uma relação positiva e significativa entre o índice de Gini e a incidência de HIV nas três amostras; e que existe uma associação estatisticamente positiva entre desigualdade de renda e a taxa de mortalidade por AIDS em todas as amostras. No caso da COVID19, uma relação positiva e estatisticamente significativa entre desigualdade de renda e mortalidade excedente foi encontrada na amostra global e na amostra global excluindo a África. A amostra somente África apresentou relação positiva, porém não significativa (7).

Uma questão importante é se os resultados são impulsionados pela desigualdade, pela privação extrema (pobreza), ou por ambos. Para o relatório do Conselho, a equipe de pesquisa refez a análise acrescentando como controle a proporção da população em pobreza extrema (vivendo com menos de US\$ 3 por dia). A desigualdade permaneceu significativamente associada às mortes por COVID19, à incidência de HIV e à mortalidade por HIV. A pobreza, isoladamente, foi um preditor significativo em alguns contextos, mas não em outros. Isso sugere que ambos provavelmente desempenham um papel, mas que a relação é complexa e requer análise adicional. São, evidentemente, associações, e mais pesquisas são necessárias para explorar causalidade e mecanismos. Mas os resultados indicam que a desigualdade prejudica a resposta eficaz a pandemias.

A análise do Conselho se soma a um corpo crescente de pesquisas que mostra uma associação entre desigualdade de renda e mortalidade por COVID19 (8, 9, 10). Um estudo que examinou dados dos primeiros meses da pandemia - um período de 30 dias após a 10ª morte confirmada em cada país - encontrou que a desigualdade de renda e de riqueza estava positiva e consistentemente relacionada a taxas de mortalidade mais altas, enquanto o engajamento cívico e a confiança nas instituições estatais estavam associados a menor mortalidade (11).

Figure 4. Income inequality and HIV incidence, AIDS mortality and COVID19 mortality, 2020–2021



Fonte: Pesquisas Demográficas de Saúde; Avaliações de Impacto do HIV/Baseadas na População

Padrões semelhantes existem dentro dos países. Nos Estados Unidos da América (EUA), a desigualdade de renda entre os estados correlaciona-se com maiores mortes por COVID19, mesmo após o ajuste por fatores socioeconômicos e variáveis do sistema de saúde (Figura 5) (12).

Pesquisas sorológicas realizadas no Brasil em meados de 2020 mostraram que indivíduos no quintil de renda mais pobre tinham mais do que o dobro da probabilidade de terem sido infectados em comparação com aqueles no quintil mais rico, e as taxas de infecção eram significativamente menores entre pessoas com níveis mais altos de escolaridade. Populações indígenas tinham quase cinco vezes mais probabilidade de testar positivo do que pessoas brancas (13).

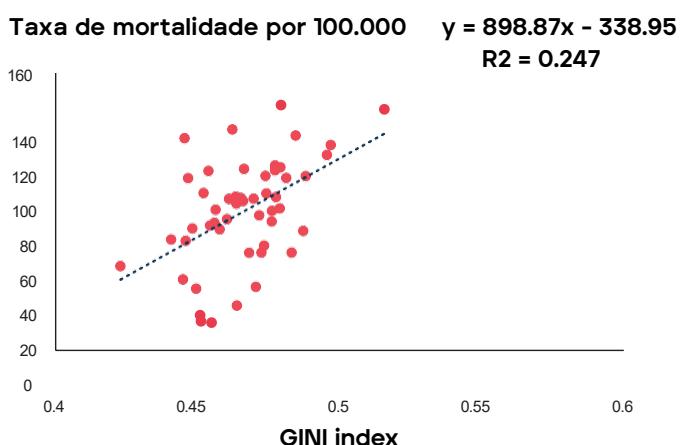
Estados e municípios mais desiguais no Brasil sofreram maior mortalidade por COVID19, refletindo diferenças nos riscos de exposição (moradias superlotadas, trabalho precário), no acesso aos serviços de saúde e na capacidade de governança local (14, 15, 16). Brasileiros analfabetos também tinham probabilidade muito maior de morrer de COVID19 do que aqueles que haviam concluído pelo menos o ensino fundamental (Figura 6) (17).

A pesquisa do Conselho também analisou a desigualdade urbana, um cenário crucial tanto para dinâmicas de pandemias quanto de desigualdade.

Uma equipe de pesquisadores utilizou dados de inquéritos populacionais e informações sobre cobertura e impacto de serviços de HIV em áreas de favelas e não-favelas em 222 cidades ao redor do mundo. A análise examinou desigualdades relacionadas ao HIV entre pessoas vivendo em assentamentos informais, rotulados "slums" no conjunto de dados, como uma medida de desigualdade pandêmica urbana.

No geral, aqueles vivendo em assentamentos informais/favelas apresentaram maior prevalência de HIV do que moradores de áreas formais, refletindo desigualdades multidimensionais envolvendo renda, educação, emprego e habitação (Figura 7) (19).

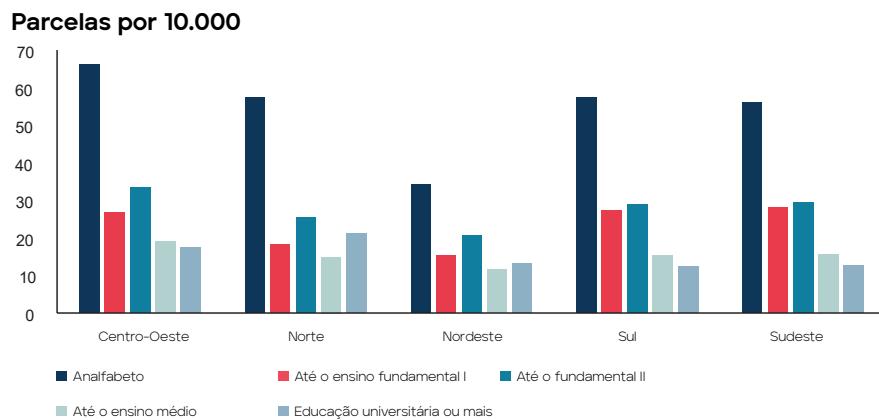
Figura 5. Mortalidade e desigualdade de renda por COVID19 (índice GINI), estados dos EUA, 2020



Fonte: Departamento do Censo dos Estados Unidos e Centro Nacional de Estatísticas de Saúde.

¹ Veja a definição da ONU Habitat (18).

Figura 6. Mortalidade por COVID19 entre pessoas com 18 anos ou mais, por nível educacional, em todas as regiões brasileiras, 2020-2021



Fonte: Szwarcwald CL, Almeida WS, Boccolini CS, Soares Filho AM, Malta DC. O impacto desigual da pandemia em níveis subnacionais e as desigualdades relacionadas ao desempenho educacional na mortalidade por COVID19, Brasil, 2020-2021. Saúde pública. 2024; 23:39-46 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350624001136>; citado em 24 de setembro de 2024).

O importante, porém, é que o estudo mostrou que os impactos negativos da desigualdade urbana na saúde não são inevitáveis. Em um pequeno subconjunto de países, não havia diferença perceptível entre os moradores de assentamentos informais e o restante da população (por exemplo, Senegal e a pesquisa mais recente da Namíbia), enquanto em alguns países os moradores de assentamentos informais apresentavam taxas de HIV mais baixas (por exemplo, Lesoto e Zimbábue). Esses estão entre os países onde o investimento internacional e nacional em uma resposta forte e multisectorial ao HIV tem sido mais claro, sugerindo que respostas focadas em equidade podem gerar resultados.

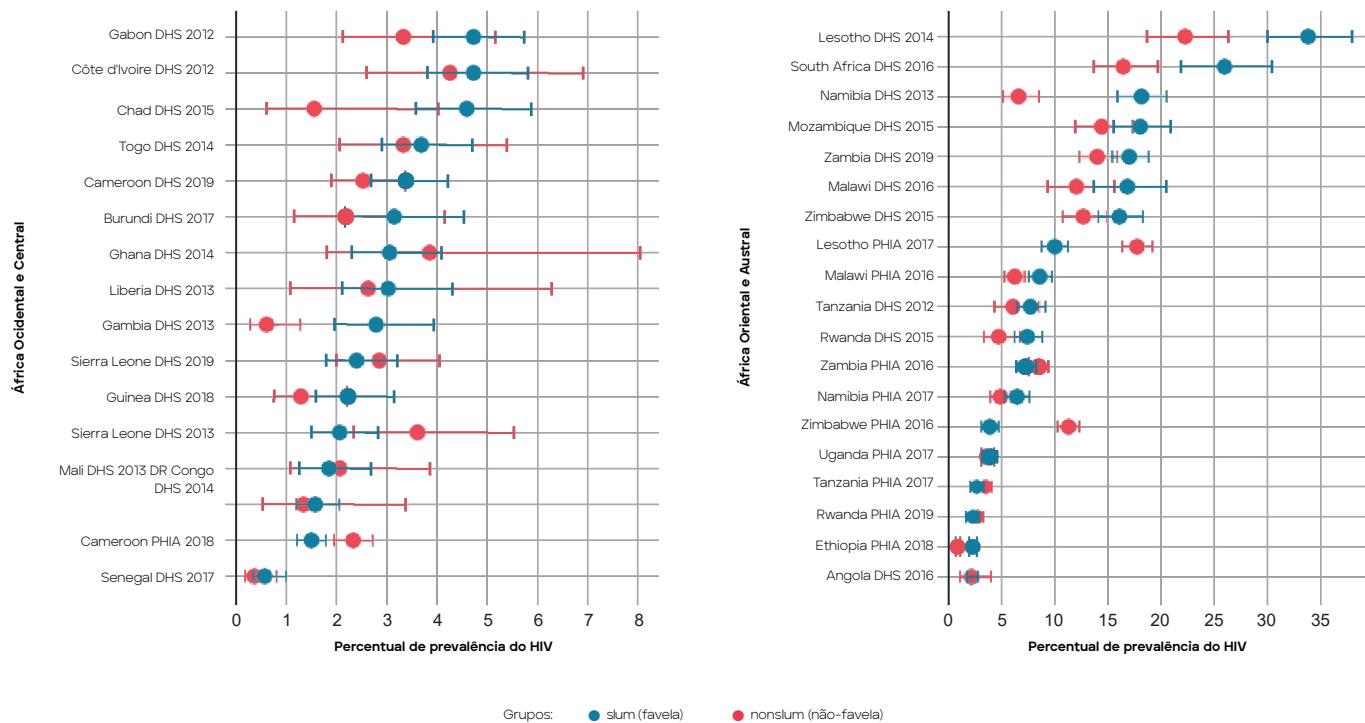
Existem determinantes sociais claros das pandemias

As pesquisas do Conselho Global revelam que a inação diante dos determinantes sociais, definidos amplamente como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como seu acesso a poder, dinheiro e recursos, cria iniquidades em saúde em períodos não pandêmicos e aumenta o risco e a vulnerabilidade a pandemias. As desigualdades nos resultados pandêmicos são, em grande parte, consequência das desigualdades nos determinantes sociais da saúde, que tornam áreas geográficas (como mostrado na seção anterior), grupos sociais definidos e domicílios/indivíduos mais expostos e mais suscetíveis à infecção, doença e morte. Os determinantes sociais do risco pandêmico, descritos abaixo, também são determinantes das desigualdades gerais em saúde.

Essa vulnerabilidade ampliada decorre de desigualdades socioeconômicas relacionadas à renda, escolaridade, raça/etnia, gênero e sexualidade, entre outros marcadores de estratificação social; ela existe antes mesmo que o sistema de saúde entre em ação e não pode ser totalmente mitigada pela assistência médica ou pelo acesso a tecnologias de saúde. Por exemplo, na Suécia, o risco relativo de internação em unidade de terapia intensiva entre março de 2020 e março de 2022 durante a pandemia de COVID19 seguiu um gradiente de renda - quanto menor a renda, maior o risco relativo - que não foi eliminado mesmo após o ajuste por status vacinal (20).

As desigualdades socioeconômicas resultam de estruturas econômicas, políticas, institucionais, culturais e legais que favorecem alguns grupos socialmente definidos em detrimento de outros. Por exemplo, ao enfraquecer serviços públicos por meio de medidas de austeridade, governos podem retirar os mecanismos que protegem aqueles com menos recursos, prejudicando a mobilidade social e solidificando desigualdades intergeracionais, incluindo desigualdades em saúde (21, 22).

Figura 7. Prevalência do HIV em países africanos em assentamentos urbanos informais versus outros ('favelas' e não-favelas')



Fonte: DHS, Pesquisas Demográficas de Saúde; PHIA, Avaliação de Impacto do HIV Baseada em População.

Grupos que já apresentam piores condições de saúde em períodos não pandêmicos também serão mais afetados quando uma pandemia ocorre (23). A falta de uma infraestrutura social protetiva antes do início de uma pandemia, incluindo nos mercados de trabalho e de habitação, expõe os mais vulneráveis ao risco por meio de superlotação, falta de proteção social e outros fatores durante períodos pandêmicos (23).

Na Inglaterra, o nível de superlotação foi um fator importante que mediou a relação entre a privação em nível regional e as taxas de mortalidade por COVID19 (24). Em assentamentos de baixa renda, como em Harare, Zimbábue, pessoas vivendo em moradias superlotadas em bairros altamente povoados enfrentaram enormes barreiras para cumprir o lockdown, que significaria "morte por fome, morte por fumaça de carvão e morte por problemas de saneamento" (25). A necessidade de sair para garantir a própria sobrevivência, no entanto, as expôs ao vírus.

Ter um trabalho informal; experimentar insegurança no emprego ou trabalho precário; ser incapaz de trabalhar de casa; ou não ter poder para fazer cumprir regulamentos no local de trabalho aumenta o risco de ser severamente afetado por pandemias, como mostram evidências da COVID19 (26, 27, 28, 29, 30). Trabalhadores informais e precários, bem como pessoas fora da força de trabalho, frequentemente não têm acesso à proteção social, que como demonstrado no relatório de evidências do Conselho é um forte mitigador dos impactos socioeconômicos e de saúde durante pandemias (6).

O desemprego há muito tempo é reconhecido como um fator de risco à saúde. O desemprego e o subemprego estão associados a condições sociais que aumentam o risco de adquirir HIV, além de estarem relacionados à prevalência de HIV e outras comorbidades (31). Na África do Sul, homens e mulheres desempregados tinham maior probabilidade de infecção por HIV em comparação com pessoas empregadas, segundo dados da Pesquisa Demográfica e de Saúde da África do Sul de 2016 (32). Estar desempregado ou subempregado também foi associado a maior probabilidade de depressão durante a pandemia de COVID19 nos EUA (33).

Como demonstrado na revisão de evidências do Conselho, a educação é um importante preditor dos impactos das pandemias, e garantir educação para meninas e mulheres é altamente protetivo para a saúde. No Brasil, menor nível educacional foi associado a maior incidência e mortalidade por HIV (34). Na Namíbia, uma análise de dados de pesquisas domiciliares de base populacional constatou que a prevalência de HIV era maior entre mulheres mais pobres e com menor escolaridade (35).

Estudos semelhantes em outros países africanos mostram variação na relação entre educação e prevalência de HIV entre mulheres e meninas. Ainda assim, menores níveis educacionais frequentemente se correlacionam com menor renda e com desvantagens enfrentadas por grupos específicos, como migrantes e minorias étnicas. Isso evidencia como os determinantes sociais se acumulam, aumentando a vulnerabilidade e frequentemente reduzindo o acesso e a utilização de serviços essenciais de saúde, incluindo vacinação contra COVID19 e influenza, além de testagem e início de tratamento para HIV (36, 37, 38, 39).

Além disso, durante a pandemia de COVID19, indivíduos com menor escolaridade pareceram mais suscetíveis à desinformação e mais desconfiados das medidas de prevenção (40).

As desigualdades de gênero podem tornar as mulheres particularmente vulneráveis durante pandemias devido ao maior volume de trabalho e responsabilidades de cuidado, ao acesso reduzido a serviços de saúde materna e reprodutiva, à maior exposição à violência baseada em gênero e à sobrerepresentação das mulheres na força de trabalho global de saúde e cuidados, o que as expõe desproporcionalmente a patógenos (41). Devido às desigualdades estruturais de gênero, as mulheres também podem ser desproporcionalmente afetadas por lockdowns e choques econômicos que usualmente acompanham emergências pandêmicas (42).

Meninas adolescentes e mulheres jovens da África Subsaariana continuam três vezes mais propensas a adquirir HIV do que seus pares masculinos (43). Entre os achados de uma análise de regressão da prevalência de HIV considerando oito determinantes sociais, observou-se que a igualdade de gênero teve um efeito negativo sobre a prevalência de HIV (ou seja, menor carga da doença) (44). Estudos sugerem que a educação pode ajudar a contrapor a discriminação contra mulheres e meninas. Quando meninas alcançam ou superam meninos na matrícula do ensino secundário, seu status social mais elevado aumenta sua autonomia, protegendo sua saúde e reduzindo tanto a prevalência de HIV quanto as taxas de mortalidade relacionadas à AIDS (45).

A discriminação com base em gênero, raça, orientação sexual, deficiência ou condição migratória; as desigualdades econômicas; o classismo; e a privação em nível comunitário frequentemente se sobrepõem e fazem com que grupos discriminados sejam muito mais propensos a serem infectados e a sofrer consequências graves durante pandemias (46).

O racismo pode afetar a saúde de três maneiras interrelacionadas. Primeiro, a experiência direta de racismo prejudica a saúde física e mental. Segundo, o racismo está frequentemente ligado a desvantagens socioeconômicas. Terceiro, ele pode prejudicar a saúde por meio da discriminação nos sistemas de saúde e outros serviços (47).

O racismo pode afetar a saúde de três maneiras interrelacionadas. Primeiro, a experiência direta de racismo prejudica a saúde física e mental. Segundo, o racismo está frequentemente ligado a desvantagens socioeconômicas. Terceiro, ele pode prejudicar a saúde por meio da discriminação nos sistemas de saúde e outros serviços (47).

Muitos grupos migrantes têm posições desfavoráveis nos países de acolhimento, levando a desvantagens em habitação, renda e ocupações, o que impacta negativamente sua saúde em comparação com as populações nativas (48). Uma meta-análise com dados de 53 milhões de participantes em países de alta renda constatou que migrantes internacionais tinham risco 84% maior de infecção por COVID19 do que não migrantes, sendo essas desigualdades maiores na América do Norte e no norte da Europa do que no sul da Europa (49).

No caso do HIV, populações eschave, como homens gays e bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que injetam drogas, pessoas trans e indivíduos em prisões ou outros ambientes fechados, apresentam maior prevalência de HIV e piores desfechos devido ao estigma, discriminação, criminalização e lacunas na cobertura de serviços (50).

Estudos mostraram que essas diferenças não podem ser explicadas por biologia ou comportamento, como demonstrado por trabalhos quantitativos e qualitativos e por comparações entre populações semelhantes em diferentes contextos sociopolíticos (40).

Pesquisas conduzidas pelo Global Council e por outros mostram que ambientes legais e políticos caracterizados pela ausência de criminalização e pela promoção da não discriminação estão consistentemente associados a melhores resultados em HIV (51, 52, 53).

Ao analisar ambientes “criminalizantes”, pesquisas de membros do Conselho mostram que: a criminalização de relações entre pessoas do mesmo sexo está associada a redução de 7,6% na testagem para HIV e no conhecimento do status sorológico; a criminalização do trabalho sexual está associada a redução de 9,9% na consciência do status de HIV; a criminalização do uso de drogas está associada a redução de 14,8% na consciência do status de HIV¹.

Os pesquisadores criaram um índice composto que representa um ambiente legal onde relações entre pessoas do mesmo sexo, trabalho sexual, uso de drogas ou exposição ao HIV não são criminalizados. Eles descobriram que esse índice composto estava associado a: aumento de 13,7% na proporção de pessoas vivendo com HIV que iniciam terapia antirretroviral; redução de 8,5% nas novas infecções entre 2017 e 2023 (51).

Ciclos minam a eficácia, a confiança e a Mobilização das Comunidades

As pandemias são mais do que crises de saúde; são crises que afetam simultaneamente a vida e os meios de subsistência das pessoas. Concentrar-se apenas em ferramentas biomédicas, como terapias, vacinas e diagnósticos, não é suficiente para enfrentar os determinantes sociais ou econômicos das pandemias. Além disso, houve falha em alcançar muitos grupos e populações vulneráveis durante a pandemia de COVID19 por inúmeros motivos. Desigualdades educacionais contribuíram para a incapacidade de equipar parcelas significativas da população para compreender plenamente os riscos aos quais estavam expostas e as consequências de não praticar distanciamento social ou não se vacinar. Os canais de comunicação foram frequentemente ineficazes, em parte pela falta de materiais oportunos e culturalmente adequados, que levassem em conta o medo de figuras de autoridade. E, naturalmente, houve falta de acesso aos serviços de saúde (54, 55). Grupos marginalizados também foram duramente atingidos pela pandemia de COVID19 devido à impossibilidade de trabalhar remotamente.

Além disso, a pandemia de COVID19 demonstrou como a falta de confiança pública nas instituições prejudica uma resposta robusta a pandemias. A confiança pública nos governos e instituições nacionais é crucial para promover a disposição da população em seguir orientações de saúde pública e adotar medidas de mitigação. Estudos documentaram que países com maiores níveis de confiança pública no governo apresentaram menores taxas de infecção por COVID19 (56).

A participação comunitária ajuda no desenvolvimento e na implementação de respostas interdisciplinares a pandemias que combatem o negacionismo e a desinformação (57). No Brasil, políticas negacionistas desencorajaram a adoção de medidas preventivas e corroeram a confiança pública, o que agravou a disseminação da COVID19, especialmente entre populações vulneráveis. Com apenas 2,7% da população mundial, o Brasil respondeu por 23,5% das mortes globais por COVID19 em março de 2021 (58).

¹ Entre populações com alto risco de infecção por HIV, testes periódicos de HIV e conhecimento do status HIV são fundamentais para o início precoce da terapia antirretroviral após a aquisição do HIV, que melhora os resultados de saúde entre pessoas vivendo com HIV.

As organizações lideradas pela comunidade costumam ser mais eficazes em alcançar aqueles que não são atendidos pelos serviços públicos e privados de saúde convencionais. Desde o início da pandemia de AIDS, uma das características marcantes da resposta ao HIV foi o papel central desempenhado pelas comunidades. Diante do medo, do estigma e da discriminação, comunidades de pessoas vivendo com HIV, populações chavé e outros grupos afetados tornaram-se vozes ativas em defesa de seus direitos à saúde e direitos humanos, desempenhando papel crítico na oferta de serviços que reduzem o impacto do HIV (59). Uma revisão recente de estudos do sul da África, por exemplo, relatou que projetos de apoio entre pares, clubes de adesão ao tratamento e testagem comunitária para HIV resultaram em maior realização de testes, melhor adesão à terapia antirretroviral, maior retenção em cuidados, redução da transmissão vertical e maiores níveis de supressão viral (60).

No Brasil, programas voltados para a eliminação da hanseníase, uma doença historicamente associada à pobreza, ao estigma e a barreiras de acesso, mostrou que a mobilização social é um componente importante de intervenções direcionadas dentro de estratégias de atenção primária à saúde que reduzem desigualdades profundas.

Em países com alta carga de HIV, a pandemia de COVID19 testemunhou uma rápida mobilização de infraestruturas comunitárias e da sociedade civil já existentes ligadas ao HIV. De fato, não apenas as respostas comunitárias ao HIV garantiram a continuidade dos serviços relacionados ao HIV durante a emergência sanitária, como também adaptaram rapidamente suas atividades para apoiar as respostas nacionais à COVID19 (61, 62, 63, 64, 65). Por exemplo, organizações comunitárias relacionadas ao HIV no Quênia contribuíram para a resposta à COVID19 por meio de atividades educativas, mobilização comunitária e distribuição de equipamentos de proteção individual (62). Pesquisas realizadas na Libéria também demonstraram como esforços comunitários liderados localmente contribuíram para a resiliência dos sistemas de saúde diante de outras pandemias, como o Ebola, garantindo a continuidade de serviços essenciais, como imunizações e tratamento de doenças infantis (66, 67).

Uma análise de dados do HIV Policy Lab² constatou que países com políticas que apoiam organizações da sociedade civil, permitindo que se registrem legalmente, operem e prestem serviços, inclusive à populações marginalizadas tiveram respostas mais eficazes ao HIV (68). Apesar desses benefícios, quase 50% dos países ainda não adotaram tais políticas (69).

As organizações lideradas pela comunidade enfrentam vários desafios que dificultam sua participação significativa nas respostas a pandemias, incluindo financiamento insuficiente, o que compromete a sustentabilidade de longo prazo de suas operações (59). O financiamento global para operações comunitárias no âmbito da resposta à AIDS caiu drasticamente de 31% do total em 2012 para 20% em 2021. Grande parte desse financiamento é proveniente de doadores estrangeiros. Em 2023, um quarto do financiamento de doadores para programas de HIV foi destinado a organizações da sociedade civil e redes comunitárias (70). Desde então, a interrupção abrupta do financiamento dos Estados Unidos para iniciativas de AIDS em países de baixa e média renda tem causado enorme impacto nas organizações comunitárias e nos serviços que elas fornecem.

Essa situação destaca a necessidade de esses países estabelecerem mecanismos nacionais de financiamento para organizações comunitárias e da sociedade civil que prestam serviços de saúde.

Os direitos humanos são um pilar fundamental da saúde pública. Evidências qualitativas robustas mostram que quando marcos legais e instituições governamentais – incluindo o sistema de justiça – respeitam os direitos humanos, isso constrói confiança entre comunidades historicamente marginalizadas (71, 72). As violações de direitos humanos aumentaram durante a pandemia de COVID19, com mulheres e meninas, populações LGBTQ+, trabalhadoras do sexo, refugiados e migrantes, e crianças com deficiência entre as populações afetadas. Por exemplo, houve aumento da violência doméstica e sexual em alguns países durante os lockdowns. Dentro desses contextos difíceis, instituições de direitos humanos foram fundamentais para promover acesso a serviços e construir confiança entre populações marginalizadas.

² <https://www.hivpolicylab.org/>



Desigualdades entre países globalizam a vulnerabilidade pandêmica

Capacidades nacionais desiguais alimentam a vulnerabilidade global a pandemias

As pandemias são, por definição, fenômenos internacionais. Fronteiras não impedem a propagação de doenças transmissíveis. O Conselho Global conclui que aspectos fundamentais da ordem internacional estão impulsionando desigualdades que tornam o mundo mais vulnerável a pandemias e menos capaz de contê-las.

Quando as pandemias ocorreram, alguns países tiveram capacidade fiscal para responder, enquanto outros não. Isso foi evidente durante a COVID19, durante o surto de Ebola e continua visível nos principais problemas de saúde atuais, como AIDS e tuberculose. Durante a COVID19, países de alta renda conseguiram financiar aumentos nos gastos em saúde e medidas de mitigação econômica. Eles também tiveram acesso quase exclusivo a vacinas de mRNA e outras novas tecnologias por muitos meses. Países de baixa renda, por outro lado, apresentaram baixa capacidade de resposta, surtos descontrolados e populações amplamente não vacinadas.

Quando alguns países conseguem responder de forma eficaz, mas outros não dispõem de espaço fiscal para fazê-lo, todos ficam mais vulneráveis. Quando alguns países podem usar novas vacinas e medicamentos para proteger suas populações enquanto outros não podem, o mundo enfrenta não apenas infecções transnacionais, mas também o surgimento de variantes virais e cepas resistentes. Durante a COVID19, a variante Delta surgiu na Índia e foi reconhecida como uma ameaça significativa em meados de março de 2021, quando a Índia tinha apenas 2% de cobertura vacinal. Uma cobertura vacinal mais alta e mais equitativa poderia ter levado a um resultado diferente. Diversos estudos de modelagem mostram uma relação empírica entre disponibilidade desigual de vacinas e uma pandemia prolongada com mais variantes (73, 74).

Desigualdades na arquitetura setor financeiro global

Quando a COVID19 sobrecarregou os sistemas de saúde, muitos países responderam com lockdowns e outras medidas destinadas a limitar interações sociais e desacelerar a disseminação do coronavírus. Essas interrupções causaram enormes contrações econômicas. Países de alta renda realizaram grandes intervenções fiscais que ajudaram na estabilização macroeconômica e forneceram um sustento para milhões de empresas e cidadãos. Muitos países de baixa e média renda, porém, não tinham meios para gastos adicionais devido aos altos níveis de dívida e ao acesso limitado aos mercados de crédito (75). Países de baixa renda acabaram gastando cerca de 2% do produto interno bruto (PIB) em medidas não relacionadas à saúde durante a pandemia, comparados aos mais de 8% do PIB gastos pelos países de alta renda. Em termos per capita, a diferença foi ainda maior.

Quase metade dos lares em países de renda média alta recebeu transferências de dinheiro, em comparação a apenas 15% nos países de baixa renda. Da mesma forma, 43% das empresas em países de renda média alta receberam apoio, contra 6% nos países de baixa renda (76). Apesar dos gastos menores, a dívida externa dos países de baixa renda aumentou 12% em 2020, o maior crescimento em anos (77). Hoje, países em desenvolvimento estão sufocados por US\$ 3 trilhões em dívidas, e mais da metade dos países de baixa renda está em situação de sobreendividamento ou em alto risco disso (78).

Como resultado, as 26 economias mais pobres do mundo, que abrigam cerca de 40% de todas as pessoas que vivem com menos de US\$ 2,15 por dia, estão mais endividadas hoje do que em qualquer momento desde 2006. Ao mesmo tempo, a ajuda internacional como parcela do PIB desses países diminuiu para o menor nível em duas décadas, deixando-os com poucas fontes de financiamento acessível (79). Os pagamentos de serviço da dívida por países de baixa e média renda dispararam, comprimindo gastos públicos essenciais, incluindo cuidados de saúde e determinantes sociais da saúde.

Análises do UNAIDS mostram que esse peso da dívida está colocando em risco o progresso significativo alcançado na última década contra a AIDS na África Subsaariana, onde muitos países estavam no caminho para encerrar suas epidemias (80). Hoje, 3,3 bilhões de pessoas vivem em países que gastam mais com pagamentos de juros do que com saúde. Países da África Subsaariana gastam 11% do PIB e 62% da receita tributária no serviço da dívida, com 35 países da região gravemente afetados.

Isso reflete uma arquitetura financeira global que empurra países a tomar empréstimos em condições duras em momentos de necessidade. Países africanos enfrentam taxas de juros oito vezes maiores do que economias de alta renda e sofrem punições financeiras severas quando choques, muitas vezes provocados externamente, ocorrem. A forte dependência de muitos países, especialmente na África, da cooperação internacional para financiar seus sistemas de saúde e respostas à pandemia e ao HIV; o recente encerramento da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e cortes no programa PEPFAR para a resposta global à AIDS; além da vulnerabilidade da região a choques externos e eventos econômicos, aumentaram a urgência de enfrentar os desafios atuais de financiamento.

Enquanto isso, houve um recuo abrupto e não planejado na Assistência Oficial ao Desenvolvimento (ODA), da qual muitos esforços de combate a pandemias dependiam. Segundo o Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD-DAC), espera-se uma queda estimada de 16% a 28% na ODA para a África Subsaariana em 2025, em comparação com o ano anterior (81). Essa retração súbita tem sido especialmente profunda para a resposta ao HIV, que em 2024 dependia em média 60% de financiamento internacional. Ironicamente, isso ocorre justamente quando a ciência e a ação comunitária poderiam acabar com a pandemia de AIDS.

Persistem lacunas de financiamento, mesmo enquanto doenças preveníveis se espalham. Há algo profundamente errado em um sistema econômico que falha em priorizar proteção social, cobertura universal de saúde e preparação para pandemias. A pandemia de COVID19, como a pandemia de HIV antes dela, expôs claramente os custos humanos e econômicos do subinvestimento tanto nos determinantes sociais da saúde quanto em sistemas de saúde resilientes (82). Tornou-se evidente, durante a pandemia, que sistemas robustos de Cobertura Universal de Saúde (CUS) não eram suficientes, falhas de governança e determinantes sociais levaram a altos números de casos e mortes em alguns países com sistemas fortes de CUS (83). Mas há boas evidências de que sistemas de saúde resilientes e universais foram essenciais para respostas bem-sucedidas à pandemia em muitos lugares (84).

Durante surtos, sistemas de CUS que removem barreiras financeiras ao cuidado facilitam a detecção precoce de casos, a identificação de contatos e ajudam a reduzir gastos com saúde e hospitalizações (85). Os custos da assistência à saúde durante pandemias podem ser catastróficos para as famílias quando não são protegidas por programas de CUS — impulsionando ainda mais a desigualdade (86, 87). Um estudo estimou que um

sistema mais universal de saúde nos EUA durante a COVID19 poderia ter salvado 272.000 vidas e US\$ 105,6 bilhões somente em 2020 (88). No caso do HIV e da tuberculose, é claro que limitações dos sistemas de saúde minaram a resposta em vários níveis e reduziram o impacto do financiamento em testagem e tratamento de HIV (89).

Austeridade impulsiona ainda mais desigualdades na resposta à pandemia

As pandemias podem reduzir o PIB e diminuir a arrecadação de impostos; ao mesmo tempo, elas aumentam a demanda por gastos governamentais. Muitos governos respondem ao déficit resultante adotando medidas de austeridade (e geralmente são aconselhados a fazê-lo por instituições financeiras internacionais). No entanto, as evidências deixam claro que as medidas de austeridade são fatores ativos do ciclo desigualdade-pandemia: primeiro, elas enfraquecem a resposta a pandemias e os esforços para lidar com os fatores de desigualdade que as impulsionam. Abordar os determinantes sociais das pandemias é impossível sob austeridade. Segundo, quando as pandemias ocorrem, as medidas de austeridade amplificam o impacto gerador de desigualdades dessas pandemias, conforme descrito anteriormente.

A austeridade tende a priorizar a desigualdade, reduzir o acesso à saúde, à educação e às redes de proteção social, prejudicar desproporcionalmente populações vulneráveis e degradar os sistemas de saúde pública (90, 91). Isso é crucial para pandemias, tanto porque reduções em gastos e na força de trabalho minam a capacidade dos sistemas de saúde de detectar, tratar e controlar surtos de doenças infecciosas diretamente, quanto porque reduzem a capacidade dos governos de enfrentar os determinantes sociais das pandemias. Cortes de gastos frequentemente afetam saúde, educação e bem-estar de maneira desproporcional, e esses cortes atingem de forma também desproporcional os pobres e vulneráveis.

Estima-se que programas do Fundo Monetário Internacional (FMI) vinculados à austeridade levem a mais de 70 mortes excedentes por doenças respiratórias e tuberculose por 100.000 habitantes (92). Esses programas também foram associados a aumento na incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose em países póscomunistas (93). Estudos relacionaram a austeridade e as políticas de instituições financeiras internacionais ao surto de Ebola (94), à pandemia de AIDS (95, 96) e à COVID19 (97). A austeridade também tem sido vinculada ao aumento da desigualdade de renda, devido, entre outros fatores, a cortes em salários do setor público (98, 99, 100). Isso exacerba ainda mais o ciclo descrito aqui. De fato, dados do FMI mostram que o aumento da desigualdade após grandes epidemias nas últimas duas décadas foi quase três vezes maior quando atingiram países cujos governos já tinham programas rígidos de austeridade em vigor (101).

Acesso desigual à ciência e tecnologias pandêmicas

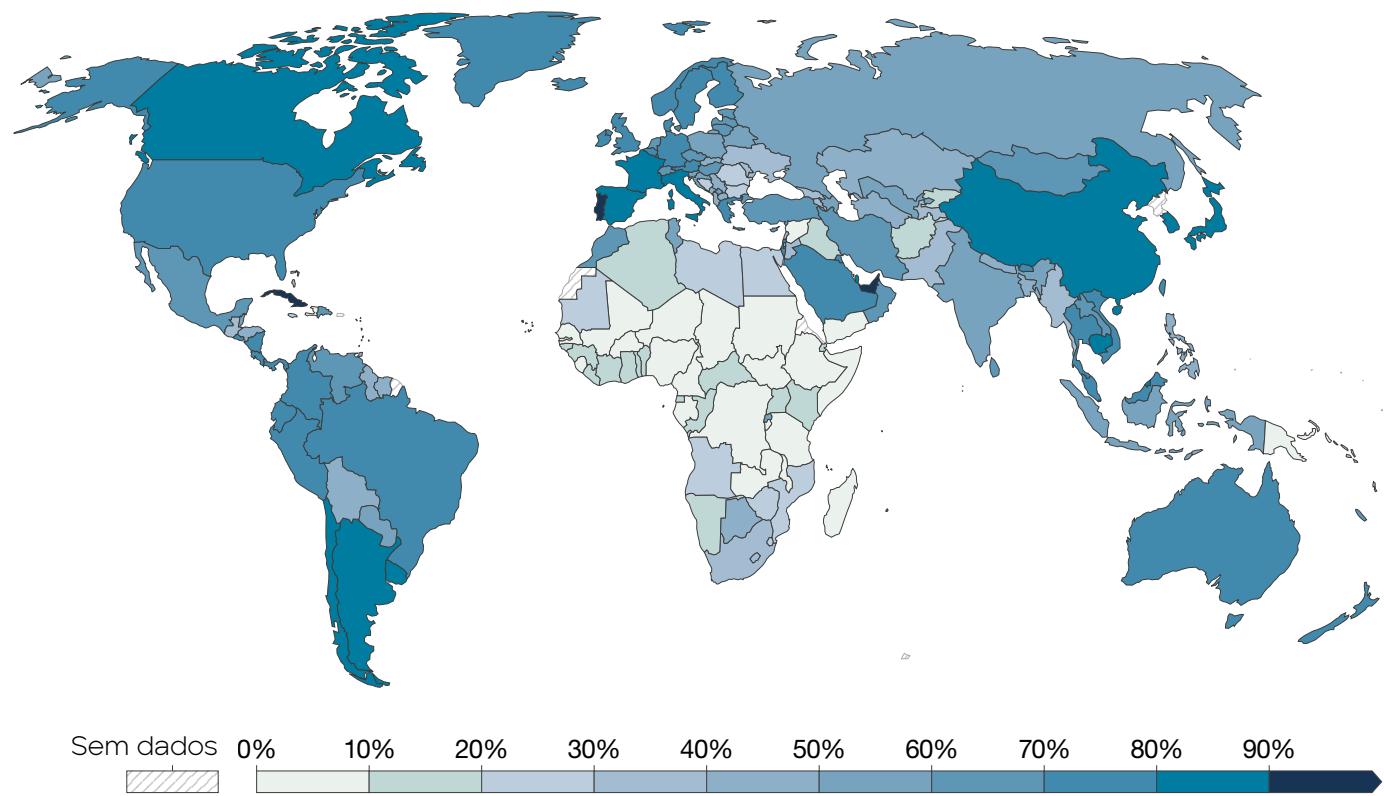
As respostas a pandemias, do HIV à COVID19 e à mpox, compartilham uma realidade sombria: tecnologias de saúde inovadoras, como vacinas, medicamentos e diagnósticos, ficam rapidamente disponíveis no Norte Global, mas chegam lentamente ao Sul Global, tirando incontáveis vidas e permitindo que infecções evitáveis continuem ocorrendo.

Após o triunfo científico de desenvolver vacinas de mRNA altamente eficazes contra a COVID19 em tempo recorde, a produção ficou limitada a poucos fabricantes, e as doses foram acumuladas por países de alta renda, deixando países de baixa e média renda expostos. Seis meses após a aprovação das vacinas contra a COVID19, os países de alta renda (HICs) tinham 90% do necessário para cobrir as populações prioritárias, profissionais de saúde e pessoas com mais de 65 anos, enquanto os países de baixa renda haviam recebido apenas o suficiente para cobrir 12% de suas populações de maior prioridade (102). Um ano após o início da distribuição das vacinas, a cobertura na África Subsaariana permanecia alarmantemente baixa (Figura 8).

Esse 'apartheid vacinal' é responsável por cerca de 1,3 milhão de mortes evitáveis (103). Os esforços para superar barreiras de patentes na Organização Mundial do Comércio (OMC) levaram anos, mesmo que o princípio das licenças obrigatórias e das isenções para proteger a saúde pública tivesse sido estabelecido pela OMC em 1994 e reiterado na Declaração de Doha de 2001.

Figura 8. Participação de pessoas que receberam pelo menos uma dose da vacina contra a COVID-19 um ano após o início da distribuição da vacina (28 de dezembro de 2021)

Número total de pessoas que receberam pelo menos uma dose de vacina, dividido pela população total do país

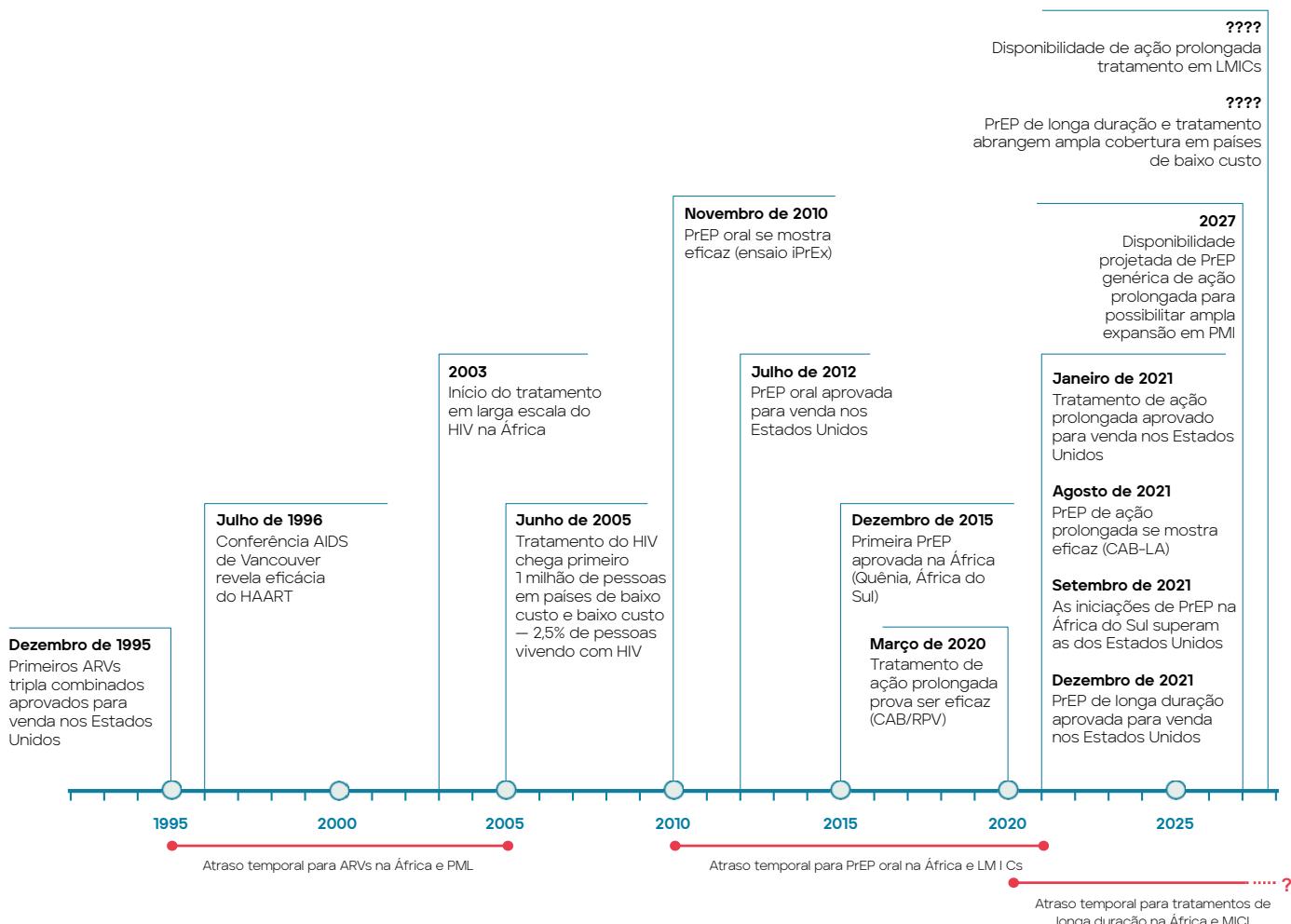


Fonte dos dados: Dados oficiais compilados por Our World in Data (2024); Organização Mundial da Saúde (2025); População baseada em várias fontes (2024).

Uma falha semelhante em disponibilizar novas tecnologias relacionadas ao HIV para países de baixa e média renda tem repetidamente prejudicado os esforços para acabar com a pandemia de AIDS (Figura 9). A implementação lenta de medicamentos antirretrovirais em países de baixa renda nas décadas de 1990 e 2000 causou milhões de mortes evitáveis por AIDS. A mobilização da sociedade civil acabou inspirando uma combinação de ações governamentais e produção de genéricos que reduziu o preço desses medicamentos em mais de 99%, permitindo que hoje dezenas de milhões de pessoas tenham acesso a eles diariamente. De forma semelhante, a expansão do uso de comprimidos antirretrovirais diários para prevenção do HIV tem sido profundamente desigual.

Atualmente, medicamentos de ação extremamente prolongada contra o HIV estão chegando ao mercado. Eles são o mais próximo que já chegamos de uma vacina contra o HIV, oferecendo proteção quase completa contra o vírus com apenas algumas injeções, em alguns casos apenas duas vezes por ano. No entanto, esses medicamentos estão sendo produzidos apenas por poucos fabricantes e vendidos a preços elevados, múltiplas vezes superiores ao custo de produção, o que faz com que a maioria dos países de baixa e média renda tenham pouco ou nenhum acesso a eles. A forte defesa pública realizada por ativistas da resposta à AIDS levou recentemente a reduções de preço de versões genéricas dos mais recentes medicamentos injetáveis para prevenção do HIV. Mas vitórias individuais como essa não resolvem o problema mais amplo: as proteções de patentes continuam sendo um obstáculo para a distribuição equitativa de inovações em saúde.

Figura 9. Atrasos temporais no acesso à tecnologia de tratamento e prevenção do HIV na África e em países de baixa e média renda



Fonte: Byanyima W, Bekker LG, Kavanagh MM. Medicamentos de Ação Longa para o HIV e o Ciclo da Desigualdade Pandêmica — Repensando o Acesso. N Engl J Med 2025;392:9096. Vol 392, n° 1. doi: 10.1056/NEJMms2412286.

Cada fracasso é seguido de uma reflexão internacional profunda e da criação de novos mecanismos, muitos dos quais alcançam grande sucesso. Por exemplo, o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária já salvou 70 milhões de vidas por meio de intervenções contra essas três doenças, incluindo a aquisição anual de medicamentos antirretrovirais para mais de 20 milhões de pessoas em 55 países. Desde sua criação em 2006, a Unitaid acelerou o desenvolvimento e a implementação de mais de 100 produtos inovadores de saúde que alcançam mais de 300 milhões de pessoas por ano. A Coalizão para Inovações em Preparação para Epidemias (CEPI) já entregou vacinas pioneiras contra patógenos prioritários, incluindo chikungunya, febre de Lassa e MERS, e agora busca desenvolver a capacidade de responder à próxima ameaça da "Doença X" com uma nova vacina em apenas 100 dias. O Acordo de Pandemias e a Coalizão Global do G20 para Produção Local e Regional, Inovação e Acesso Equitativo são esforços recentes para reequilibrar a pesquisa, o desenvolvimento, a aquisição e a distribuição de tecnologias de saúde, visando resultados mais equitativos e eficazes.

No entanto, esses esforços ainda não enfrentam o cerne da desigualdade no acesso. A excelente ciência continua acompanhada de uma incapacidade de compartilhar tecnologia além das fronteiras durante pandemias. Barreiras de propriedade intelectual e capacidade de fabricação insuficiente continuam a fazer com que o fornecimento de tecnologias essenciais em pandemias esteja aquém das necessidades. A necessidade de incentivar a inovação para combater pandemias é muito real, mas patentes não são o único meio de estimular inovação, e é preciso encontrar um equilíbrio que garanta, ao mesmo tempo, inovação e acesso.



Pandemias aumentam a desigualdade

Os impactos devastadores da pandemia de COVID19 foram sentidos mais intensamente pelos pobres do mundo (104). Em 2020, durante o primeiro ano da pandemia, o número de pessoas enfrentando fome globalmente aumentou de cerca de 650 milhões em 2019 para entre 720 e 811 milhões de pessoas (105). Estima-se que 165 milhões de pessoas foram empurradas para a pobreza; trabalhadores informais e mulheres sofreram os maiores choques de emprego e renda. Ao mesmo tempo, as pessoas mais ricas do mundo utilizaram seus vastos recursos para aproveitar a volatilidade dos mercados globais. Bilionários aumentaram sua riqueza em mais de um quarto (27,5%) no auge da crise, de abril a julho de 2020, justamente quando milhões de pessoas ao redor do mundo estavam presas em casa, incapazes de trabalhar e (com sorte) se mantendo à tona graças ao acesso a benefícios de proteção social (106).

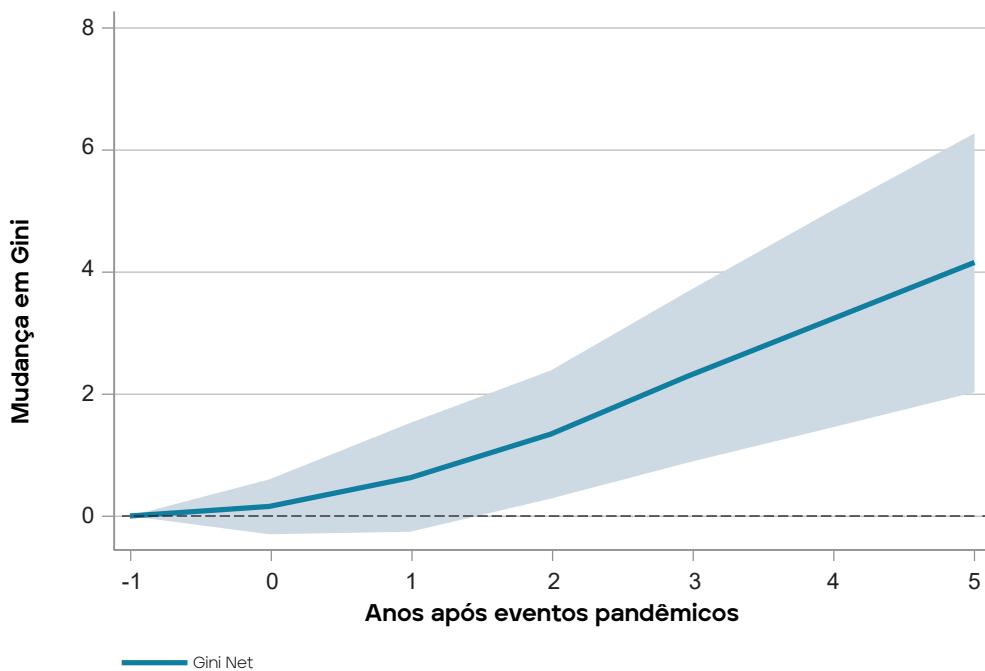
As experiências díspares entre ricos e pobres podem ser observadas nos dados macroeconômicos. O Banco Mundial estimou um aumento significativo no índice global de Gini em 2020, o maior desde pelo menos 1990, com perdas distributivas concentradas entre os domicílios de menor renda (107). Uma análise de dados de folha de pagamento na Espanha mostra que o impacto da crise da COVID19 na desigualdade se explica, em parte, por seu efeito desproporcional sobre trabalhadores de baixa remuneração (108). Da mesma forma, pesquisas realizadas no Reino Unido durante a pandemia de COVID19 mostram que as quedas nos rendimentos foram maiores nos quintis inferiores de renda pré-pandemia, e que indivíduos em empregos precários, com menos de 30 anos e pertencentes a grupos étnicos minoritários enfrentaram os maiores choques no mercado de trabalho (109).

A pandemia de AIDS, que atingiu a África Subsaariana muito mais fortemente do que outras regiões, ampliou as desigualdades entre a África e o restante do mundo. Estudos estimam que um aumento de 1% na prevalência do HIV reduz o crescimento da renda per capita em cerca de 0,47% na África Subsaariana, com os efeitos mais fortes na África Oriental (110). No auge da pandemia em 2004, a AIDS havia desacelerado o crescimento econômico em mais da metade dos países da subregião, reduzido significativamente as taxas médias de crescimento econômico nacional e ameaçado reverter décadas de avanços no desenvolvimento de recursos humanos, educação, saúde e negócios, prejudicando o bem-estar do futuro crescimento econômico e desenvolvimento da África (111, 112).

E não é apenas COVID19 e AIDS. Dados do FMI das últimas duas décadas, analisando influenza H1N1, SARS, MERS, Ebola e Zika, mostram que quando pandemias atingem países, elas levam a um aumento persistente da desigualdade, medido pelo coeficiente de Gini, com um efeito máximo cerca de cinco anos após a pandemia (Figura 10) (113). Diferentes pandemias, é claro, tiveram impactos distintos, a COVID19 teve um impacto global sobre o Gini, enquanto o impacto do HIV parece mais concentrado. Análises de conjuntos de dados adicionais mostram que a parcela da renda total aumenta para as pessoas no quintil de renda mais alto e diminui para aquelas no quintil mais baixo; as

taxas de emprego caem para aqueles com educação básica, enquanto aqueles com educação superior são muito menos afetados. Um estudo do FMI comparou o impacto das pandemias a outros choques e concluiu que as pandemias têm um impacto maior e mais claro sobre a desigualdade do que crises financeiras, nas quais o impacto é mais compartilhado entre os diferentes estratos sociais (113).

Figure 10. Impacto das pandemias na rede de Gini



Nota: O gráfico mostra as faixas de resposta e 90% de confiança. O eixo x mostra anos (k) após eventos pandêmicos; t = 0 é o ano do evento pandêmico.

Fonte: Furceri D, Loungani P, Ostry JD, Pizzuto P. A COVID19 terá efeitos duradouros na desigualdade? Evidências de pandemias passadas. Documento de Trabalho do FMI. Washington DC: FMI; 2021 (113).

No entanto, as respostas fiscais às crises podem ter um grande impacto na desigualdade, nem todos os países experimentam aumentos durante pandemias. Outro estudo do FMI constatou que medidas de austeridade introduzidas após o início de uma pandemia levaram a aumentos maiores na desigualdade. Em forte contraste, quando a resposta fiscal a uma pandemia é fortemente favorável, a desigualdade mal aumenta. Políticas orientadas pela redução da desigualdade podem fazer a diferença (114).



A incapacidade de enfrentar as pandemias atuais sustenta o ciclo

Pandemias em cima de pandemias

A AIDS continua sendo uma pandemia e, juntamente com a tuberculose e a malária, continua causando milhões de mortes anualmente, de forma desproporcional nos países de baixa e média renda e entre populações marginalizadas em países de alta renda.

Um esforço global, ao longo de décadas, para mobilizar recursos, desenvolver tecnologias avançadas de prevenção e tratamento, reduzir os preços dessas tecnologias e distribuí-las aos países e comunidades com maior necessidade fez com que, até o final de 2024, o número anual de novas infecções pelo HIV atingisse seu nível mais baixo desde meados dos anos 1980, e o número anual de mortes por causas relacionadas à AIDS fosse reduzido a níveis vistos pela última vez no início dos anos 1990 (115). No entanto, sem cura e sem vacina, essas quedas ainda não são suficientes para alcançar a meta internacionalmente acordada de acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública até 2030.

Entretanto, isso pode mudar. As novas tecnologias inovadoras de ação prolongada são o mais próximo que já se chegou de uma vacina contra o HIV e podem revolucionar a resposta à AIDS. Alcançar todo o seu vasto potencial depende de torná-las acessíveis e amplamente disponíveis em todo o mundo.

Na África Subsaariana, onde a carga da doença é mais alta, mulheres e adolescentes do sexo feminino correm um risco muito maior de infecção pelo HIV do que homens e adolescentes do sexo masculino. Homens gays, pessoas que usam drogas, trabalhadores do sexo e pessoas em prisões enfrentam maior risco de infecção globalmente. Barreiras sociais, como estigma, discriminação e violência baseada em gênero, bem como barreiras estruturais, como leis punitivas, dificultam o acesso aos serviços de HIV, especialmente para populações-chave e prioritárias.

No início de 2025, programas de HIV em países de baixa e média renda foram abalados por interrupções financeiras repentinhas e significativas, que ameaçam reverter décadas de progresso arduamente conquistado contra o HIV. Guerras e conflitos, desigualdades econômicas crescentes, mudanças geopolíticas e choques climáticos, sem precedentes na resposta global ao HIV, estão alimentando a instabilidade e pressionando a cooperação multilateral. Muitos países permanecem altamente dependentes de financiamento externo para suas respostas ao HIV, tuberculose e malária. A retirada rápida de doadores e as subsequentes transições de serviços especializados para uma prestação de cuidados de saúde mais generalizada correm o risco de deixar os mais vulneráveis para trás.

A resposta à AIDS está agora sendo privada dos investimentos de longo prazo que constroem sistemas sustentáveis. Essa retirada repentina da resposta global à AIDS surge ironicamente no exato momento em que a ciência e a ação comunitária poderiam acabar com a pandemia de AIDS. O HIV corre o risco de seguir o longo e

destrutivo caminho da tuberculose, que aflige a humanidade desde a Antiguidade, está amplamente controlada no Norte Global, mas continua a causar doenças em mais de 10 milhões de pessoas e matar mais de 1 milhão anualmente, principalmente no Sul Global.

As pandemias de COVID19 e HIV expuseram de forma clara os custos humanos e econômicos do subinvestimento em sistemas de saúde resilientes e em mecanismos de proteção social que sustentam sociedades equitativas. Novas ameaças, como a mpox, estão surgindo nos países e comunidades mais pobres e negligenciados. Como o Conselho demonstrou, a desigualdade, tanto dentro dos países quanto entre eles, amplifica a vulnerabilidade. A solidariedade renovada e novos modelos de financiamento para respostas pandêmicas são necessários para sustentar os avanços obtidos no enfrentamento da pandemia de HIV e evitar um ressurgimento do HIV e de outras ameaças pandêmicas e endêmicas.



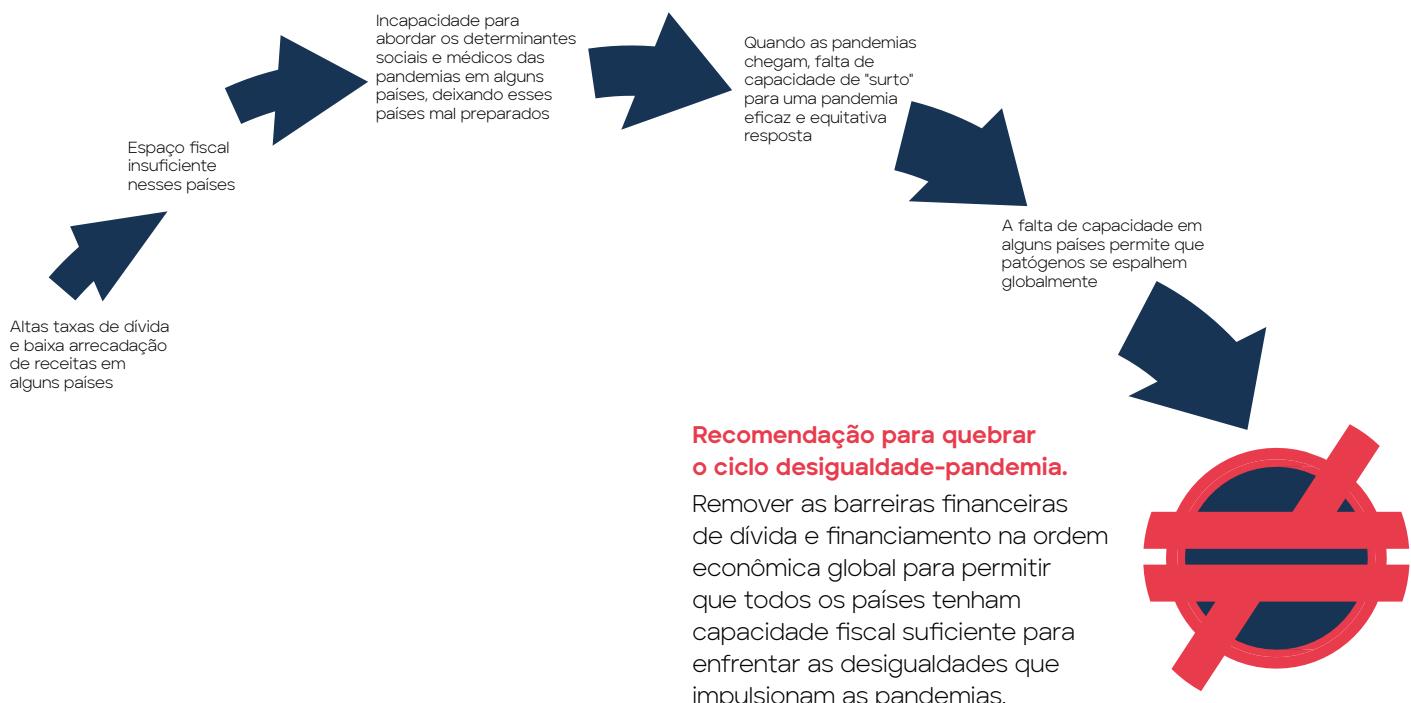
Segurança sanitária real: Recomendações para preparação e resposta para interromper o ciclo desigualdade-pandemia

Pesquisas do Global Council revelam um ciclo desigualdade-pandemia: a desigualdade dentro e entre países está tornando o mundo mais vulnerável a pandemias, tornando-as mais disruptivas economicamente, mais letais e mais duradouras. E, quando as pandemias ocorrem, elas aumentam a desigualdade, alimentando o ciclo. Diante dos contínuos altos níveis de desigualdade, o mundo pode não estar mais preparado hoje do que estava quando a COVID19 atingiu. A preparação para pandemias que se concentra apenas em melhor vigilância ou no desenvolvimento mais rápido de vacinas não será suficiente para impedir pandemias.

Reimaginar a segurança sanitária global exigirá incluir medidas que considerem os altos níveis de desigualdade atuais e que abordem os determinantes econômicos, sociais e jurídicos das pandemias no longo prazo. Enfrentar as pandemias atuais, como a AIDS, e preparar-se de forma eficaz para evitar pandemias futuras requer uma nova abordagem capaz de interromper esse ciclo, por meio de:

- **Resposta pandêmica informada pela desigualdade**, levando em conta a desigualdade existente e respondendo com políticas baseadas em evidências para contrariar seus efeitos.
- **Preparação para futuras pandemias mediante a redução da desigualdade** em áreas específicas e práticas, reconhecidas como fatores que aumentam a vulnerabilidade às doenças.

1. Interrompendo as desigualdades econômicas internacionais que impulsionam pandemias



Recomendação Resumida 1

Remover as barreiras de dívida e financiamento na ordem econômica global para permitir que todos os países tenham capacidade orçamental suficiente para enfrentar as desigualdades que impulsionam as pandemias.

- Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje:** Como primeiro passo, implementar uma paralisação imediata de pagamento para países em dificuldades que enfrentam pandemias até 2030, suspensando as medidas de austeridade, e depois avançar para uma reestruturação abrangente da dívida seguindo as recomendações do Relatório da Comissão Jubilee.
- Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias:** Criar facilidades de financiamento de reserva no Norte e Sul Global para países que trabalham para prevenir ou responder a uma pandemia, incluindo a emissão automática de Direitos Especiais de Retiro do Fundo Monetário Internacional. Reorientar políticas internacionais para enfrentar o espaço fiscal insuficiente e o excesso de endividamento para interromper o ciclo pandêmico de desigualdade.

A justificativa para a ação

Ao longo da última década, uma combinação de políticas e endividamento reduziu o espaço fiscal necessário para responder a pandemias. As lacunas de financiamento persistem, mesmo com a disseminação de doenças preveníveis. Dívidas e cortes na assistência ao desenvolvimento fazem com que muitos países estejam agora sendo privados dos investimentos que constroem sistemas sustentáveis de resposta a pandemias.

Mas existem soluções. No que diz respeito à dívida, há evidências de que os esforços mais recentes para lidar com problemas de endividamento causados pela COVID19 e outros choques, como a Iniciativa de Suspensão do Serviço da Dívida (DSSI) e o Marco Comum do G20, não conseguiram gerar resultados significativos porque operaram

sob princípios incorretos e careciam de acordos com credores privados, que detêm uma parcela crescente da dívida dos países em desenvolvimento. A versão mais recente, a **Mesa-Redonda Global sobre Dívida Soberana**, também não garante o progresso necessário na reestruturação da dívida. Reformas mais robustas são urgentemente necessárias, especialmente para a África, além do que foi acordado no **Compromisso de Sevilha**, durante a 4ª Conferência Internacional das Nações Unidas sobre Financiamento para o Desenvolvimento, realizada em julho de 2025.

Existem maneiras melhores de atuar, incluindo seguir o que funcionou e aprender com o que não deu certo na **Iniciativa para Países Pobres Muito Endividados (HIPC)**. O **Relatório Jubileu**, encomendado pelo Papa, apresentou um conjunto de recomendações amplas que poderiam resolver muitos dos problemas enfrentados até agora (116). O Conselho considera que a coordenação entre devedores – especialmente na África – é um passo necessário. Países que enfrentam simultaneamente sobreendividamento ou alto risco e uma pesada carga de HIV necessitariam de medidas especiais, incluindo uma suspensão do pagamento da dívida, com perdão dos juros intermediários, formulada como um período especial de carência até 2030, garantindo espaço fiscal suficiente para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para saúde e HIV.

Políticas anticíclicas utilizadas durante a pandemia de COVID19 reforçaram seu valor essencial em respostas a crises. No entanto, instituições financeiras internacionais recomendam – e, por vezes, impõem – o contrário. Medidas de austeridade, como reduzir gastos com saúde, educação e proteção social, são uma resposta comum a déficits orçamentários urgentes, mas representam exatamente o oposto do que é necessário durante uma pandemia.

O financiamento emergencial em momentos de crise é importante. O mundo ainda carece de estruturas claras de financiamento adicional para apoiar respostas pandêmicas e enfrentar o impacto econômico durante pandemias. Durante a COVID-19, os **Direitos Especiais de Saque (SDRs)** do FMI foram uma ferramenta eficaz para combater pandemias, mas demoraram demais a ser implementados e dependeram excessivamente de atores políticos específicos.

A capacidade fiscal limitada dos países em desenvolvimento é parte da causa raiz de sua dependência excessiva de um sistema desequilibrado de dívida e financiamento. A região africana tem registrado, por mais de uma década, o menor nível de mobilização de receitas domésticas: 16% da arrecadação em relação ao PIB. Ações necessárias para ampliar a arrecadação doméstica incluem: reformar a tributação global; combater fluxos financeiros ilícitos; adotar reformas tributárias progressivas em nível nacional, como a eliminação de incentivos e isenções fiscais para corporações, especialmente no setor extrativo; introduzir taxação sobre riqueza, inclusive um imposto mínimo sobre grandes fortunas, conforme discutido no G20; garantir que países ricos em recursos obtenham o valor total de seus recursos; e combater a evasão fiscal.

Enquanto isso, à medida que a lacuna entre ricos e pobres persiste, torna-se essencial priorizar políticas que funcionem para combater a desigualdade. O investimento em sistemas de saúde verdadeiramente universais e financiados publicamente atua exatamente nesse sentido, garantindo que todos tenham acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, fortalecendo as economias (117). Esforços semelhantes são necessários em todos os determinantes sociais, conforme descrito na Recomendação 2 – todos os quais requerem espaço fiscal.

Portanto, o Global Council apresenta recomendações para interromper o ciclo em nível internacional como um prelúdio para o restante de nossas recomendações, sob princípios incorretos e careciam de acordos com credores privados, que detêm uma parcela crescente da dívida dos países em desenvolvimento. A versão mais recente, a Mesa-Redonda Global sobre Dívida Soberana, também não garante o progresso necessário na reestruturação da dívida. Reformas mais robustas são urgentemente necessárias, especialmente para a África, além do que foi acordado no Compromisso de Sevilha, durante a 4ª Conferência Internacional das Nações Unidas sobre Financiamento para o Desenvolvimento, realizada em julho de 2025.

Existem maneiras melhores de atuar, incluindo seguir o que funcionou e aprender com o que não deu certo na Iniciativa para Países Pobres Muito Endividados (HIPC). O Relatório Jubilee, encomendado pelo Papa, apresentou um conjunto de recomendações amplas que poderiam resolver muitos dos problemas enfrentados até agora (116). O Conselho considera que a coordenação entre devedores — especialmente na África — é um passo necessário. Países que enfrentam simultaneamente sobreendividamento ou alto risco e uma pesada carga de HIV necessitariam de medidas especiais, incluindo uma suspensão do pagamento da dívida, com perdão dos juros intermediários, formulada como um período especial de carência até 2030, garantindo espaço fiscal suficiente para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para saúde e HIV.

Políticas anticíclicas utilizadas durante a pandemia de COVID19 reforçaram seu valor essencial em respostas a crises. No entanto, instituições financeiras internacionais recomendam — e, por vezes, impõem — o contrário. Medidas de austeridade, como reduzir gastos com saúde, educação e proteção social, são uma resposta comum a déficits orçamentários urgentes, mas representam exatamente o oposto do que é necessário durante uma pandemia.

O financiamento emergencial em momentos de crise é importante. O mundo ainda carece de estruturas claras de financiamento adicional para apoiar respostas pandêmicas e enfrentar o impacto econômico durante pandemias. Durante a COVID19, os Direitos Especiais de Saque (SDRs) do FMI foram uma ferramenta eficaz para combater pandemias, mas demoraram demais a ser implementados e dependeram excessivamente de atores políticos específicos.

A capacidade fiscal limitada dos países em desenvolvimento é parte da causa raiz de sua dependência excessiva de um sistema desequilibrado de dívida e financiamento. A região africana tem registrado, por mais de uma década, o menor nível de mobilização de receitas domésticas: 16% da arrecadação em relação ao PIB. Ações necessárias para ampliar a arrecadação doméstica incluem: reformar a tributação global; combater fluxos financeiros ilícitos; adotar reformas tributárias progressivas em nível nacional, como a eliminação de incentivos e isenções fiscais para corporações, especialmente no setor extrativo; introduzir taxação sobre riqueza, inclusive um imposto mínimo sobre grandes fortunas, conforme discutido no G20; garantir que países ricos em recursos obtenham o valor total de seus recursos; e combater a evasão fiscal.

Enquanto isso, à medida que a lacuna entre ricos e pobres persiste, torna-se essencial priorizar políticas que funcionem para combater a desigualdade. O investimento em sistemas de saúde verdadeiramente universais e financiados publicamente atua exatamente nesse sentido, garantindo que todos tenham acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, fortalecendo as economias(117). Esforços semelhantes são necessários em todos os determinantes sociais, conforme descrito na Recomendação 2 — todos os quais requerem espaço fiscal.

Portanto, o Global Council apresenta recomendações para interromper o ciclo em nível internacional como um prelúdio para o restante de nossas recomendações.

Recomendação completa

A. Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje: Como primeiro passo, acordar urgentemente uma suspensão do pagamento da dívida para países em situação de estresse até 2030, interrompendo as medidas de austeridade e, em seguida, avançar para uma reestruturação abrangente da dívida seguindo as recomendações do Jubilee Commission Report.

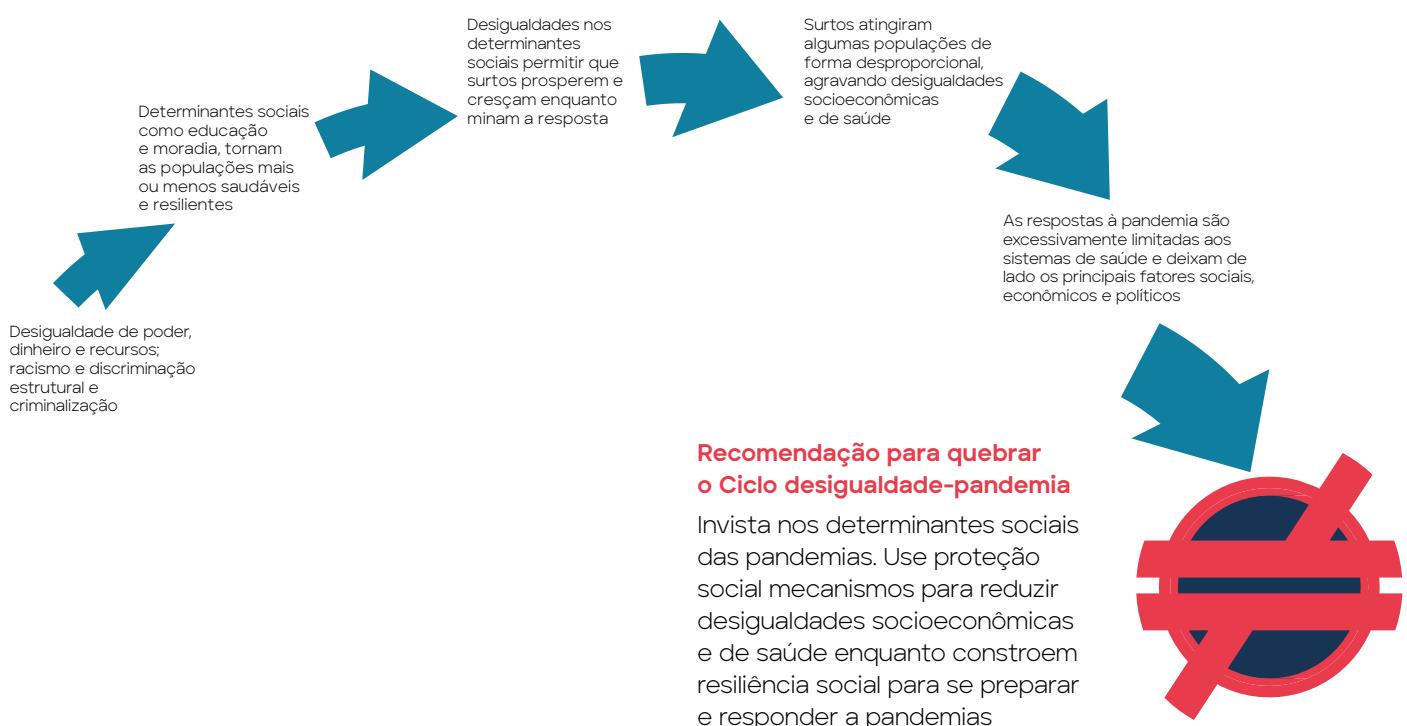
Uma suspensão automática internacional da dívida deve ser acordada e aplicada para países em estresse que enfrentam altas taxas de doenças durante uma pandemia, permitindo que esses países priorizem novamente seus recursos para responder à pandemia. Dada a pandemia contínua de AIDS, uma suspensão da dívida para países em situação de estresse com alta carga de HIV até 2030 é justificada. A reestruturação acelerada da dívida deve ser discutida imediatamente depois, reconhecendo os perigos da síndrome do "muito pouco, muito tarde": reestruturações tardias e insuficientes que preparam o terreno para outra crise pouco tempo depois.

- 1. Implementar reestruturação e alívio da dívida imediatos e abrangentes** usando uma abordagem diferenciada conforme a situação dos países: (i) Para países com acesso a mercados financeiros, priorizar o refinanciamento de suas dívidas privadas a custos de empréstimo mais baixos, permitindo sustentabilidade. Garantias por bancos multilaterais de desenvolvimento e outras instituições de financiamento ao desenvolvimento devem ser utilizadas, assegurando que não constituam um resgate ao setor privado, o que apenas incentivaria empréstimos irresponsáveis, e reconhecendo que, se as reestruturações forem sustentáveis, as taxas de juros cobradas pelo setor privado devem refletir o menor risco; (ii) Para países sem acesso regular a mercados e em estresse de dívida ou alto risco, é necessária uma redução abrangente da dívida, seja por meio de um período de carência de 10 anos no serviço da dívida ou cancelamento da dívida, com o objetivo de reduzir o serviço da dívida a no máximo 15% das receitas orçamentárias.
- 2. Suspender medidas de austeridade durante uma pandemia.** Está claro que a austeridade prejudica a saúde, enfraquece a capacidade dos países de responder aos determinantes sociais das pandemias e construir respostas médicas, além de aumentar o impacto das pandemias sobre a desigualdade. Governos e instituições financeiras internacionais devem focar em encontrar financiamentos substitutivos que permitam a recuperação.
- 3. Instituir uma regra de "sem resgate financeiro" para que qualquer financiamento ao desenvolvimento priorize investimentos domésticos e não seja desviado para pagamentos de dívida a credores privados.** Nos últimos anos, moedas fortes provenientes de instituições multilaterais têm sido usadas principalmente para pagar credores privados, e não para os propósitos de desenvolvimento pretendidos, um resgate de fato aos credores privados.

B. Para tornar o mundo mais seguro contra pandemias futuras: Criar mecanismos de financiamento de prontidão no Norte e no Sul Globais para países que atuem na prevenção ou resposta a uma pandemia, incluindo a emissão automática de Direitos Especiais de Saque (SDRs) do FMI. Reorientar políticas internacionais para combater o espaço fiscal insuficiente e o excesso de endividamento, a fim de interromper o ciclo desigualdade-pandemia.

- 1. Criar mecanismos de financiamento e empréstimo para pandemias, tanto nas instituições financeiras internacionais quanto em instituições lideradas pelo Sul Global, como o banco dos BRICS.** Projetados para sustentar a estabilidade macroeconômica e permitir respostas pandêmicas informadas pelas desigualdades diante de uma contração gerada pela pandemia (como ocorreu na COVID19), esses mecanismos devem utilizar fluxos de financiamento sustentáveis e garantir gestão democrática das prioridades. Devem aproveitar mecanismos de solidariedade internacional sinérgicos, como o Fundo Global e órgãos regionais como o Centro Africano de Controle e Prevenção de Doenças, reconhecendo que o mundo ainda carece de um fundo significativo para resposta a pandemias.
- 2. A emissão de SDRs em caso de pandemia deve se tornar automática para auxiliar nesses esforços.** Entre as ferramentas limitadas disponíveis, esta deve se tornar central na resposta a pandemias, e os critérios para alocação dos recursos de qualquer nova emissão devem ser negociados e redefinidos no curto prazo.
- 3. Estabelecer um mecanismo permanente de resolução de dívida soberana baseado em regras.** Substituiria o sistema atual, imprevisível, garantindo que os pagamentos da dívida não drenem a capacidade dos países de investir em sistemas de saúde e preparação para pandemias, e evitando que países de baixa renda paguem taxas de juros abusivas.
- 4. Reorientar decisivamente as instituições financeiras internacionais.** Elas devem avançar para o uso de políticas e mecanismos financeiros anticíclicos que permitam espaço suficiente para ação em nível nacional, regional e global para impedir pandemias.
- 5. Investir os recursos disponíveis em serviços verdadeiramente universais e no fortalecimento dos sistemas de saúde e sociais.** Interromper o ciclo desigualdade-pandemia requer universalismo real, baseado em financiamento público, para melhorar a rápida adesão aos serviços de saúde em uma pandemia, abordar os determinantes sociais das pandemias e também prevenir despesas catastróficas que intensificam a desigualdade durante crises sanitárias.

2. Abordando os determinantes sociais das pandemias



Recomendação resumida 2

Invista nos determinantes sociais das pandemias. Utilizar mecanismos de proteção social para reduzir desigualdades socioeconómicas e de saúde, ao mesmo tempo em que constrói resiliência social, a fim de se preparar e responder a pandemias.

- Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje:** Impulsiona a proteção social durante crises de saúde por meio de um sistema pronto para alcançar todos, incluindo aqueles frequentemente excluídos e vulneráveis, como parte de uma resposta multisectorial a surtos capaz de enfrentar determinantes sociais.
- Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias:** Torne as sociedades mais saudáveis e fortes com ações estratégicas sobre os determinantes sociais da saúde, que causam grandes desigualdades em saúde e aumentam a vulnerabilidade a pandemias quando ocorrem.

A justificativa para a ação

Melhorar as condições nos determinantes sociais da saúde e reduzir as desigualdades socioeconómicas melhoraria significativamente os resultados durante pandemias.

Lições de pandemias anteriores da gripe ao HIV/AIDS e ao Ebola poderiam ter mitigado os impactos da COVID19, mas não foram consideradas. A pobreza generalizada, a discriminação, a superlotação e as desigualdades no mercado de trabalho não foram suficientemente enfrentadas e novamente se tornaram fatores de risco que afetaram de forma mais intensa os grupos mais desfavorecidos. As desigualdades sociais e económicas reduziram a eficácia das medidas de saúde pública e das medidas sociais para diminuir o impacto da pandemia (118).

Os grupos que, devido às suas situações de vulnerabilidade, foram desproporcionalmente impactados pelo HIV/AIDS e pelo Ebola também foram, em grande parte, vulneráveis à COVID19, com a adição de outros grupos, como trabalhadores essenciais. Embora ainda seja cedo, é provável que os impactos negativos duradouros da pandemia de gripe de 1918 voltem a ser sentidos como resultado da pandemia de COVID19, por meio de mecanismos como menor desempenho educacional escolar e menor renda na vida adulta.

As evidências compiladas pela Organização Mundial da Saúde indicam que reduzir a desigualdade econômica e investir em serviços públicos universais é necessário para construir equidade em saúde (118). Evidências reunidas ao longo de várias décadas em países como Reino Unido e Noruega mostram que investir em educação, saúde e na primeira infância traz retornos, e que austeridade tem um impacto muito negativo na saúde (119, 120, 121). Grandes investimentos exigem tanto vontade política quanto espaço fiscal suficiente (ver Recomendação 1).

Enfrentar os determinantes sociais é muito eficaz para proteger a saúde e promover progresso social. Por exemplo, após controlar a prevalência de infecção por HIV, a taxa de matrícula no ensino secundário é fortemente e negativamente associada a mortes relacionadas a doenças, segundo evidências de 115 países de alta, média e baixa renda publicadas em 2010; a relação entre desenvolvimento econômico e mortalidade também é mediada pela educação (45).

Ações para enfrentar a superlotação habitacional mostraram-se particularmente importantes no enfrentamento de pandemias de doenças respiratórias como tuberculose e COVID19 (122, 123). Umidade e mofo danificam os pulmões das pessoas e as tornam mais suscetíveis a danos causados pela COVID19. Medidas contra discriminação e intervenções legais têm sido especialmente cruciais para melhorar as respostas ao HIV/AIDS (124).

A revisão de evidências do Conselho destaca a natureza interseccional dos determinantes sociais das pandemias, não se trata apenas de pobreza, mas da interseção de desigualdades sociais ao longo de linhas de gênero, sexualidade, riqueza, raça/etnia e outras (125).

A proteção social sustenta as pessoas ao longo da vida e diante de eventos de saúde e, portanto, é crucial durante pandemias, que frequentemente resultam em doença, desemprego e/ou perda de renda. Para ser mais eficaz na redução das desigualdades, ela precisa ter ampla cobertura e alcançar aqueles que com frequência ficam à margem, como pessoas com histórico de trabalho intermitente devido a problemas de saúde ou trabalhadores informais. Há uma base substancial de evidências reunida na revisão do Conselho apoiando a eficácia das intervenções de proteção social na mitigação dos impactos das pandemias e na redução da exposição dos mais vulneráveis (6).

Numerosos estudos identificaram efeitos positivos das transferências de renda na saúde, segurança alimentar, desigualdade social e diversos determinantes sociais da saúde durante a pandemia de COVID19. Na África do Sul, por exemplo, domicílios com membros que perderam o emprego tiveram menor probabilidade de sofrer fome se recebessem o benefício de apoio infantil (17% menos probabilidade) ou a pensão estatal para idosos (24%) (126). No Brasil, o programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família mostrou ser um aliado fundamental das estratégias de saúde pública ao contribuir diretamente para a redução dos encargos de saúde relacionados à pobreza. Estudos associam esse programa a melhorias nas respostas brasileiras à hanseníase, tuberculose e HIV (127, 128, 129, 130, 131).

O Conselho recomenda enfrentar os determinantes sociais da saúde – abordando de forma crucial a desigualdade econômica e investindo em serviços públicos universais – para reduzir o risco de pandemias e aumentar a eficácia de uma resposta informada pela desigualdade durante uma pandemia.

Recomendação completa

A. Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje: Acionar proteção social emergencial durante crises sanitárias por meio de um sistema preparado para alcançar todas as pessoas, incluindo aquelas frequentemente excluídas e vulnerabilizadas, como parte de uma resposta multisectorial ao surto capaz de abordar os determinantes sociais.

1. Os governos devem criar planos antecipados para financiar um aumento das medidas de proteção social durante pandemias. Acionar proteção social emergencial durante crises sanitárias por meio de um sistema preparado para alcançar todas as pessoas, incluindo aquelas frequentemente excluídas e vulnerabilizadas, como parte de uma resposta multisectorial ao surto capaz de abordar os determinantes sociais.

2. Criar respostas multisectoriais capazes de abordar todo o conjunto de determinantes sociais das pandemias (veja também a Recomendação 4).

Reconhecer que prevenir e responder a pandemias exige ações muito além do sistema de saúde, construir estruturas de governança, programas e medidas de monitoramento de dados para surtos que incluem ministérios da educação, gênero, direitos humanos, finanças, indústria, meio ambiente e além.

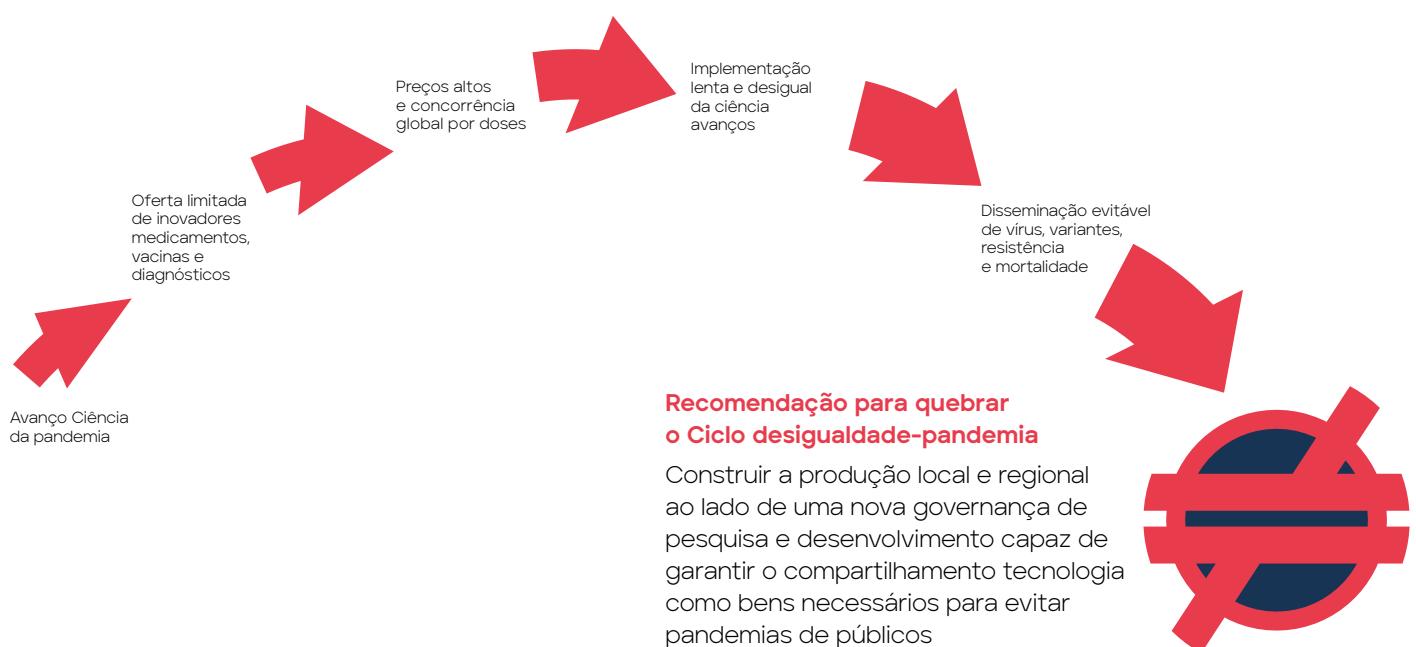
B. Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias: Torne as sociedades mais saudáveis e fortes com ações estratégicas sobre os determinantes sociais da saúde, que causam grandes desigualdades em saúde e aumentam a vulnerabilidade a pandemias quando ocorrem.

Vírus diferentes seguem caminhos sociais distintos, mas cada surto pode ser tratado por meio da atenção a fatores sociais específicos. Ninguém sabe que forma tomará a próxima pandemia; mas as experiências até agora provêm boas orientações para algumas das ações que o mundo já deveria estar fazendo. Os seguintes esforços para melhorar a saúde social devem ser incorporados aos esforços de preparação para pandemias:

1. Criar um plano abrangente de determinantes sociais para construir sociedades mais resilientes à pandemia. Especificamente:

- ii. Promover **moradia digna** e combater a superlotação.
- iii. Reduzir desigualdades no ensino fundamental e médio, especialmente nas áreas que criam vulnerabilidade pandêmica (por exemplo, acesso **equitativo à educação** para meninas diminui o risco de HIV).
- iv. Enfrentar **o racismo estrutural e a discriminação, inclusive contra populações-chave**, nos atuais sistemas políticos, econômicos, jurídicos e sociais, e estabelecer acesso a serviços jurídicos, reparações e políticas de justiça redistributiva.
- v. Implementar **serviços públicos universais**, incluindo educação, saúde e primeiros anos, financiados proporcionalmente conforme a necessidade.
- vi. Melhorar o acesso a **empregos decentes**, inclusive para pessoas na economia informal, e eliminar qualquer forma de discriminação no ambiente de trabalho.
- vii. Enfrentar **a desigualdade econômica** implementando toda a gama de opções apresentadas pelo Comitê Extraordinário sobre Desigualdade estabelecido pela Presidência Sul Africana do G20.
- viii. Reduzir a pobreza infantil e investir no **desenvolvimento infantil precoce**.
- ix. Garantir que **populações em situações vulneráveis** tenham suficientes acessos a recursos econômicos e à segurança a serviços para lidar com emergências como uma pandemia.
- x. Em muitos países, há necessidade de aumentar a oferta de pensões contributivas e não contributivas para aqueles na base, incluindo aqueles com trajetórias laborais inseguras ou informais e garantir os sistemas para o futuro.

3. Acelerando o acesso à ciência e tecnologias pandêmicas



Recomendação resumida 3

Construir produção local e regional ao lado de uma nova governança de pesquisa e desenvolvimento capaz de garantir o compartilhamento de tecnologia como bens públicos necessários para deter pandemias.

- **Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje:** Investir um financiamento global muito mais sério para a produção regional coordenada para as pandemias atuais, como HIV e TB, para criar um mecanismo de transferência de tecnologia. Investir um financiamento global muito mais sério para a produção regional coordenada para as pandemias atuais, como HIV e TB, para criar um mecanismo de transferência de tecnologia.
- **Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias:** Renunciar automaticamente às regras globais de propriedade intelectual sobre tecnologia pandêmica quando uma pandemia for declarada. Criar um modelo de P&D para o longo prazo que trate a tecnologia de saúde pandêmica como bens públicos, usando mecanismos inovadores como prêmios em vez de patentes, aumento de financiamento e expansão dos esforços liderados pelo Sul.

A justificativa para a ação

Em uma pandemia, a implementação de contramedidas médicas, como vacinas e medicamentos, depende totalmente de velocidade e ampla cobertura. No entanto, respostas a pandemias, do HIV à COVID19 e à mpox, têm testemunhado um ciclo repetido: avanços científicos impressionantes e tecnologias de saúde inovadoras, como vacinas, medicamentos e diagnósticos, só chegam tarde ao Sul Global. Esse atraso não é apenas injusto, é perigoso. O surgimento de variantes virais mais resistentes e a contínua disseminação de vírus são favorecidos pelo acesso desigual a tecnologias pandêmicas.

Há soluções claras e baseadas em evidências. Uma delas é expandir o ‘modelo da AIDS’, que atua em várias frentes para tornar medicamentos mais acessíveis e disponíveis (132). O modelo construído por meio de cooperação internacional tinha quatro elementos centrais de direito e governança: (1) uso da lei por governos nacionais para obrigar o compartilhamento de tecnologia; (2) mecanismos de compartilhamento voluntário de patentes e transferência de tecnologia; (3) manufatura genérica descentralizada; e (4) financiamento internacional substancial e compra conjunta. Esses elementos foram sinérgicos e, em conjunto, criaram um novo ecossistema notável: os preços dos medicamentos contra a AIDS caíram mais de 99%, fábricas em países do Sul produziram para milhões e, hoje, três quartos de todas as pessoas vivendo com HIV têm acesso a medicamentos antirretrovirais que salvam vidas e previnem o HIV (133, 134).

Esse modelo não foi utilizado durante a COVID19, quando o mundo dependeu excessivamente de uma única solução, financiamento e compra conjunta, e não conseguiu alcançar a equidade vacinal. Esforços liderados pela África do Sul e pelo Brasil para suspender regras de propriedade intelectual da OMC demoraram demais e resultaram em muito pouco.

Enquanto isso, existem propostas robustas, apoiadas pelos ministros da saúde do mundo, para desvincular a produção de tecnologias de saúde, que muitas vezes podem ser fabricadas com alta qualidade e a preços acessíveis, do investimento urgente necessário em P&D. No modelo atual, governos investem bilhões nos custos iniciais de P&D e depois bilhões adicionais na compra de medicamentos a preços monopolistas. Alternativas, como as desenvolvidas pela Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas, demonstram que é possível fazer melhor, desenvolvendo produtos fora do sistema tradicional de propriedade intelectual. Outras propostas substituiriam grandes volumes de financiamento por prêmios, no lugar do atual modelo baseado em subsídios e orçamentos de compra. Com pagamentos massivos antecipados para quem desenvolve novos tratamentos ou vacinas, em vez de patentes, os produtos poderiam ser fabricados em todo o mundo a custos muito menores (135). Embora algumas empresas sejam boas em desenvolver produtos, a resposta ao HIV mostrou que outras, sediadas no Sul Global, são muito melhores em inovar na produção para tornar medicamentos acessíveis em larga escala.

Durante a COVID19, a maior parte da P&D das vacinas foi financiada por recursos públicos – uma combinação de subsídios antecipados e contratos de compra a preços elevados. Se as vacinas de mRNA tivessem sido desenvolvidas com base em prêmios, o mundo poderia ter focado na produção na África, Ásia e América Latina, com qualidade e escala, em vez de disputar um número limitado de doses fabricadas por poucas empresas.

O Acordo Pandêmico e a Coalizão Global para Produção, Inovação e Acesso Equitativo Local e Regional, apoiada pelo G20, são esforços recentes para reequilibrar a pesquisa, desenvolvimento, compra e distribuição de tecnologias de saúde em favor de resultados mais equitativos e eficazes. Mas, fundamentalmente, esses esforços não foram longe o suficiente. Sem ações maiores, na próxima emergência pandêmica, tecnologias inovadoras provavelmente enfrentarão o mesmo destino – implementação lenta e desigual, com milhões de mortes e infecções evitáveis. A governança do comércio internacional vive um período de transição – e existe uma oportunidade para aproveitar esse momento de ruptura e revisar como medicamentos são tratados e produzidos.

Recomendação completa

A. Durante uma pandemia, incluindo a AIDS hoje: Investir recursos globais muito mais substanciais em produção regional coordenada para as pandemias atuais, como HIV e tuberculose, para criar o mecanismo de atração para a transferência de tecnologia:

- 1. Aumentar dramaticamente o financiamento para a produção regional e inovação de produtos relacionados à pandemia. Construir o mecanismo de tração para a**

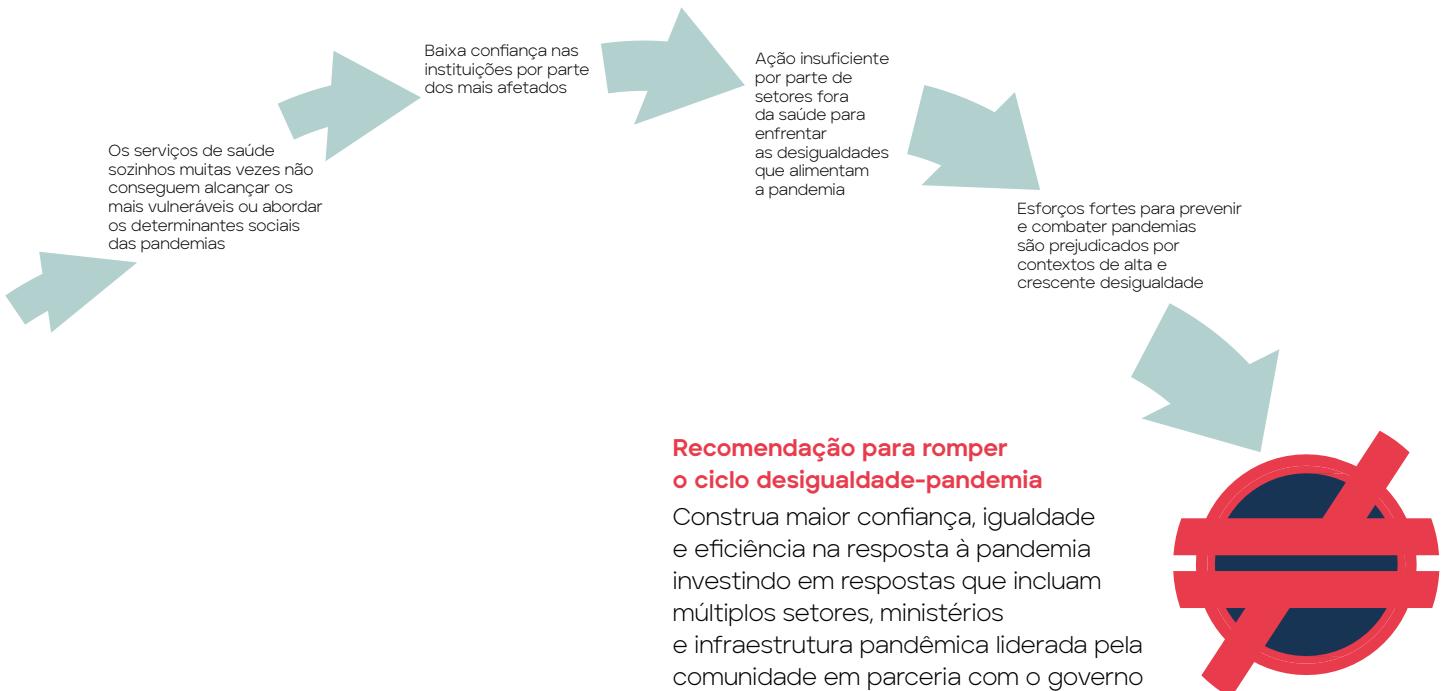
transferência da tecnologia pandêmica. As instituições financeiras internacionais devem canalizar grandes financiamentos, principalmente por meio da Coalizão Global para Produção Local e Regional, Inovação e Acesso Equitativo, apoiada pelo G20, para garantir investimentos significativos e estáveis nas capacidades de pesquisa, desenvolvimento e manufatura de inovações em saúde relacionadas à pandemia no Sul Global. Um nível significativo de apoio fornecido pela Coalizão exige capital que as instituições financeiras internacionais possam fornecer, e deve haver uma transferência de tecnologia. Países avançados que apoiam pesquisas deveriam exigir isso como condição.

2. **Para se preparar para as pandemias de amanhã, comece pelas pandemias de hoje, incluindo AIDS e tuberculose.** Tecnologias inovadoras como a vacina de prevenção ao HIV de ação prolongada "Lenacapavir", a próxima fase das vacinas de mRNA ou novas inovações para tuberculose ainda enfrentam grandes barreiras, pois são produzidas em poucos lugares e por poucos fabricantes, limitando assim seu potencial. Se a Coalizão enfrentar pandemias que afetam milhões de pessoas vulneráveis globalmente, as plataformas para essas respostas a doenças estarão preparadas e prontas para combater futuros surtos.

B. Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias: Renunciar automaticamente às regras globais de propriedade intelectual sobre tecnologia pandêmica quando uma pandemia for declarada. Criar um modelo de P&D para o longo prazo que trate a tecnologia de saúde pandêmica como bens públicos, usando mecanismos inovadores como prêmios em vez de patentes, aumentando o financiamento e expandindo os esforços liderados pelo Sul. Muita energia foi gasta em pequenas mudanças nos sistemas de P&D e seu acesso, mas os desafios fundamentais permanecem. É necessária uma grande revisão:

1. **Substituir a estratégia atual de pagar preços altos globalmente por doses de fornecedores limitados por um fundo para pagar grandes prêmios iniciais pela descoberta de medicamentos e vacinas, por licenciamento global para produção.**
Prêmios em vez de patentes. Essa é uma ideia ousada, pronta para uso no espaço da pandemia. Uma combinação de financiamento governamental e filantropia poderia criar a nova estrutura que complementaria a produção ampliada discutida acima, sem as ineficiências do monopólio. Em particular, novos esforços liderados pelo Sul Global — BRICS, União Africana e outros — poderiam criar espaço sob um novo paradigma de P&D em saúde global.
2. **Tornar a isenção das regras da OMC automática quando a OMS declarar emergência pandêmica.** Os princípios das licenças obrigatórias já foram bem aceitos, mas o sistema da OMC para uso de licenciamento obrigatório em emergências não está funcionando (dada tanto a complexidade de alguns produtos, que envolvem múltiplas patentes, quanto o obstrucionismo de algumas empresas). Isso significa que uma isenção total é necessária para evitar uma repetição da experiência do apartheid vacinal. Sob o novo Acordo Pandémico, a OMS foi orientada a declarar emergência pandêmica quando necessário. Com essa declaração, líderes globais devem insistir que uma isenção temporária para produtos relacionados à pandemia seja automática, evitando confusão e atrasos que alimentam as pandemias.
3. **Melhorar os mecanismos de compras agrupadas.** Incluir mais países de renda mista e vincular a aquisição desses bens ao compartilhamento de tecnologia para produção descentralizada.
4. **Adotar um acordo global contra o acúmulo para promover uma produção ampla, acessível e o acesso a tecnologias pandêmicas.** O aguardo de materiais e suprimentos necessários para fabricar vacinas, medicamentos e outras tecnologias tem sido frequente em violação do espírito das normas globais e acordos comerciais. Um acordo internacional para evitar o acúmulo poderia ajudar os governos a coordenar e construir confiança para evitar isso na próxima pandemia.
5. **Condicionar o financiamento público de ciências relacionadas à pandemia para abrir licenciamentos.** Esse é um objetivo do Artigo 11 do Acordo Pandémico da OMS, mas fundamentalmente precisa ser incluído nas leis nacionais.

4. Respostas multisetoriais e lideradas pela comunidade a aumentar a eficácia, confiança e resposta à desigualdade



Recomendação resumida 4

Construa maior confiança, igualdade e eficiência na resposta à pandemia investindo em respostas que incluem múltiplos setores, ministérios e infraestrutura pandêmica liderada pela comunidade em parceria com o governo.

- **Durante uma pandemia, incluindo AIDS hoje:** Mudar o financiamento e a medição dos impactos, preparação e respostas para incluir organizações comunitárias e lideradas para alcançar aqueles que não foram alcançados por serviços de saúde públicos e privados. Isso deve acompanhar, e não substituir, os serviços públicos universais.
- **Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias:** Estabelecer estruturas de governança multisetoriais para a resposta à pandemia, que incluem múltiplos ministérios, bem como organizações comunitárias, grupos de direitos e liderança científica

A justificativa para a ação

As comunidades mais afetadas pelas pandemias insistiram que haja espaço para elas nas mesas de formulação de políticas, ecoando o apelo pioneiro dos ativistas pelos direitos das pessoas com deficiência de 'nada sobre nós sem nós'. Hoje, pessoas vivendo com HIV e as comunidades mais afetadas pelo HIV estão representadas nos órgãos governamentais das principais instituições globais de saúde envolvidas na resposta ao HIV, incluindo o Fundo Global e a UNAIDS e Unitaid, e participam ativamente dos processos de priorização em nível nacional do Fundo Global e do PEPFAR. As comunidades criaram organizações de serviço pioneiras, participaram de pesquisas e monitoraram a implementação de programas.

Envolver comunidades na tomada de decisão gera benefícios significativos ao colocar no centro da resposta as necessidades daqueles mais prejudicados pelas pandemias. No entanto, muitas lições passadas sobre engajamento comunitário durante pandemias continuam sendo ignoradas e não foram incorporadas às respostas a futuros surtos, epidemias e pandemias. Apesar das amplas evidências sobre o impacto crítico e benéfico da participação das comunidades na resposta ao HIV, incluindo benefícios em nível social e estrutural (136), elas são frequentemente excluídas da tomada de decisão. Muitas respostas à COVID19 não incorporaram as lições aprendidas com o HIV sobre o valor transformador do engajamento comunitário e das comunicações lideradas pela comunidade. A tomada de decisão foi realizada em níveis muito altos, usando uma abordagem de cima para baixo (137).

Isso resultou em falhas ao alcançar grupos e populações vulneráveis, devido à incapacidade de considerar as necessidades de populações específicas, ao uso de canais de comunicação ineficazes e à falta de materiais oportunos e culturalmente adequados (138).

Ao estabelecer mecanismos formais de parceria com organizações comunitárias, especialmente na formulação de políticas, governos podem transformar significativamente suas respostas pandêmicas, aumentando a relevância e a aceitação de serviços adaptados às experiências e necessidades de populações vulneráveis críticas, resultando em desfechos de saúde mais eficazes e sustentáveis.

A tomada de decisão sobre resposta e preparação para pandemias deve incorporar vozes mais diversas. Fazer isso pode fortalecer a confiança na resposta pandêmica, promover coesão social e permitir alcançar comunidades durante pandemias. Na resposta à AIDS, Conselhos Nacionais de AIDS em muitos países provaram ser estruturas importantes para permitir que múltiplos ministérios se engajem, líderes políticos deem apoio e comunidades participem. As lições da pandemia de HIV mostram que esforços multissetoriais constroem confiança, estabelecem linhas de comunicação e alcançam comunidades, incluindo grupos de difícil acesso que os ministérios da saúde não conseguem alcançar sozinhos (139). Isso não é apenas eficaz, mas também uma resposta pandêmica eficiente.

Recomendação completa

A. Durante uma pandemia, incluindo AIDS hoje: Mudar o financiamento e a medição dos impactos, preparação e respostas para incluir organizações comunitárias e lideradas para alcançar aqueles que não foram alcançados por serviços de saúde públicos e privados. Isso deve acompanhar, e não substituir, os serviços públicos universais.

- 1. As agências de financiamento devem incluir grupos liderados pela comunidade, especialmente aqueles mais afetados por uma determinada pandemia, para fazer parcerias com o governo no que é financiado para preparação e resposta à pandemia.** Essas incluem organizações que prestam serviços, participam da tomada de decisões e apoiam a responsabilidade na resposta à pandemia para fornecer ao governo insights importantes. Como as comunidades podem alcançar os mais vulneráveis, as respostas à pandemia podem ser adaptadas às experiências vividas e necessidades das populações, resultando em maior relevância e adoção dos serviços e, assim, levando a resultados de saúde mais eficientes e sustentáveis. Isso deve incluir a construção de organizações baseadas e lideradas por membros da comunidade para combater as pandemias atuais e estar preparadas para as pandemias de amanhã. Ao estabelecer mecanismos de financiamento e contratação social para respostas lideradas pela comunidade, os estados podem formar parcerias significativas com organizações comunitárias, ajudando assim os estados a fornecer serviços de saúde a comunidades de difícil acesso, resultando em respostas mais eficientes à pandemia. Organizações comunitárias, no entanto, não podem substituir serviços públicos fortes e universais apoiados pelo financiamento público — que são cruciais para reduzir as desigualdades gerais.

B. Para tornar o mundo mais seguro contra futuras pandemias: Estabelecer estruturas de governança multisectorial para a resposta à pandemia, que incluam múltiplos ministérios, bem como organizações comunitárias, grupos de direitos e liderança científica.

1. **Construir governança e abordagens multisectoriais para responder a pandemias de maneiras que criem confiança e enfrentem os impactos socioeconômicos das pandemias.** Há lições importantes dos Conselhos Nacionais de AIDS e estruturas semelhantes sobre o que funcionou e quais desafios são enfrentados (140).

Referências

- 1 Haileamlak A. As pandemias serão mais frequentes. *Ethiop J Health Sci.* 2022; 32(2):228. doi: 10.4314/ejhs.v32i2.1.
- 2 Poorolajal J. As pandemias globais estão se tornando mais frequentes e severas. *Ciência da Saúde J Res* 2021; 18; 21(1):e00502. doi: 10.34172/jrhs.2021.40. PMID: 34024760; PMCID: PMC8957694.
- 3 Qureshi Z. Aumento da desigualdade: Uma questão importante do nosso tempo. Washington, DC: Brookings Institution; 2023 (<https://www.brookings.edu/artigos/crescente-desigualdade-a-grande-questao-do-nosso-tempo/?b=1>).
- 4 ONU Mulheres, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Progresso nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: o panorama de gênero 2025. Nova York: UNWomen; 2025.
- 5 Mendos LR, Rohaizad DR. Leis sobre nós: uma visão global do progresso legal e retrocesso sobre orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero e características sexuais, 1ª edição. Genebra: ILGA World; 2024).
- 6 Desigualdade, pandemias e o papel da proteção social. Revisão de evidências para o Conselho Global sobre Desigualdade, AIDS e Pandemias. Londres: University CollegeLondres-Instituto para Equidade em Saúde; 2025.
- 7 Ataguba JEO, Birungi C, Cunial S, Kavanagh M. Desigualdade de renda e pandemias: insights sobre HIV/AIDS e COVID-19 – um estudo observacional multinacional. *BMJ Glob Health.* 2023.
- 8 Sepulveda ER, Brooker AS. Desigualdade de renda e mortalidade por COVID-19: Análise estratificada por idade de 22 países da OCDE. SSM-População de Saúde. 2021; 16 (<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85122498754&doi=10.1016%2fj.ssmph.2021.100904&partnerID=40&m-d5=e4a8fbab541a634c62c641b7d-0ceb5c8>).
- 9 Wildman J. COVID-19 e desigualdade de renda em países da OCDE. *Eur J Health Econ.* 2021; 22(3):455–62 (citado 4 fevereiro de 2025). <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01266-4>.
- 10 Su D, Alshehri K, Pagán J. Desigualdade de renda e a carga das doenças da COVID-19: Análise de sobrevivência de dados de 74 países. *Rep. Médico Anterior* 2022;27:101828.
- 11 Jogador de campo de Elgar, Stefaniak A, Wohl MJA. O problema da confiança: análise em séries temporais de capital social, desigualdade de renda e mortes por COVID-19 em 84 países. *Soc Sci Med.* 2020; 263:113365 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620305840>; citado em 8 de fevereiro de 2025).
- 12 Centro Nacional de Estatísticas de Saúde. Mortalidade por COVID-19 por estado. Atlanta: Centros de Controle e Prevenção de Doenças; 2023 (https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/sosmap/covid19_mortality_final/COVID19.htm; citado 4 junho de 2025).
- 13 Hallal Pedro C, et al. Prevalência de anticorpos do SARS-CoV-2 no Brasil: resultados de dois levantamentos sorológicos domésticos nacionais sucessivos. *The Lancet Glob Health.* 2020;8(11); e1390- e1398.
- 14 Demenech LM, Dumith S de C, Vieira MECD, Neiva-Silva L. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2020; 23:e200095 (<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fm3gkNqTH9XS9nBfqcGwgfG/?lang=p>; citado em 24 de setembro de 2024).
- 15 Da Silva CFA, Silva MC, Dos Santos AM, Rudke AP, do Bonfim CV, Portis GT, et al. Análise espacial dos fatores socioeconômicos e sua relação com o Casos de COVID-19 em Pernambuco, Brasil Tropa com Vida Int. 2022; 27(4):397-407.
- 16 Raymundo CE, Oliveira MC, Tatiana de Araujo E, André SR, da Silva MG, da Silva Queiroz ER, e outros. Espacial análise da incidência de COVID-19 e o contexto sociodemográfico no Brasil. *PLoS UM.* 2021;1 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/revista.pone.0247794>; citado em 24 de setembro de 2024).
- 17 Szwarcwald CL, Almeida WS, Boccolini CS, Soares Filho AM, Malta DC. O impacto desigual da pandemia em níveis subnacionais e as desigualdades relacionadas ao desempenho educacional na mortalidade por COVID-19, Brasil, 2020–2021. *Saúde pública.* 2024; 123:39–46 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350624001136>; citado 24 setembro de 2024).
- 18 Definição de assentamentos informais. Nairóbi: ONU Habitat; 2025 https://unhabitat.org/sites/default/files/2025/08/definitions_-_informal_settlements_concept_note_14.08.2025.pdf; citado 7 Outubro de 2025).
- 19 Katz IT, Thomson DR, Ravishankar S, entre outros. Forças interseccionais da desigualdade urbana e a pandemia global de HIV: uma análise retrospectiva. *BMJ Glob Health.* 2025; 10:e014750. doi:10.1136/bmjgh-2023-014750.
- 20 Gauffin K, Östergren O, Cederström R. Ondas de desigualdade: diferenças de renda na UTI devido à Covid-19 na Suécia. *Eur J Saúde Pública.* 2023; 33(4):574–9; citado em 25 de setembro. 2024. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad094>.
- 21 Relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2025 (<https://iris.who.int/servidor/api/core/bitstreams/b88a62f3-2F12-4001-840D-DB0EF78DCE71/conteudo>).
- 22 Rajmil L, Hjern A, Spencer N, Taylor-Robinson D, Gunnlaugsson G, Raat H. Política de austeridade e saúde infantil em países europeus: uma revisão sistemática da literatura. *BMC Public Health.* 2020;20:564.
- 23 COVID-19 e os determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde: resumo de evidências. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/53c42918-80f1-44cd-97e9-3d4a884e788d/content>).
- 24 Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Reconstruir de forma mais justa: A Análise da Marmota da COVID-19. Londres: Instituto de Equidade em Saúde; 2020 (<https://www.instituteofhealthequity.org/relaio-recursos/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>; citado 22 setembro de 2024).
- 25 Zvokuomba K, Kabonga I. Viabilidade da resposta a desastres: pobreza e desigualdade como fontes de fragilidade comunitária durante o lockdown da Covid-19 no Zimbábue. *J Soc Dev Afr.* 2021; 36(1):9–32 (<https://www.proquest.com/docview/2583605930/resumo/315258B60AFC469DPQ/1>; citado em 27 de setembro de 2024).
- 26 McNamara CL, McKee M, Stuckler D. Emprego precário e saúde no contexto da COVID-19: uma revisão guarda-chuva com escopo rápido. *Eur J Saúde Pública.* 2021; 31(Suppl 4): iv40–9 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8576296/>; citado em 27 de setembro de 2024).

- 27 Resumo da política de impacto da equidade em saúde COVID-19: trabalhadores informais. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://www.who.int/europe/publications/item/WHO-EURO-2020-1654-41405-56445>; citado em 15 de fevereiro de 2025).
- 28 MacEachen E, Meyer SB, Majowicz S, Hopwood P, Crouch M, Amoako J, et al. Saúde e emprego percebidos como COVID-19. Riscos enfrentados pelos impulsionadores de plataformas digitais e medidas em vigor para protegê-los: um estudo qualitativo. *Sou J Ind Med.* 2022; 65(9):731-42.
- 29 Hummel C, Knaul FM, Touchton M, Guachalla VV, Nelson-Núñez J, Blocos C. Pobreza, trabalho precário, e a pandemia de COVID-19: lições da Bolívia. *The Lancet Glob Health.* 2021;9(5):e579-81([https://www.thelancet.com/periodicos/langlo/artigo/PIIS2214-109X\(21\)00001-2/texto completo](https://www.thelancet.com/periodicos/langlo/artigo/PIIS2214-109X(21)00001-2/texto completo); citado em 12 de julho 2025).
- 30 Shahidi FV, Liao Q, Landsman V, Mustard CA, Robson L, Biswas A, et al. Precário Emprego e ambiente de trabalho transmissão da COVID-19: evidências de Reivindicações de compensação trabalhista em Ontário, Canadá *J Epidemiol Commun Health.* 2024; 78(11):675-81.
- 31 Conyers L, Chen Chiu JY, Rueda S, Misrok M, Lynn V, McKinney-Prupis E. Emprego como Determinante Social dos Resultados do Cuidado e Prevenção do HIV. Atualizações sobre AIDS - Avanços Recentes e Novas Perspectivas. 9 de julho de 2021. Doi:10.5772/intechopen.98418.
- 47 Ugwu CLJ, Ncayiyana JR. Espaço disparidades na prevalência do HIV na África do Sul. Fatores biológicos sociodemográfico, comportamental explicam essa variabilidade espacial? Frente à Saúde Pública. 2022;10:994277.
- 33 Lee JO, Kapteyn A, Clomax A, Jin Estimativa das influências do desemprego e subemprego na saúde mental saúde durante a pandemia de COVID-19: Quem sofre mais? *Saúde pública.* 2/021; 201:48-54.
- 34 Lua I, Base Aérea Silva, Segurança Nacional de Guimarães, Magno L, Pescarini J, Anderle RVR, et al. O Efeitos dos determinantes sociais da saúde na síndrome da imunodeficiência adquirida e uma população de baixa renda do Brasil: um estudo de coorte retrospectivo com 28,3 milhões de indivíduos. *Lancet Reg Health Am.* 2023;24:100554.
- 35 Ekholuenetale M, Onuoha H, Ekholuenetale CE, et al. Desigualdades socioeconómicas na soroprevalência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre mulheres na Namíbia: análise adicional de dados populacionais. *Int J Environ Res. Public Health.* 2021;18:9397.
- 36 Blondel B, Mahjoub N, Drewniak N, Launay O, Goffinet F. Fracasso da campanha de vacinação contra a gripe A(H1N1) em gestantes na França: resultados de uma pesquisa nacional. *Vacina.* 2012; 17:30(38):5661-5.
- 37 Barceló MA, Perafita X, Saez M. Variabilidade espaço-temporal nas desigualdades socioeconómicas na vacinação contra a COVID-19 na Catalunha, Espanha. *Saúde pública.* 2024; 227:9-15 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350623004547>; citado em 20 de setembro de 2024).
- 38 Bartig S, Müters S, Hoebel J, Schmid-Kükpe NK, Allen J, Hövener C. Diferenças sociais no status de vacinação contra a COVID-19 – Resultados do estudo GEDA 2021. *J Health Monit.* 2023; 8(Suppl 2):2 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10155233/>; citado em 20 de setembro de 2024).
- 39 Rodrigues A, Struchiner CJ, Coelho LE, entre outros. Início tardio da terapia antirretroviral: desigualdades por nível educacional, apesar do acesso universal a cuidados e tratamentos. *BMC Saúde Pública.* 2021;21:389. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10421-8>.
- 40 Siani A, Green I. Desinformação científica e desconfiança das medidas preventivas da COVID-19 entre a população do Reino Unido: um estudo piloto. *Vacinas.* 2023;11:301. <https://doi.org/10.3390/vaccines11020301>.
- 41 Simba H, Ngcobo S. As pandemias são neutras em termos de gênero? *Saúde da mulher e COVID-19. Front Glob Saúde da Mulher.* 2020; (<https://www.frontiersin.org/periodicos/global-womens-health/Artigos/10.3389/fgwh.2020.570666/completo>; citado em 14 de fevereiro de 2025).
- 42 Binagwaho A, Mathewos K. Surtos de doenças infecciosas destacam a desigualdade de gênero. *Microbiol Natural.* 2022; 7(3):361-2 (<https://www.nature.com/articles/s41564-022-01075-2>; citado em 14 de fevereiro de 2025).
- 43 Estimativas da UNAIDS, Genebra: UNAIDS; 2025.
- 44 McIntosh WA, Thomas JK. Determinantes econômicos e outros da sociedade da prevalência do HIV: um teste de hipóteses concorrentes. *A Sociological Quarterly (TSQ).* 2004; 45(2):303-24; citado em 24 de setembro de 2024. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2004.tb00014.x>.
- 45 Burroway R. Escolas contra a AIDS: matrícula no ensino médio e disparidades transnacionais nas taxas de mortalidade por AIDS. *Problema social.* 2010; 57(3):398-420. <https://doi.org/10.1525/sp.2010.57.3.398>.
- 46 COVID-19 e os determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde: resumo de evidências. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (item <https://www.who.int/publications/i/9789240038387>; citado em 27 de setembro de 2024).
- 47 Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Willis S, Noferini J, Callaghan O. Racismo estrutural, etnia e desigualdades de saúde em Londres. Londres: University College London-Institute of Health Equity; 2024 (<https://www.instituteofhealthequity.org/relatórios-de-recursos/racismo-estrutural-e-desigualdades-de-etnia-e-saúde>; citado em 9 de outubro de 2024).
- 48 Saúde de refugiados e migrantes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detailhe/refugiados-e-migrante-health>; citado em 14 de fevereiro de 2025).
- 49 Hintermeier M, Gottlieb N, Rohleder S, Oppenberg J, Baroudi M, Pernitez-Agan S, et al. COVID-19 entre migrantes, refugiados e pessoas deslocadas internamente: revisão sistemática, meta-análise e síntese qualitativa da literatura empírica global. *Ec. Med.* 2024; 74 ([https://www.thelancet.com/periodicos/eclinm/artigo/PIIS2589-5370\(24\)00277-3/texto completo](https://www.thelancet.com/periodicos/eclinm/artigo/PIIS2589-5370(24)00277-3/texto completo); citado em 14 de fevereiro de 2025).
- 50 Equidade na resposta ao HIV: avaliando o progresso e traçando um caminho a seguir. Genebra e Washington, DC: UNAIDS, PEPFAR, Bureau de Segurança e Diplomacia em Saúde Global, Departamento de Estado dos Estados Unidos; 2024. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 51 Srivatsan et al. Leis e proteções de direitos humanos e a resposta à AIDS: uma análise. Documento de trabalho.
- 52 Lyons CE, Rwema JOT, Makofane K, Diouf D, Njindam IM, Ba I, entre outros. Associações entre políticas punitivas e barreiras legais para atos sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo e HIV entre homens gays e outros homens que têm relações性uais com homens na África Subsaariana: uma pesquisa amostral multinacional, conduzida por respondentes. *Lancet HIV.* 2023; 10(3):e186-e194.

- 53 Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A, et al. Lei, criminalização e HIV no mundo: países que criminalizam conseguiram uma resposta pandémica mais ou menos bem-sucedida? *BMJ Glob Health*. 2021; 6(8):e006315.
- 54 Hoffman SJ, Garcia Y, Altamirano-Crosby J, Ortega SM, Yu K, Abudiaab SM, entre outros. Como você pode defender algo que não existe? (CM16-17) Poder da comunidade em uma pandemia e a evolução da resposta liderada pela comunidade em um contexto de CICT e testes da COVID-19. Frente à Saúde Pública. 2022;10:901230.
- 55 Davis H, Elmer S, Graves K, Learmonth C. Codesign e alcance comunitário para criar comunidades seguras para COVID-19: Um estudo de caso da comunidade Karen. Frente à Saúde Pública. 2023;11:1081767.
- 56 Colaboradores Nacionais de Preparação para COVID-19. Preparação para pandemias e COVID-19: uma análise exploratória das taxas de infecção e letalidade, e fatores contextuais associados à preparação em 177 países, de 1º de janeiro de 2020 a 30 de setembro de 2021. *Lanceta*. 2022;16; 399(10334):1489-1512.
- 57 Lima NT. Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. *Saúde em Debate*. 2022; 46:9-24. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E601>.
- 58 Hallal Pedro C; CG da Victora. Superando o fracasso monumental da COVID-19 no Brasil: um chamado urgente à ação. *Nature Med*. 2021; 27(6):933.
- 59 Deixe as comunidades liderar. Relatório do Dia Mundial da AIDS 2003. Genebra: UNAIDS; 2003.
- 60 Moyo E, Moyo P, Murewanhema G, et al. Intervenções lideradas pela comunidade para prevenção, tratamento e cuidado do HIV e AIDS no sul da África: uma revisão de escopo. *Saúde Pública de Discov*. 2025; 22(78). <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00468-y>.
- 61 Di Caccio M, Bourhaba O, Khoury C, Assi A, Abu Zaki S, Lorente N. Grupo de estudos EPIC. Como organizações comunitárias responderam à crise da Covid-19 para manter os serviços de HIV entre populações vulneráveis em Burundi, Mauritânia e Líbano: resultados qualitativos do programa multipaís EPIC. *J Int Associado em Cuidados Provisórios de AIDS*. 2024;23:23259582241263686.
- 62 Aproveitando a resposta ao HIV para sistemas de saúde mais fortes e preparação para pandemias: lições iniciais das respostas à COVID-19 em seis países. Washington DC: Amigos da Luta Global contra AIDS, Tuberculose e Malária; 2021 (<https://www.theglobalfight.org/resumo-problema-aproveitando-a-resposta-ao-hiv-para-sistemas-de-saude-mais-fortes-e-preparacao-para-pandemias/>).
- 63 Golin R, Godfrey C, Firth J, Lee L, Minior T, Phelps BR, et al. Resposta do PEPFAR à convergência das pandemias de HIV e COVID-19 na África Subsaariana. *J Sociedade Internacional de AIDS* 2020; 23(8):e25587.
- 64 van Ryneveld M, Whyle E, Brady L. O que a COVID-19 está nos ensinando sobre sistemas de saúde comunitária? Um reflexo de uma rápida resposta de ajuda mútua liderada pela comunidade na Cidade do Cabo, África do Sul. *Gestão de Políticas de Saúde Int*. 2022; 11(1):5-8.
- 65 Loewenson R, Colvin CJ, Szabzon F, Das S, Khanna R, Coelho VSP, et al. Além do comando e controle: Uma rápida revisão das respostas significativas e envolvidas pela comunidade à COVID-19. *Glob Saúde Pública*. 2021; 16(8-9):1439-1453.
- 66 Siekmans K, Sohani S, Boima T, Koffa F, Basil L, Laaziz S. O cuidado de saúde comunitário é um componente essencial de um sistema de saúde resiliente: evidências do surto de Ebola na Libéria. *BMC Saúde Pública*. 2017; 17(1):84.
- 67 Barker KM, Ling EJ, Fallah M, VanDeBogert B, Kodl Y, Macauley RJ, entre outros. Engajamento comunitário para a resiliência do sistema de saúde: evidências da epidemia de Ebola na Libéria. *Plano de Política de Saúde*. 2020; 1:35(4):416-423.
- 68 Kavanagh, e outros. O cenário global das leis nacionais da sociedade civil e sua associação com as metas 95-95-95 de AIDS. Documento de trabalho.
- 69 Kavanagh MM, Graeden E, Pillinger M, Singh R, Eaneff S, Bendaoud V, et al, Compreendendo e comparando ambientes de leis e políticas relacionadas ao HIV: dados transnacionais e responsabilidade pela resposta global à AIDS. *BMJ Glob Health*. 2020; 5(9):e003695.
- 70 AIDS, crise e o poder de transformar. Atualização global da AIDS da UNAIDS 2025. Genebra: UNAIDS; 2025.
- 71 Beyrer C, Kamarulzaman A, Isbell M, Amon J, Baral S, Bassett MT, et al. Sob ameaça: a Comissão Internacional de AIDS - Lancet sobre saúde e direitos humanos. *O Lancet*. 2024; 403(10434):1374-1418.
- 72 Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas. Direitos humanos no contexto do HIV e da AIDS. Quinquagésima sexta sessão, 18 de junho a 12 de julho de 2024. A/HRC/RES/56/20. Genebra: Nações Unidas; 2024.
- 73 Moore S, Emergência de Hill, Dyson L, Tildesley MJ, Keeling MJ. Modelando retrospectivamente os efeitos do aumento do compartilhamento global de vacinas na pandemia de COVID-19. *Nature Med*. 2022; 28(11):2416-23.
- 74 Ye Y, Zhang Q, Wei X, Cao Z, Yuan HY, Zeng DD. O acesso equitativo às vacinas contra a COVID-19 faz uma diferença que salva vidas para todos os países. *Natureza: Comportamento humano*. 2022; 6(2):207-16.
- 75 Que apoio financeiro é necessário para que países de baixa renda se recuperem da pandemia? Colônia: Fórum Econômico Mundial; 2021 (<https://www.weforum.org/stories/2021/04/imf-the-apoio-financeiro-que-paises-de-baixa-renda-precisam-de-se-recuperar-de-covid-19-explicado/>).
- 76 Hill R, Kim YS, Brunckhorst B. Protegendo os mais vulneráveis: lições da resposta fiscal à pandemia de COVID-19. Blog do Banco Mundial. Washington, DC: Banco Mundial; 2023 (<https://blogs.worldbank.org/en/developmenttalk/licoes-protegendo-mais-vulneraveis-resposta-fiscal-covid-19-pandemia>). A dívida dos países de baixa renda sobe para um recorde de US\$ 860 bilhões em 2020. Comunicado à imprensa: 11 de outubro de 2021.
- 77 Washington, DC: Banco Mundial; 2021 (<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/10/11/debt-country-de-baixa-renda-aumenta-para-recorde-de-860-bilhoes-em-2020>).
- 78 Análise da sustentabilidade da dívida. Washington, DC: Banco Mundial; 2025 (<https://www.worldbank.org/en/programs/debt-toolkit/dsa>).
- 79 Mawejje J. Vulnerabilidades fiscais em países de baixa renda. Evolução, fatores e políticas. Washington, DC: Banco Mundial; 2025 (<https://www.worldbank.org/en/research/publication/fiscal-vulnerabilities>).
- 80 A crise da dívida ameaça o progresso na resposta à AIDS. Genebra: UNAIDS; 2025 (https://www.unaids.org/en/resources/centro-de-imprensa/reportagens/2025/marco/20250320_debt-crise).

- 81 Cortes na assistência oficial ao desenvolvimento: projeções da OCDE para 2025 e no curto prazo, Resumos de Políticas da OCDE, N° 26, Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2025 (<https://doi.org/10.1787/8c530629-en>).
- 82 Assefa Y, Gilks CF, Reid S, van de Pas R, Gete DG, Van Damme W. Análise da pandemia de COVID-19: lições para uma resposta mais eficaz a emergências de saúde pública. *Saúde Global*. 2022; 4:18(1):10.
- 83 Lal A, Erondu NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Sistemas de saúde fragmentados na COVID-19: corrigindo o desalinhamento entre segurança global em saúde e cobertura universal de saúde. *O Lancet*. 2021; 2:397(10268):61-67.
- 84 Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Resiliência dos sistemas de saúde no gerenciamento da pandemia de COVID-19: lições de 28 países. *Nature Med*. 2021; 27(6):964-80.
- 85 Armocida B, Formenti B, Palestra F, Ussai S, Missoni E. COVID-19: cobertura universal de saúde agora mais do que nunca. *J Saúde Global*. 2020; 2; 10(1):010350.
- 86 Barennes H, Frichittavong A, Gripenberg M, Koffi P. Evidências de altos gastos do próprio bolso com cuidados com HIV levando a gastos catastróficos para pacientes afetados na República Democrática Popular do Laos. Uma, por favor. 2015; 1; 10(9):e0136664.
- 87 Haakenstad A, Bintz C, Knight M, Bienhoff K, Chacon-Torrico H, Curioso WH, Despesas catastróficas em saúde durante a pandemia de COVID-19 em cinco países: uma análise de séries temporais. *The Lancet Global Health*. 2023; 1; 11(10):e1629-39.
- 88 Galvani AP, Parpia AS, Pandey A, Sah P, Colón K, Friedman G, entre outros. Saúde universal como preparação para pandemias: as vidas e os custos que poderiam ter sido economizados durante a pandemia de COVID-19. *Proc Natl Acad Sci EUA*. 2022; 21; 119(25):e2200536119.
- 89 Mangal TD, Mohan S, Colbourn T, Collins JH, Graham M, Jahn A, entre outros. Avaliação do efeito dos recursos do sistema de saúde nos programas de HIV e tuberculose no Malawi: um estudo de modelagem. *The Lancet Global Health*. 2024; 1; 12(10):e1638-48.
- 90 Kentikelenis A, Stubbs T. Mil cortes: proteção social na era da austeridade. Oxford: Oxford University Press; 2023.
- 91 Stiglitz J. A austeridade foi um desastre total para a zona do euro. *O Guardião*. 2014;1:2014.
- 92 Nosrati E, Dowd JB, Marmot M, King LP. Programas de ajuste estrutural e mortalidade por doenças infecciosas. *Uma, por favor*. 2022; 17(7):e0270344.
- 93 Stuckler D, King LP, Basu S. Programas do Fundo Monetário Internacional e desfechos da tuberculose em países pós-comunistas. *PLoS Med*. 2008; 5(7):e143.
- 94 Kentikelenis A, King L, McKee M, Stuckler D. O Fundo Monetário Internacional e o surto de Ebola. *The Lancet Global Health*. 2015; 3(2):e69-70.
- 95 Poku NK. Pobreza, dívida e a crise do HIV/AIDS na África. *Assuntos Internacionais*. 2002; 78(3):531-46.
- 96 Rowden R. Bloqueando o progresso: o FMI e HIV/AIDS. *Política Social Global*. 2008; 8(1):19-24.
- 97 Soener M. Como a austeridade está piorando o coronavírus. *Livros e Ideias, Collège de France*. 2020;4.
- 98 Forster T, Kentikelenis AE, Reinsberg B, Stubbs TH, King LP. Como os programas de ajuste estrutural afetam a desigualdade: uma análise desagregada da condicionalidade do FMI, 1980-2014. *Ress. de Ciência Social*, 2019; 80:83-113.
- 99 Agnello L, Sousa RM. Como a consolidação fiscal impacta a desigualdade de renda? *Renda Rev Riqueza*. 2014; 60(4):702-26.
- 100 Bola L, Furceri Defesa, Leigh D, Loungani P. Os efeitos distributivos da austeridade fiscal. ST/ESA/2013/DWP/129. Nova York: Nações Unidas; 2013 (<https://www.un.org/pl/desa/efeitos-distributivos-fiscal-austeridade>).
- 101 Furceri D, Loungani P, Ostry JD, Pizzuto P. O aumento da desigualdade após pandemias: o apoio fiscal pode desempenhar um papel mitigador? Documento de Trabalho do FMI. 20:26. Washington, DC: IMF; 2021.
- 102 Schellekens P. Distribuição da vacina contra a COVID-19 em relação às necessidades globais. *Pandem-IC*. Nova York: Centro para o Desenvolvimento Global, PNUD; 2021 (<https://pandem-ic.com/vaccine-distribution-relativo-à-global-necessidades/>; citado em 1º de julho de 2021).
- 103 O acúmulo acumulado de vacinas contra a COVID pode ter custado mais de um milhão de vidas. *Natureza*. 2 de novembro de 2022. doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-022-03529-3>.
- 104 Stiglitz JE, a COVID piorou muito a desigualdade global. *Sci Am*. 1º de março de 2022 (<https://www.scientificamerican.com/artigo/covid-has-tornou-global-desigualdade-muito-pior/>).
- 105 O estado da segurança alimentar e da nutrição no mundo 2021. Roma: Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura; 2024 (<https://www.fao.org/interativo/estado-da-segurança-alimentar-nutrição/2021/en/>; citado em 30 de setembro de 2024).
- 106 A riqueza dos bilionários sobe para 10,2 trilhões de dólares em meio à crise da Covid. *O Guardião*. 7 de outubro de 2020.
- 107 O impacto da COVID-19 na desigualdade global e na pobreza. Washington, DC: Banco Mundial; 2022 (<https://openknowledge.worldbank.org/entities/publicação/54fae299-8800-585f-9f18-a42514f8d83b>; citado em 19 de fevereiro de 2025).
- 108 Aspachs O, Durante J, García Montalvo R, Graziano A, Mestres J, Reynal-Querol M. Desigualdade em tempo real e o estado de bem-estar em movimento: evidências da COVID-19 na Espanha. Documento de Discussão CEPR nº 15118. Paris: Centro de Pesquisa em Política Econômica; 2020.
- 109 Crossley TF, Fisher P, Low H. As consequências heterogêneas e regressivas da COVID-19: evidências de dados de painel de alta qualidade. *J Public Econ* 2020;104334.
- 110 Nketiah-Amponsah E, Abubakari M, Baffour PT. Efeito do HIV/AIDS no crescimento econômico na África Subsaariana: evidências recentes. *Resolução Jurídica de Economia Jurídica* 2019; 25:469-480. <https://doi.org/10.1007/s11294-019-09754-3>.
- 111 Sekwat A. O impacto do HIV/AIDS no desenvolvimento econômico na África Subsaariana: implicações políticas. No Manual de Estudos do Desenvolvimento. Gedeon M, Mudacumura M, Shamsul Haque editores. Nova York: Marcel Dekker; 2014. Capítulo 15, pp.281-295
- 112 Dixon S, McDonald S, Roberts J. O impacto do HIV e da AIDS no desenvolvimento econômico da África. *BMJ*. 2002;324:232. doi:10.1136/BMJ.324.7331.232.
- 113 Furceri D, Loungani P, Ostry JD, Pizzuto P. A COVID-19 terá efeitos duradouros na desigualdade? Evidências de pandemias passadas. Documento de Trabalho do FMI. Washington, DC: FMI; 2021.
- 114 Furceri D, Loungani P, Ostry JD, Pizzuto P. O aumento da desigualdade após pandemias: o apoio fiscal pode desempenhar um papel mitigador? Documento de Trabalho do FMI. 20:26. Washington, DC: IMF; 2021.

- 115 Atualização Global sobre AIDS 2025. AIDS, crise e o poder de transformar. Genebra: UNAIDS; 2025.
- 116 O Relatório do Jubileu. Um plano para enfrentar as crises de dívida e desenvolvimento e criar as bases financeiras para uma economia global sustentável centrada nas pessoas. Encomendado pelo Papa Francisco. Cidade do Vaticano: A Pontifícia Academia de Ciências Sociais; 2025.
- 117 Verão LH. Declaração dos economistas sobre a cobertura universal de saúde. *O Lancet*. 2015; 21:386(10008):2112-3.
- 118 Relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde. Genebra: OMS; 2025.
- 119 Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. Equidade em saúde na Inglaterra: The Marmot Review 10 anos depois. Londres: University College London-Institute of Health Equity; 2020.
- 120 Goldblatt P, Castedo A, Allen J, Lionello L, Bell R, Marmot M. Revisão rápida das desigualdades em saúde e bem-estar na Noruega desde 2014. Londres: University College London-Institute of Health Equity; 2023.
- 121 Carneiro P, Cattan S, Conti G, Crawford C, Farquharson C, Ridpath N. Os efeitos de curto e médio prazo do Sure Start nos resultados das crianças. Londres: Instituto de Estudos Fiscais; 2025 (<https://ifs.org.reino unido/publicações/efeitos-de-curto-e-médio-prazo-certo-inicia-crianças--resultados>).
- 123 Ahmad K, Erqou S, Shah N, Nazir U, Morrison AR, Choudhary G, et al. Associação das más condições habitacionais com a incidência e mortalidade por COVID-19 em todos os condados dos EUA. *PloS One*. 2020; 2; 15(11):e0241327.
- 124 Antunes JL, Waldman EA. O impacto da AIDS, imigração e superlotação habitacional nas mortes por tuberculose em São Paulo, Brasil, 1994-1998. *Soc Sci Med*. 2001; 52(7):1071-80.
- 125 Kavanagh MM, Srivatsan V, Anam FR, Bok L, Abinader LG, Sharma A, entre outros. Ambiente jurídico global para sexualidade LGBTQ+ e saúde pública. *J Law Medicina Ética*. 2025; 53(1):115-33.
- 126 Revisão de evidências: desigualdades, pandemias e o papel da proteção social. Documento de trabalho.
- 127 Gelo D, Dikgang J. Implicações do choque do mercado de trabalho causado pela COVID-19 para a fome infantil e familiar na África do Sul: Os programas de proteção social protegem? Uma, por favor. 2022; 17(7):e0269848 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269848>; citado em 3 de outubro de 2024).
- 128 Fastenau A. Integrando o engajamento comunitário em esforços contra a lepra zero: um caminho para a detecção, controle e eliminação precoces sustentáveis. *Trop Med Infect Dis*. 2024; 9(12): 296.
- 129 Nery JS, e outros. Efeito dos programas brasileiros de transferência condicional de dinheiro e atenção primária à saúde na nova taxa de detecção de casos de hanseníase. *PLoS Negl Trop Dis*. 2014; 8(11):e3357.
- 130 Jesus GS, e outros. Efeitos das transferências condicionais de dinheiro na incidência e mortalidade de tuberculose de acordo com raça, etnia e fatores socioeconômicos na coorte de 100 milhões de brasileiros. *Nature Med*. 2025; 31(2):653-662.
- 131 Rasella D, et al. Efeito de um programa de transferência condicional de dinheiro na mortalidade infantil: uma análise nacional dos municípios brasileiros. *O Lancet*. 2013; 382:9886:57-64.
- 132 Silva AF, Dourado I, Lua I, Jesus GS, Guimarães NS, Moraes GAS, entre outros. A renda determina o impacto das transferências de dinheiro sobre HIV/AIDS: estudo de coorte de 22,7 milhões de brasileiros. *Nat Commun*. 2024; 15(1):1307 (<https://www.nature.com/articles/s41467-024-44975-z>; citado em 2 de outubro de 2024).
- 133 Kavanagh M, Abinader L, Hassan N, Friedman E. Law e governança global de doenças infecciosas: acesso a medicamentos para COVID-19, AIDS e além. *J Law Medicina Ética*. 2025.
- 134 Campanha de Acesso MSF. Desvendando a teia de reduções de preços dos antirretrovirais (15ª edição). Genebra: Médicos Sem Fronteiras; 2012 (<http://www.msfaccess.org/content/untanglingweb-antiretroviral-price-reductions-15th-edition>).
- 135 Relatório Global sobre AIDS 2024: a urgência do presente: AIDS em uma encruzilhada. Genebra: UNAIDS, 2024(<https://www.unaids.org/en/recursos/documentos/2024/global-aids-update-2024>).
- 136 Stiglitz JE. Fundamentos econômicos dos direitos de propriedade intelectual. *Duke Law J*.
- 137 Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S, entre outros. Respostas lideradas por pares e comunidade ao HIV: uma revisão de escopo. Uma, por favor. 2021; 16(12):e0260555.
- 138 Collins C, Isbell MT, Karim QA, Sohn AH, Beyrer C, Maleche A. Aproveitando a resposta ao HIV para fortalecer a preparação para pandemias. *PLoS Glob Saúde Pública*. 2023; 24; 3(1):e0001511.
- 139 Conselho Global sobre Desigualdade, AIDS e Pandemias. O papel das respostas lideradas pela comunidade durante a pandemia de COVID-19: uma revisão preliminar da literatura. Artigo de fundo. Genebra: UNAIDS; 2025.
- 140 Byanyima W, Lauterbach K, Kavanagh MM. Resposta comunitária à pandemia: a importância da ação liderada pelas comunidades e pelo setor público. *Lanceta*. 2023; 28; 401(10373):253-255.
- 141 Mahlangu P, Goudge J, Vearey J. Rumo a um arcabouço para colaboração multissetorial e multinível: caso de governança do HIV e AIDS na África do Sul. *Glob Health Action*. 2019; 12(1):1617393.



Foto: Hout Bay, África do Sul. © Johnny Miller/Unequal Scenes



UNAIDS
Programa Conjunto das
Nações Unidas sobre HIV/AIDS

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Suíça

+41 22 595 59 92

www.inequalitycouncil.org
unaids.org